

**Pratiques hospitalières concernant les fœtus mort-nés
et nouveau-nés décédés**

- Hôpital Lariboisière Fernand Widal -

Assistance Publique - Hôpitaux de Paris

- Rapport définitif -

Rapport présenté par

le Docteur Patricia VIENNE

Membre de l'Inspection générale des affaires sociales

***Rapport n° 2006 039
Septembrre 2006***

SOMMAIRE

Rapport initial.....	01 à 15
Observations en retour de l'Inspection générale des affaires sociales.....	16
Annexes au rapport initial	

**Pratiques hospitalières concernant les fœtus mort-nés
et nouveau-nés décédés**

- Hôpital Lariboisière Fernand Widal -

Assistance Publique - Hôpitaux de Paris

- Rapport initial -

Rapport présenté par

le Docteur Patricia VIENNE

Membre de l'Inspection générale des affaires sociales

***Rapport n° 2006 039
Avril 2006***

Sommaire

PREMIÈRE PARTIE – PRÉSENTATION GÉNÉRALE DE LA MISSION	2
1.1. SAISINE	2
1.2. MÉTHODOLOGIE DES INVESTIGATIONS	2
1.3. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	3
DEUXIÈME PARTIE – LES PRATIQUES CONSTATÉES	4
2.1 LES PRATIQUES EN MATERNITÉ.....	4
2.1.1 <i>Un service de maternité de proximité recevant des femmes dont la grossesse est insuffisamment ou mal suivie.....</i>	4
2.1.2 <i>Des protocoles très formalisés</i>	5
2.1.3 <i>Un accueil et un soutien individualisés des familles difficiles à mettre en place</i>	5
2.2 LES PRATIQUES EN ANATOMOPATHOLOGIE ET EN FOETOPATHOLOGIE.....	5
2.2.1 <i>Une organisation qui tient compte du nombre limite de demandes d'examens foetoplacentaires..</i>	5
2.2.2 <i>Des circuits différents selon le terme du fœtus.....</i>	6
2.2.3 <i>Des données statistiques difficiles à analyser</i>	7
2.2.4 <i>Les comptes rendus des autopsies foetales sont rédigés dans un délai raisonnable, hormis pour les prélèvements de cerveaux où les retards sont très importants.....</i>	7
2.2.5 <i>Une réflexion sur les prélèvements de cerveau est nécessaire pour rendre les résultats des examens dans un délai acceptable.....</i>	8
2.3 LE PASSAGE EN CHAMBRE MORTUAIRE.....	9
2.3.1 <i>Le remplacement de l'infirmier est impératif pour consolider une équipe qui se réorganise.....</i>	9
2.3.2 <i>Des locaux inadaptés dont la rénovation est programmée</i>	9
2.3.3 <i>Depuis 2002, l'hôpital s'est organisé au niveau de la chambre mortuaire pour améliorer les délais de gestion des corps</i>	10
2.4 LES PRATIQUES DU BUREAU EN CHARGE DE L'ÉTAT CIVIL	11
2.5 LES DONNÉES FINANCIÈRES LIÉES AU MARCHÉ AVEC LES SERVICES FUNÉRAIRES DE LA VILLE DE PARIS	12
2.6 LES FŒTUS PRÉSENTS LORS DE LA VISITE DE LA MISSION (15 NOVEMBRE 2005).....	12
2.7 LES ÉLÉMENTS RELATIFS À LA GESTION DES ÉVÉNEMENTS D'AOÛT 2005.....	12
TROISIÈME PARTIE - SYNTHÈSE ET RECOMMANDATIONS	14
3.1 EN DIRECTION DES FAMILLES REÇUES DANS L'ÉTABLISSEMENT	14
3.2 CONCERNANT LES PROFESSIONNELS	14
3.3 CONCERNANT LA DIRECTION DE L'ÉTABLISSEMENT	14
ANNEXES	16
SIGLES ET ABBREVIATIONS	41

Première partie – Présentation générale de la mission

1.1. Saisine

Par saisine du 2 août 2005 (annexe 1), le ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche et le ministre de la santé et des solidarités ont demandé à l'Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (IGAENR) et à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) de diligenter une mission d'inspection, dans les centres hospitaliers universitaires de Paris, Lyon et Marseille, des chambres mortuaires recevant des corps de fœtus et nouveau-nés décédés.

Au-delà du contrôle des chambres mortuaires, la mission confiée conjointement à l'IGAS et à l'IGAENR a pour objet de contrôler et analyser, dans les trois plus grands centres hospitaliers universitaires (CHU) français, les pratiques à l'égard des corps des fœtus, mort-nés et nouveau-nés décédés, depuis l'accouchement jusqu'à leur départ de l'hôpital en vue d'une inhumation ou crémation.

1.2. Méthodologie des investigations

A l'hôpital Lariboisière, comme dans les autres établissements contrôlés, la mission a examiné l'ensemble des cheminements susceptibles d'être empruntés par les corps de fœtus ou d'enfant, et recherché si des éléments corporels pouvaient avoir été utilisés à des fins scientifiques ou d'enseignement.

Les investigations sur place ont été menées les 15 et 16 novembre 2005. Pour répondre à la demande interministérielle la mission a rencontré les professionnels des quatre principaux services concernés : service de maternité assurant le suivi des grossesses, service d'anatomopathologie réalisant les autopsies fœtales, chambre mortuaire et service chargé de l'enregistrement des naissances et des décès de l'établissement, en lien avec le bureau de l'état civil de la mairie, (liste des personnes rencontrées en annexe 2).

La mission a également analysé les données d'activités disponibles ainsi que les procédures utilisées. Elle a consulté les différents registres existant au sein de l'établissement en particulier, le registre d'accouchement de la salle de naissance, le registre des naissances et le registre des décès, le registre de destination des corps.

Enfin, elle a vérifié à travers, quelques dossiers médicaux, l'existence de la signature de formulaires (notamment de consentement) et a pris connaissance de certains comptes rendus d'autopsie.

La mission a pu mener ses investigations dans de très bonnes conditions. Elle a bénéficié d'un accueil favorable et d'un concours positif à la réflexion entreprise.

La mission a pris le parti, pour l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, de rédiger un rapport pour chacun des sites visités en présentant les pratiques constatées sur les établissements contrôlés.

Le rapport comprend une partie relative aux pratiques des différents secteurs contrôlés. Un point particulier est porté à l'inventaire des éventuels fœtus conservés et au motif de cette conservation ainsi qu'à la gestion par l'établissement de l'impact des événements survenus à Saint Vincent de Paul en août dernier.

Le constat porté sur les pratiques conduit à des recommandations formulées en fin de rapport.

1.3. Présentation de l'établissement

L'hôpital Lariboisière Fernand Widal est implanté sur deux sites dépendant du groupement hospitalier et universitaire (GHU) Nord. Le site Lariboisière regroupe les services relevant des soins aigus et le plateau technique. Les services de long séjour, de rééducation fonctionnelle, de gériatrie et de médecine interne à orientation toxicologique et de psychiatrie ainsi que le centre anti-poison sont implantés sur le site Fernand Widal.

La mise en place des pôles d'activités médicales est en cours¹. Cette restructuration au sein du GHU Nord va conduire à court terme à un regroupement des activités de cardiologie (notamment à partir de Beaujon), avec un transfert de la pneumologie et de la chirurgie thoracique vers Bichat et des services en lien avec le tube digestif et la nutrition vers Beaujon. Deux chiffres parmi d'autres pour situer l'établissement : 55.000 urgences générales / an et 20.000 urgences de spécialités / an.

L'établissement dispose d'une maternité de proximité de niveau I, en lien avec le centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CPDP) de l'hôpital Robert Debré.

L'activité de foetopathologie est rattachée au service d'anatomopathologie, sans unité fonctionnelle distincte.

Malgré l'existence de locaux totalement inadaptés, la chambre mortuaire est en cours de réorganisation avec l'arrivée depuis quelques années d'un nouveau cadre, qui met en place des procédures mieux structurées.

¹ Trois pôles ont été mis en place en 2005 : « médecine – aval des urgences – réadaptation », « laboratoires médicaux » et « Appareil locomoteur ». Les autres sont en cours d'installation : « Addictologie et psychiatrie », pôle viscéral avec une composante digestive et une composante pelvienne » « Imagerie », « pôle neurosensoriel, tête et cou » et « Urgences ».

Deuxième partie – Les pratiques constatées

2.1 Les pratiques en maternité

2.1.1 *Un service de maternité de proximité recevant des femmes dont la grossesse est insuffisamment ou mal suivie*

Le service de Lariboisière est un service de maternité de type I qui reçoit les grossesses dites normales et est considéré comme un service de proximité de premier recours. L'activité de la maternité est d'environ 2000 accouchements annuels².

Son fonctionnement se caractérise par un accueil important de femmes arrivant aux urgences pour accoucher très souvent sans suivi régulier préalable; ces femmes sont pour beaucoup de nationalité étrangère (essentiellement africaine et asiatique) dont certaines en situation socio-économique difficile ; une part non négligeable arrivant sans document d'identité fiable. Le suivi de la grossesse est complexe pour certaines femmes qui peuvent difficilement être convoquées pour des consultations ou des examens complémentaires (fausse identité/ fausse adresse).³

Le service de maternité de Lariboisière travaille en lien étroit avec l'hôpital Robert Debré qui est son établissement référent notamment pour le centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal.

Les interruptions médicales de grossesse (IMG) de plus de 22 semaines, pour lesquelles une procédure foeticide est préconisée, ne sont pas réalisées à la maternité de Lariboisière mais sont orientées vers l'hôpital Robert Debré.

Tableau 1 - Principales données d'activité de la maternité de Lariboisière

Années	2002	2003	2004	au 31 octobre 2005
nombre d'accouchements	2325	1800	1805	1780
Nombre de naissances	2280	1769	1772	1761
nombre d' IMG < 22 SA	8	5	2	8
nombre d' IMG > 22 SA	8	3	5	4
nombre total d' IMG	16	8	7	12
nombre de FCS < 22 SA	29	20	22	13
nombre de FCS > 22 SA	27	27	28	23
nombre total de FCS	56	47	50	36
nombre total de fœtus mort-nés (IMG + FCS)	72	55	57	48
nombre total d'autopsies demandées	22	24	20	15

Source : Service de gynécologie obstétrique – Hôpital Lariboisière

² Le centre de régulation des urgences de gynécologie et d'obstétrique reçoit environ 600 urgences / an.

³ La responsable du service des admissions explique qu'il faut parfois près de trois heures de recherche pour redresser ou reconstituer une situation administrative du fait de renseignements erronés.

2.1.2 Des protocoles très formalisés

La cadre sage femme du service de maternité a élaboré des protocoles regroupés dans un classeur disponible dans le service. Y sont adjoints les références et un extrait des principaux textes réglementaires de la loi de bioéthique, un exemplaire de l'ensemble des formulaires [fiche de prescription des examens de suivi de grossesse (amniocentèse...), formulaires de consentement aux divers examens (notamment génétiques...), constat de décès, autorisation parentale d'autopsie, formulation de souhait des parents de ne pas organiser les obsèques...]. Pour la réalisation des autopsies fœtales et le devenir du corps, il existe une fiche de liaison avec les services (anatomo-pathologie et chambre mortuaire) et deux fiches selon le terme de la grossesse (plus ou moins de 22 semaines) qui précisent la procédure et les documents à joindre au corps du fœtus pour l'envoi en anatomo-pathologie.

2.1.3 Un accueil et un soutien individualisés des familles difficiles à mettre en place

La population accueillie dans le service a incité les professionnels à s'adapter aux particularités culturelles des familles reçues ; ce qui n'est pas simple puisque les femmes viennent souvent dans l'établissement pour accoucher sans suivi préalable par les équipes. Si des efforts ont manifestement été engagés par l'établissement⁴, en ce qui concerne l'accompagnement psychologique au deuil de ces communautés, la mission s'interroge, malgré l'existence de vacations d'interprétariat, sur le niveau de compréhension de certaines femmes quant au consentement éclairé à l'autopsie et à l'information qui leur est fournie concernant les modalités d'organisation des obsèques. Cette question est complexe et certains établissements parisiens y sont fortement confrontés et pas seulement dans le domaine analysé par la mission.

2.2 Les pratiques en anatomopathologie et en foetopathologie

2.2.1 Une organisation qui tient compte du nombre limite de demandes d'examens foetoplacentaires

La foetopathologie est rattachée au service d'anatomopathologie, sans qu'il existe de médecin spécialement affecté à cette activité.

La fiche de structure et de mission du service mentionne cette activité en une ligne : « des nécropsies sont réalisées ainsi que des prélèvements de foetopathologie... » sans autre précision d'organisation ; ce qui montre la place de cette activité dans l'ensemble des examens réalisés au sein du service. Par contre cette fiche est très détaillée sur les missions d'enseignement et les activités de recherche réalisées au sein du service ; ces missions ne concernent pas les fœtus.

⁴ Des formulaires d'information ont été traduits en chinois notamment pour ce qui concerne les données relatives à l'état civil et les liens avec les consulats.

La neuropathologie des patients adultes représente une activité particulière du service [étude de tumeurs du système nerveux, des biopsies cérébrales, et des prélèvements de liquide céphalo-rachidien (plus de 1200 /an)].

Des études post-mortem du système nerveux central et de la moelle épinière de l'adulte sont réalisées avec conservation de lames de « grandes coupes de cerveaux » et de prélèvements de coupes d'environ un centimètre de cerveau formolé⁵.

Pour les activités de foetopathologie, chaque médecin anatomopathologiste spécialisé et référent d'un service (ORL, digestif, ...) est affecté à tour de rôle un jour de la semaine sur cette activité d'autopsie. Il assure alors l'autopsie et est responsable de la rédaction du compte-rendu correspondant.

Les examens macroscopiques et histologiques de cerveaux des fœtus sont réalisés par trois médecins ayant d'autres activités, dont depuis la mi-mai 2005, un médecin attaché venant une fois par semaine de Saint Antoine, notamment pour rattraper le retard accumulé depuis plusieurs mois (cf. infra).

2.2.2 Des circuits différents selon le terme du fœtus

Pour comprendre le fonctionnement du service et analyser le plus exactement possible les différentes statistiques disponibles, il est nécessaire de préciser que selon le terme de la grossesse, le fœtus n'est pas autopsié dans le même secteur et est enregistré sous une terminologie vocable différente, c'est ainsi que :

- Lorsqu'une autopsie est demandée pour un fœtus de plus de 22 semaines d'aménorrhée, celle-ci est enregistrée à la chambre mortuaire, elle est effectuée dans ses locaux et c'est à ce niveau que sont suivies les formalités d'inhumation ou de crémation.
- Lorsqu'une autopsie est demandée pour un fœtus de moins de 22 semaines d'aménorrhée, celui-ci est enregistré au secrétariat du service d'anatomopathologie sous le vocable de « pièce opératoire complexe de fœtus », rubrique générale de la classification commune des actes médicaux (CCAM). La boîte contenant le fœtus n'est pas ouverte et les pièces ne sont pas vérifiées au moment de cet enregistrement qui se fait à partir du bordereau d'accompagnement.

L'autopsie est faite dans le laboratoire d'anatomie pathologie et apparaît sous l'intitulé d'enregistrement initial effectué par le secrétariat.

Lorsque les parents souhaitent organiser des obsèques, le corps du fœtus leur est rendu, sinon il est éliminé selon la procédure des déchets d'activité de soins (cas particulier des pièces anatomiques identifiables).

- L'examen de tous les placenta est réalisé dans le service d'anatomo-pathologie.

Le service utilise le logiciel DIAMIC depuis 1998 et celui-ci a été adapté en 2002 pour tenir compte de l'évolution de la réglementation (passage de 28 SA à 22 SA dans le recueil des données liées au terme des grossesses).

⁵ Il s'agit notamment de patients atteints du SIDA ayant donné leur corps à la science ou de suspicion de maladie de Creutzfeld-Jakob pour lequel le service est centre de référence.

**Tableau 3 - Activités relatives aux autopsies de fœtus faites
au service d'anatomopathologie de Lariboisière
(fœtus inférieurs à 22 SA)**

ANATOMOPATHOLOGIE							
années	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Au 30/09 2005
Pièces opératoires complexes de fœtus ⁶ enregistrées	62	46	51	44	33	34	25
Pièces opératoires complexes de fœtus réalisées	61	83	69	69	45	39	29
Produits de conception traités comme pièces anatomiques non identifiables (curetage, produits d'expulsion, œuf)	194	209	296	257	271	260	347

Source : données retraitées par la mission à partir des documents remis par la cadre de santé du service d'anatomopathologie et de la chambre mortuaire

2.2.3 Des données statistiques difficiles à analyser

Les données transmises à la mission ne sont pas toujours cohérentes, même si cette non concordance peut être expliquée par des systèmes de recueil non superposables. Un enregistrement hétérogène conduit à une divergence apparente des statistiques :

- les examens enregistrés comme « pièces opératoires complexes de fœtus » par la secrétaire du service d'anatomopathologie (à partir du formulaire de demande correspondant à l'examen anatomo-pathologique) ;
- le nombre de pièces opératoires complexes de fœtus réalisées (parfois un fœtus avec un prélèvement compte pour 2 pièces). Ainsi sauf pour l'année 1999, les chiffres des autres années (enregistrés/réalisés) sont différents, le système informatique garde le même numéro pour tous les examens enregistrés à partir de la pièce même opératoire complexe de fœtus ; le chiffre augmente donc à mesure des examens et techniques spécialisés dépendant de la même pièce initiale ;
- le nombre d'examens cotés P220 qui concernent « les pièces anatomiques complexes de fœtus », mais aussi les placentas ;
- les décalages en début ou fin d'année (les dates des comptes rendus peuvent être décalées d'un an par rapport à l'année de l'autopsie)
- le codage différent par les médecins (qui ont un logiciel médical avec un codage particulier).

2.2.4 Les comptes rendus des autopsies foetales sont rédigés dans un délai raisonnable, hormis pour les prélèvements de cerveaux où les retards sont très importants

Il n'existe pas de statistiques internes systématiques réalisées par le service sur ce point, bien qu'il s'agisse d'un critère de qualité utile pour les professionnels.

A la demande des membres de la mission, la cadre du service d'anatomopathologie a fait cette étude en reprenant les comptes rendus depuis 1999. Ils sont classés en 3 catégories (moins de 1 mois / de 1 à 3 mois et / plus de 3 mois). Les résultats de cette étude figurent en annexe 3.

⁶ Correspondant à des fœtus de terme inférieur à 22 semaines dont l'intitulé est repris de la CCAM.

De plus, la mission a reconstitué sur les années 2002 et 2004, à partir des documents fournis, les délais des comptes rendus d'une part pour les autopsies et d'autre part pour les examens macroscopiques et histologiques des cerveaux.

Tableau 4- Analyse des différents délais entre la date de l'autopsie et la rédaction du compte rendu

	2002	2004
Délai entre la date de l'autopsie et le compte-rendu de l'autopsie (hors cerveau)	Moins de 15 jours = 18%	Moins de 15 jours = 10%
	Moins de 1 mois (cumulé) = 60%	Moins de 1 mois (cumulé) = 25%
	Moins de 2 mois (cumulé) = 96%	Moins de 2 mois (cumulé) = 85%
	9 mois = 1 cas délai resté inexpliqué	2 cas où la date de les compte rendu d'autopsie de d'examen du cerveau sont les mêmes = 3 et 4 mois
Délai entre la date de l'autopsie et l'examen macroscopique du cerveau	Moins de 3 mois = 1 cas	Moins de 3 mois = 50%
	3 à 6 mois = 21%	Moins de 6 mois (cumulé) = 100%
	6 mois à 1an = 53%	
	1 à 2 ans = 18%	
	Plus de 2 ans = 1 cas	
Délai entre la date de l'autopsie et l'examen histologique de cerveau	Moins d'un an = 1 cas	Moins de 3 mois = 11%
	De 1 à 2 ans = 48 %	Moins de 6 mois (cumulé) = 95 %
	Plus de 2 ans = 41%	10 mois = 1 cas

Source : tableau reconstitué par la mission à partir des informations fournies

Ces délais excessifs sont, d'après le chef de service actuel, d'une part en lien avec un défaut d'organisation et t liée à la priorité donnée à d'autres examens anatomo-pathologiques, au détriment des autopsies fœtales cérébrales.

2.2.5 Une réflexion sur les prélèvements de cerveau est nécessaire pour rendre les résultats des examens dans un délai acceptable

Malgré la longueur des délais de rédaction des comptes-rendus en 2002, notamment pour les examens histologiques de cerveaux, la mission s'est étonnée qu'il n'y ait eu aucune relance des services cliniques. Le chef de service de maternité a expliqué que la très grande majorité des examens pratiqués apportait rarement des informations supplémentaires utiles aux grossesses ultérieures. Il apparaît que le prescripteur des autopsies ne demande pas explicitement un prélèvement de cerveau et en laisse l'appréciation à l'anatomopathologiste qui fait l'autopsie.

La mission note également que les nouvelles mesures d'organisation prises à l'arrivée de l'actuelle chef de service et d'une nouvelle cadre ont permis de raccourcir de façon notable le rendu des examens et de rattraper le retard accumulé (cf. chiffres 2004).

Cependant, compte tenu de l'organisation mise en place, la charge de travail dans ce secteur peut être très inégalement répartie puisque l'activité d'autopsie pour tel ou tel médecin est liée à l'arrivée des corps le jour de sa permanence.

A partir de ces constats, la mission préconise une réflexion sur les indications qui pourraient conduire à un prélèvements de cerveau au vu de l'apport potentiel de cet examen. Cette réflexion devra prendre en considération d'une part, les moyens humains actuellement disponibles et la possibilité d'une procédure d'ajustement des charges de travail ou d'organisation différente pour éviter les retards de rendu des résultats, mais aussi la forte implication symbolique du cerveau pour les familles qui justifie que tout prélèvement consenti doit faire l'objet d'un examen rapide et de résultats rendus aux familles.

Ce point fait l'objet de recommandations générales dans le rapport de synthèse de la mission.

2.3 Le passage en chambre mortuaire

2.3.1 Le remplacement de l'infirmier est impératif pour consolider une équipe qui se réorganise

La cadre supérieure du service d'anatomopathologie arrivée en 2000 dans l'établissement est par ailleurs en charge de la chambre mortuaire⁷. L'équipe est constituée d'un infirmier (dont le départ à la retraite était prévu pour janvier 2006), de deux aide soignants et de deux agents des services hospitaliers, dont les fiches de postes ont été mises à jour en 2003 et 2004.

2.3.2 Des locaux inadaptés dont la rénovation est programmée

Les conditions d'accueil des familles sont problématiques et les conditions de travail du personnel sont extrêmement difficiles, du fait de locaux totalement inadaptés et non conformes aux normes réglementaires. La direction en est consciente et cette mise en conformité fait partie des travaux programmés courant 2006. C'est dans ce cadre qu'un des médecins anatomopathologistes est devenu en 2004 responsable médical de la chambre mortuaire ; responsabilité qu'il exerce dans l'immédiat uniquement dans le cadre des réunions de travaux.

Des sessions de formation sont organisées et le personnel n'a formulé aucune demande particulière dans ce domaine⁸.

⁷ Environ 600 patients décèdent à l'hôpital / an

⁸ En 2005, deux formations ont été proposées au personnel de la chambre mortuaire: « réflexion sur les thèmes professionnels en lien avec l'actualité » et stage de 3 jours à la chambre mortuaire de Bichat récemment mise en conformité.

Tableau 5 - Activités relatives aux autopsies de fœtus faites à la chambre mortuaire de Lariboisière (fœtus de terme supérieur à 22 semaines)

CHAMBRE MORTUAIRE							
années	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Au 30/09 2005
Nombre de fœtus passés à la chambre mortuaire	21	29	32	42	34	35	21
Refus parental à l'autopsie	ND	2	6	3	2	2	ND
Nombre d'autopsies de fœtus	12	13	12	24*	24	20*	14

Source : chambre mortuaire – hôpital Lariboisière

*en 2002 : 2 fœtus ont été transférés au laboratoire d'anatomopathologie

*en 2004 : des jumeaux ont été enregistrés sous le même numéro

ND : non disponible

2.3.3 Depuis 2002, l'hôpital s'est organisé au niveau de la chambre mortuaire pour améliorer les délais de gestion des corps

Lorsque les obsèques ne sont pas organisées par les familles, les corps placés en reliquaires ont quitté l'établissement dans un délai de 2 mois (cf. annexe 4) :

- en 2002 plus d'un tiers des fœtus était encore présent à la chambre mortuaire à plus d'un mois ;
- entre 2002 et 2005 le délai a été réduit progressivement, mais il reste encore 11% des fœtus présents.

Lorsque les familles souhaitent organiser elles même les obsèques, les corps quittent très rapidement la chambre mortuaire en général dans les 10 jours, avec quelques départs pour l'étranger (Maroc, Algérie Tunisie) réalisés dans les plus brefs délais sauf pour un corps gardé 38 jours en chambre mortuaire à la demande de la famille (le temps qu'elle rassemble la somme nécessaire pour le transfert au Maghreb).

Dans certaines situations les parents ont des difficultés à prendre une décision, ils hésitent, changent plusieurs fois d'avis, laissant dans un premier temps l'hôpital se charger des obsèques, puis reviennent ensuite sur leur décision. Aussi, la chambre mortuaire a pris l'habitude, lorsque les parents sont hésitants, de conserver le corps plus de 10 jours par précaution, avant d'appeler les services funéraires de la Ville de Paris⁹. Ceux-ci dès qu'ils sont sollicités, répondent en général assez rapidement et au plus tard dans la semaine qui suit, viennent chercher le (s) reliquaire(s) pour incinération¹⁰.

Les délais supérieurs à 30 jours, concernent en majorité des corps dont les obsèques sont laissés à la charge de l'hôpital et souvent pour des fœtus de terme inférieur à 22 semaines. Cela s'explique d'une part par le délai de conservation de 15 jours du laboratoire d'anatomie pathologique après la rédaction du compte rendu et d'autre part par la politique de l'établissement depuis 2003 (notamment pour des raisons financières) de regroupement de

⁹ Il existe un marché public avec cahier des clauses techniques particulières relative à l'enlèvement, le transport et le traitement des pièces anatomiques humaines identifiables provenant des hôpitaux de l' AP-HP – octobre 2004.

¹⁰ Le marché prévoit un délai maximal de 4 jours suivant l'appel téléphonique.

plusieurs fœtus dans un même reliquaire (de deux à six fœtus) lorsque ceux-ci ont moins de 22 semaines.

Les fœtus de plus de 22 semaines déclarés comme mort-nés disposent eux d'un reliquaire individuel.

Mais ces délais sont aussi en lien avec le fonctionnement de la chambre mortuaire (activité globale, personnel présent, période de congé, et suivi insuffisamment rigoureux des équipes faute d'un encadrement disponible avant 2000).

La mission a ainsi noté qu'en 2002, première année de véritable réorganisation de la chambre mortuaire et aussi première année de modification des procédures avec le nouveau terme de 22 SA, certains corps sont restés plus de 30 jours en chambre mortuaire¹¹. Une amélioration de l'organisation est notable sur les trois dernières années (cf. chiffres 2004).

Les transferts vers un autre établissement :

Entre 2000 et 2004 aucun transfert de corps de fœtus n'a été réalisé vers un autre établissement pour un examen foetoplacentaire ni pour des fins de recherche.

Deux transferts ont été organisés vers l'hôpital Robert Debré : le 11 février et le 14 septembre 2005 à la demande des cliniciens dans le cadre d'une étude particulière concernant la neuropédiatrie, associant plusieurs centres hospitaliers.

Les transferts venant d'un autre établissement :

Entre 2000 et 2005, aucun examen foetoplacentaire ni à des fins de recherche n'a été effectué pour d'autres établissements.

2.4 Les pratiques du bureau en charge de l'état civil

Les données disponibles sont issues du registre des naissances et du registre des décès tenus par le bureau de l'état civil maternité et par le bureau de l'état civil décès, qui tient également à jour le registre de destination des corps en lien avec la chambre mortuaire.

L'archivage de ces registres a permis notamment d'apporter des réponses aux familles ayant appelé cet été (cf. infra)

L'activité du service est structurée par des fiches de procédure qui précisent les conditions juridiques et les formalités administratives de naissance et de décès à effectuer selon l'âge de l'embryon, du fœtus ou de l'enfant. Un tableau synthétique est à la disposition des agents dans le classeur des procédures pour rappeler les conditions juridiques et les formalités pratiques (cf. annexe 5).

¹¹ Il est à noter aussi que la mairie du 11^{ème} arrondissement a mis quelques mois à prendre en compte la circulaire du 21 novembre 2001.

Tableau 6 – Naissances enregistrées au bureau de l'état civil de l'hôpital Lariboisière

	2001	2002	2003 ¹²	2004	31/10/2005
Naissances vivantes	2529	2280	1769	1772	1761
Enfants mort-nés de terme supérieur à 22 semaines	12	35	30	33	19
Enfants mort-nés de terme inférieur à 22 semaines	52	37	25	24	21
Total	2593	2352	1824	1829	1801

Source : données de l'état civil fournies par l'établissement – Hôpital Lariboisière

2.5 Les données financières liées au marché avec les services funéraires de la ville de Paris

A partir des facturations la mission a pu connaître à la fois le nombre d'interventions des services funéraires à la demande de l'établissement ainsi que les périodes de l'année, le nombre de fœtus incinérés à la charge de l'établissement, le délai et le coût annuel de ces opérations.

Tableau 7 – Données financières disponibles

	2000	2001	2002	2003	2004	Au 30/10 2005
Nombre d'interventions	6	9	9	8	9	5
Nombre de fœtus	13	19	23	22	24	10
Nombre de reliquaires facturés	13	19	23	17	10	9
Montant des factures	654,53€	1190,51€	1743,08€	1249,14€	782,42€	749,95€

Source : Direction des services économiques – hôpital Lariboisière

2.6 Les fœtus présents lors de la visite de la mission (15 novembre 2005)

- Sept corps de fœtus de terme inférieur à 22 SA étaient présents au sein du laboratoire d'anatomopathologie ; les examens étant considérés comme non terminés (compte-rendu définitif non rédigé). A l'exception d'un corps conservé depuis 1998 du fait d'une procédure médico-légale, les autres ont une ancienneté d'environ 3,5 mois pour le plus ancien (cf. annexe 6).
- A la chambre mortuaire, un seul corps était en attente (décès du 12 novembre 2005 et autopsie faite le 14 novembre 2005).
- Aucune conservation de fœtus à des fins scientifiques ou pédagogiques n'a été déclarée à la mission (au delà des corps présents et en cours d'examen diagnostic individuel selon les protocoles utilisés dans l'établissement évoqué ci-dessus).

2.7 Les éléments relatifs à la gestion des événements d'août 2005

La procédure mise en place début août 2005 pour répondre aux familles, suite aux événements de Saint Vincent de Paul a consisté en une centralisation des demandes au

¹² Les salles de travail de la maternité étaient alors en travaux de rénovation.

secrétariat de direction, qui les a ensuite instruites en lien avec les services concernés (maternité, chambre mortuaire et état civil).

Une note de service a été adressée le 3 août 2005 aux responsables des principaux services accompagnée d'une fiche de renseignements sur le devenir des fœtus (identité du demandeur avec le lien de parenté, identification du fœtus avec date de l'accouchement, âge du fœtus, date de l'autopsie, procédure et date de l'élimination...).

Quatre mères ont contacté l'hôpital. Les recherches ont été faites à partir des différents registres disponibles au sein de l'établissement (annexe 7).

Les réponses ont été communiquées par téléphone et confirmées par écrit. Le chef de service de maternité avait proposé si nécessaire de rencontrer les familles. Aucune n'a pris contact pour un entretien.

Un historique des procédures d'incinération utilisées dans l'établissement permet de comprendre les difficultés qui ont pu surgir pour apporter toutes les informations sur les demandes anciennes.

- Jusqu'en août 1991, l'élimination des pièces anatomiques et des fœtus se faisait avec un incinérateur interne à Lariboisière. Le fonctionnement de celui-ci a été arrêté en 1991 suite à un accident de travail en date du 13 août 1991 ;¹³
- Le marché avec la société DEXEL, qui existait déjà depuis 1990 pour les déchets à haut risque (laboratoires, réanimation et maternité) a ensuite été étendu pour d'une part les déchets ménagers et d'autre part les pièces anatomiques ;
- En 1999, un accord global a été passé entre le siège de l'AP-HP et les Pompes Funèbres Générales de France (Ville de Paris) pour tous les établissements de l'AP-HP ;
- Un nouveau cahier des clauses techniques particulières relatif à l'enlèvement, au transport et au traitement des pièces anatomiques humaines identifiables provenant des hôpitaux de l'AP-HP a été rédigé en octobre 2004 (est jointe la liste des sites et des correspondants identifiés par sites hospitaliers) ;
- Les archives des services économiques (avec factures de la société d'incinération) sont gardées durant une période de cinq années ;
- A partir de l'accord de 1999 avec les Pompes Funèbres, il est possible de tracer l'ensemble des procédures d'élimination. Le suivi des opérations est réalisable à chaque étape (numéros des boîtes sur les bordereaux de suivi qui distinguent d'une part les pièces anatomiques identifiables et d'autre part les fœtus, date d'envoi et date d'incinération) ; cela est conforme à la réglementation en vigueur.¹⁴

¹³ Copie du compte rendu CHSCT du 6 septembre 1991 remis à la mission.

¹⁴ Décret n°97-1048 du 6 novembre 1997 relatif aux déchets d'activité de soins et assimilés et aux pièces anatomiques (anciennement codifié en articles R.44-1 à R.4411 du code de la santé publique – actuellement codifié en R 1335-9 et suivants du CSP).

Arrêté du 7 septembre 1999 relatif à l'entreposage des déchets d'activités de soins.

Arrêté du 7 septembre 1999 relatif aux modalités de contrôle des filières d'élimination.

Arrêté du 24 novembre 2003 relatif aux emballages à utiliser.

Troisième partie - Synthèse et recommandations

Les constats évoqués ci-dessus conduisent la mission à formuler des recommandations importantes qui, du fait qu'elles concernent un grand nombre des sites visités par les rapporteurs, figurent également en priorité dans le rapport de synthèse.

3.1 En direction des familles reçues dans l'établissement

- Poursuivre l'adaptation du dispositif d'accueil et d'information des familles au contexte culturel et linguistique des populations desservies par l'établissement .

3.2 Concernant les professionnels

- Initier une nouvelle organisation et de nouvelles procédure pour réduire les délais de rédaction des compte - rendus des examens liés aux autopsies fœtales, tout en poursuivant la démarche de rattrapage engagée par le service d'anatomopathologie concernant les examens en attente.
- Mener une réflexion interne avec l'ensemble des professionnels concernés sur les indications des prélèvements de cerveaux, en tenant compte certes des compétences disponibles, mais aussi de l'intérêt individuel de cet examen neuropathologique pour chaque famille.

La mission a d'ailleurs recommandé, dans le rapport de synthèse, que la Haute Autorité de Santé déjà saisie par le ministre de la santé sur l'élaboration d'un guide de bonnes pratiques en foetopathologie, se prononce sur ces points.

3.3 Concernant la direction de l'établissement

- Mieux organiser le suivi du devenir des corps des fœtus

Il existe plusieurs systèmes de recueil des données, selon le service et selon l'âge des fœtus ; ces dispositifs se sont mis en place progressivement, mais ils sont disparates, et de fait conduisent à une connaissance incomplète du devenir des corps ; même si par recoupements successifs et recherches ponctuelles les informations peuvent être retrouvées (cf. données de l'état civil pour retrouver des informations anciennes lors de la gestion des événements d'août 2005).

Cette recommandation reprise dans le rapport de synthèse nécessite que le niveau ministériel s'en saisisse, pour l'élaboration d'un dispositif national avec des items communs. Ce qui ne doit pas empêcher l'établissement dans l'immédiat de prévoir la mise en place d'un

dispositif de validation interne des données entre les différents services, par élaboration de contrôles de cohérence.

- Engager rapidement les travaux de mise aux normes de la chambre mortuaire programmés pour améliorer la dignité de l'accueil des familles et permettre aux agents de travailler dans des conditions satisfaisantes.

Ces mises aux normes sont nécessaires pour soutenir la dynamique déjà engagée : mobilisation de l'encadrement, nécessité du remplacement rapide de l'infirmier, formation continue des personnels et poursuite de l'élaboration des procédures.

Docteur Patricia VIENNE

Membre de l'inspection générale des affaires sociales

La mission prend acte des compléments apportés par la direction générale de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, dans son courrier du 20 juillet 2006. Ce document, qui fait l'objet d'une annexe distincte, n'appelle pas d'observations particulières de la mission.

ANNEXES

Liste des annexes :

1. Lettre de saisine ministérielle du 2 août 2005
2. Liste des personnes rencontrées
3. Délai de réalisation du compte rendu d'autopsie
4. Délai d'enlèvement des corps par l'hôpital
5. Tableau relatif aux procédures et formalités de l'état civil
6. Liste des fœtus présents lors du passage de la mission
7. Suivi de la gestion des appels des familles

**ANNEXE 1 - LETTRE DE SAISINE MINISTERIELLE DU 2 AOUT
2005**

*Le Ministre de la Santé et des
Solidarités*

*Le Ministre de l'Éducation nationale,
de l'Enseignement supérieur et de la
Recherche*

Paris, le

2 AOUT 2005

Cab/XB/CG Me D 05 - 9187

Le Ministre de l'Éducation Nationale, de
l'Enseignement Supérieur et de la Recherche
Le Ministre de la Santé et des Solidarités
à
Monsieur le Chef de l'inspection générale de
l'administration de l'éducation nationale et de
la recherche
Madame la Chef de l'inspection générale des
affaires sociales

Objet : Mission d'inspection de chambres mortuaires d'établissements hospitaliers ayant des activités de maternité et néonatalogie.

Le Ministre de la Santé et des Solidarités a demandé à l'IGAS de conduire très rapidement une mission d'inspection sur le site de l'hôpital St Vincent de Paul à l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris après la découverte, à l'occasion de la réorganisation de la chambre mortuaire du site, de nombreux fœtus, corps d'enfants nés sans vie et corps d'enfants ayant vécu quelques temps avant de décéder, conservés dans les chambres froides.

Nous vous demandons de procéder à une inspection de même nature sur les autres sites hospitaliers de l'APHP, des Hospices Civils de Lyon et de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille comportant des chambres mortuaires en lien avec des activités de maternité et de néonatalogie.

Vous analyserez précisément les modalités de conservation des éléments du corps humain sur ces sites, les manquements éventuels aux dispositions réglementaires et l'évolution des pratiques de prise en charge en chambre mortuaire et en anatomo-pathologie des fœtus ou du corps des jeunes enfants. Vous proposerez également les mesures permettant de remédier aux dysfonctionnements constatés.

Vous élaborerez très rapidement une méthodologie qui permettra aux ARH et aux DDASS de décliner l'enquête au sein de chaque région. Vous nous transmettez une première note d'étape courant octobre. Votre rapport définitif nous sera adressé dans les plus brefs délais.

Vous veillerez à nous tenir informés régulièrement de l'état d'avancement de votre mission.



Xavier BERTRAND



Gilles de ROBIEN

**ANNEXE 2 -LISTE DES PERSONNES RENCONTREES SUR LE
SITE HOSPITALIER LARIBOISIERE**

Liste des personnes rencontrées ou contactées

Au niveau national

Ministère de la santé et des solidarités

Cabinet :

Mme Blandine LEGOUT conseillère technique
M. Christophe DUVAUX conseiller technique
M. Gérard BREARD conseiller technique
M. Erik RANCE conseiller technique

Direction générale de la santé

M. Luc PARAIRE sous directeur – sous direction de la coordination des services et des affaires juridiques
Mme Isabelle ERNY - bureau éthique et droit (SD4A)
Mme Geneviève LIFFRAN - bureau des produits de santé d'origine humaine (SD3C)
Mme Laurence CATE - bureau de la qualité des pratiques (SD2B)
Docteur Jean-Marc ANGELE - bureau de la qualité des pratiques (SD2B)

Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins

M. Frédéric REMAY conseiller technique du directeur
Professeur Guy NICOLAS conseiller médical du directeur
Mme Cécile GUYADER adjointe à la sous directrice – sous direction de la qualité et du fonctionnement interne des établissements de santé
Mme Annick VAN HERZELE chef du bureau des usagers et du fonctionnement général des établissements(E1)
Mme Michelle BROSSEAU adjointe au chef du bureau de l'ingénierie et des techniques hospitalières (E4)
Mme Linda CHERTIOUA bureau des profession paramédicales, statuts et personnels hospitaliers (P2)

Ministère délégué à l'enseignement supérieur et à la recherche

Cabinet

Professeur Philippe THIBAUT conseiller technique

Direction de la recherche

M. Dominique AUNIS directeur scientifique du département biologie, médecine, santé - mission scientifique, technique et pédagogique
Mme Martine BUNGENER économiste, directeur de recherche au CNRS, directeur du CERMES
Mme Nelly MATHIEU chef du bureau des structures de recherche et de la réglementation DR-C1
Mme Evelyne TESTAS bureau DR-C1

Direction de l'enseignement supérieur

M. Charles JOBERT chef de bureau des formations de santé – DES/A12
Mme Dominique DELOCHE adjointe au chef de bureau des formations de santé – DES/A12
M. Claude FEUERSTEIN chargé de missions scientifiques et pédagogiques - DES

Comité consultatif national d'éthique (CCNE)

Professeur Didier SICARD président

Mme Marie Hélène MOUNEYRAT secrétaire générale

Association « La petite Emilie »

Madame Caroline LEMOINE présidente

Universités de médecine :

Professeur Dominique BLADIER - doyen de l'UFR de médecine de Bobigny

Professeur Christiane BEBEAR - doyen de l'UFR de médecine de Bordeaux

Professeur Jean Paul FRANCKE - doyen de l'UFR de médecine de Lille

Professeur Roger GIL - doyen de l'UFR de médecine de Poitiers

Professeur Bertrand LUDES - doyen de l'UFR de médecine de Strasbourg

Professeur Patrick NETTER - doyen de l'UFR de médecine de Nancy

Professeur Christian THUILLEZ - doyen de l'UFR de médecine de Rouen

Professeur Jacques TOUCHON - doyen de l'UFR de médecine de Montpellier Nîmes

Professeur Serge UZAN - doyen de l'UFR de médecine Paris VI

Mme GIRARDIN - responsable administrative de l'UFR de médecine Paris VI

Professeur Benoît SCHLEMMER - doyen de l'UFR de médecine Paris VII

Mme Maryse TAILLEFER - responsable administrative UFR de médecine Paris VII

Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)

Mme Catherine POSTEL VINAY directrice du département animation et partenariats scientifiques

M. Eric POSTAIRE, directeur du département recherches cliniques et thérapeutiques

M. Jean Christophe HEBERT adjoint au directeur du département des affaires juridiques

Professeur Jean Claude AMEISEN président du comité d'éthique et de recherche médicale et en santé

Société française de foetopathologie (SFFOET)

Docteur Marie GONZALES secrétaire de la SFFOET et MCU-PH dans le service d'embryologie pathologique et cytogénétique de l'hôpital Saint Antoine en charge de la foetopathologie

Professeur Annie LAQUERRIERE vice présidente de la SFFOET et PU-PH en anatomopathologie au CHRU de Rouen en charge de la foetopathologie

Professeur Férechti RAZAVI président de la SFFOET et MCU-PH responsable de l'unité de foetopathologie de l'hôpital Necker Enfants Malades

Hôpital Lariboisière

Mme Marie Christine GRENOUILLEAU directrice

Mme Marinette OLLIVIER directrice de la clientèle et de la qualité

Professeur RYMER président du comité médical consultatif

Mme Sylvie MARTINEZ responsable du secteur recettes et état civil

Mme Delphine BERRY adjoint des cadres hospitalier admission et frais de séjour

Mme ESCOURRE chargée de l'état civil naissance

Professeur Françoise GRAY chef du service d'anatomie pathologique

Docteur Chantal PERROTEZ anatomopathologiste

Docteur Marc POLIVKA anatomopathologiste

Docteur Tchao MEATCHI anatomopathologiste

Mme Gisèle CORCKET cadre supérieure de santé en anatomopathologie et chambre mortuaire

M. Lucien BEGARIN aide soignant à la chambre mortuaire

Mme Marcelline MOATTI agent hospitalier à la chambre mortuaire

Professeur Jean Bernard TRUC chef de service de maternité

Mme RAFFALLI Fabienne cadre supérieur de maternité

Mme Micheline LEDOUX cadre sage femme de maternité

Professeur Benoît SCHLEMMER – doyen de l'UFR de médecine Paris VII

Mme Maryse TAILLEFER responsable administrative UFR de médecine Paris VII

**ANNEXE 3 : DELAI DE REALISATION DU COMPTE RENDU
D'AUTOPSIE**

Délais de validation des comptes rendus histologiques initiaux de Fœtus									
Année \ Délais		<1mois		1 à 3 mois		>3 mois		Total	Commentaires
		Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%		
1999	Chambre Mortuaire	5	41,7	6	50,0	1	8,3	12	Un venant de l'ana path
	Laboratoire	56	91,8	3	4,9	2	3,3	61	
2000	Chambre Mortuaire	6	46,2	7	53,8	0	0,0	13	Dont un enfant né viable
	Laboratoire	34	75,6	11	24,4	0	0,0	45	
2001	Chambre Mortuaire	2	16,7	8	66,7	2	16,7	12	Un venant de l'ana path
	Laboratoire	38	76,0	10	20,0	2	4,0	50	
2002	Chambre Mortuaire	15	62,5	8	33,3	1	4,2	24	2 venant de l'ana path
	Laboratoire	31	73,8	10	23,8	1	2,4	42	
2003	Chambre Mortuaire	7	29,2	14	58,3	3	12,5	24	Dont un CR notant le refus d'examen de la part des parents
	Laboratoire	27	81,8	6	18,2	0	0,0	33	
2004	Chambre Mortuaire	4	20,0	13	65,0	3	15,0	20	
	Laboratoire	28	84,8	4	12,1	1	3,0	33	
2005 (Avant 30/09)	Chambre Mortuaire	3	27,3	7	63,6	1	9,1	11	3 fœtus sans CR
	Laboratoire	15	71,4	4	19,0	2	9,5	21	3 fœtus sans CR et un transféré en Ch. Mort. pour inhumation

24/11/2005 Docteur M. POLIVKA – PH responsable de la Chambre Mortuaire
 Madame Gisèle CORCKET - Cadre Supérieur du Service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques et de la
 Chambre Mortuaire – Hôpital LARIBOISIÈRE

**ANNEXE 4 : DELAI D'ENLEVEMENT DES CORPS PAR
L'HÔPITAL**

Année	Nbr de Fœtus	Nbr d'Inhumation	Nbr de Reliquaires Anapath	Nbr de Reliquaires Chambre Mortuaire	Nbr de Fœtus en Reliquaires	Délai d'enlèvement des fœtus en reliquaires						Commentaires
						Nbr < 15 jours	%	Nbr > 15 jours et < 1 mois	%	Nbr > 1 mois et ≤ 2 mois	%	
1999	21	4	3	11 + 3 transférés en 2000	11	1	7,14 %	6	42,86 %	7	50 %	3 fœtus en reliquaires sont enlevés en 2000
2000	29	14	3	10	12	5	41,66 %	6	50 %	1	8,34 %	
2001	32	10	3	19	19	11	57,89 %	8	42,11 %			
2002	42	10 + 1 incinération prise en charge par les parents	3	25	28 + 1 mis en 2003	9	32,14 %	9	32,14 %	10	35,72 %	Des bordereaux contenant plusieurs lignes sont comptabilisées en facturation, soit au nombre de lignes, soit au bordereau
2003	34	10	1	17	22 + 1 mis en 2004	4	17,39 %	13	56,52 %	6	26,09 %	Des bordereaux contenant plusieurs lignes sont comptabilisées en facturation, soit au nombre de lignes, soit au bordereau
2004	35	10	1	10	23 + 1 mis en 2005	4	16,66 %	14	58,34 %	6	25 %	Des bordereaux contenant plusieurs lignes sont comptabilisées en facturation, soit au nombre de lignes, soit au bordereau
2005 au 30/09/2005	16	5	1 aller et retour à Robert Debré départ en reliquaire	9	10			8	88,9 %	1	11,1 %	Des bordereaux contenant plusieurs lignes sont comptabilisées en facturation, soit au nombre de lignes, soit au bordereau

**ANNEXE 5 : TABLEAU RELATIF AUX PROCEDURES ET
FORMALITES DE L'ETAT CIVIL**

Conditions juridiques des embryons, fœtus et enfants décédés in utero ou en période périnatale

Groupe Hospitalier Lariboisière - Fernand Widal

	Enfant né mort à un terme inférieur à 22 Semaines d'Aménorrhée (SA). ▼ Sans acte main courante à la Mairie)	- Enfant né mort après un terme > ou = à 22 Semaines d'Aménorrhée ou pesant au moins 500g. (vrai mort né) - Enfant né vivant et non viable (moins de 22 Semaines d'Aménorrhée) (faux mort né) ▼ Acte d'enfant sans vie Loi 08/01/93 art 79-1 Circ DHOS 30/11/2001	Enfant né vivant et viable Gestation > ou = à 22 Semaines d'Aménorrhée Ou D'un poids >ou= à 500 g ▼ Acte de naissance et de décès Loi 08/01/93 art 79-1
ENREGISTREMENT	Cahier des embryons de l'état civil naissance de l'hôpital J4 + D39	Cahier des morts nés de l'état civil naissance de l'hôpital J4 + D39	Registre naissances et registre Décès (Bureau Etat Civil Décès de l'hôpital)
IMPRIMES A REMPLIR POUR LA MAIRIE DU 10 ème A	Bulletin d'enfant sans vie Modèle 7170138 GFFFA + modèle FC MN 01	Bulletin d'enfant sans vie Modèle 7170138 GFFFA + modèle FC MN01	Déclaration D233 + modèle 503100 + déclaration décès rédigée par le médecin
AUTORISATION PARENTALE D'AUTOPSIE	La demande d'autorisation doit être effectuée ← systématiquement et signée des 2 parents		
EXISTENCE ADMINISTRATIVE INSCRIPTIONS ➤ sur le livret de famille ➤ Sur le registre d'état civil de la mairie ➤ Sur le registre des embryons de la mairie	Rien Non Possible (dépend des communes)	Possible, uniquement en « décès » Obligatoire en « décès »	Obligatoire, en naissance et en décès Obligatoire, en naissance et en décès
DOTATION D'UN PRENOM	Non	Possible	Obligatoire
PERMIS D'INHUMER	Oui/non (dépend des communes)	Oui	Oui
FUNERAILLES (crémation, inhumation)	Possibles à Paris ou abandon de coprs (D296 ECN)	Possibles (mais non obligatoires) ou abandon de corps (D296ECN)	Obligatoires Possibilité de convoi social (service social maternité procédure ADM/P07)

Sommaire

1^{ère} Partie : Procédures de l'Etat Civil

I Enregistrement et déclaration de naissance	ECN01
❖ Procédure	
II Enregistrement et déclaration d'un enfant né mort d'un terme inférieur à 22 semaines d'aménorrhée	ECN02
❖ Procédure	
III Enregistrement et déclaration	
- d'un enfant né mort d'un terme = ou > à 22 semaines ou pesant au moins 500 g	
- Et d'un enfant né vivant et non viable (< à 22 semaines)	ECN03
❖ Procédure	
IV Enfant né vivant, viable et décédé	ECN04
❖ Procédure	
V Accouchement hors hôpital	ECN05
❖ Procédure	
VI Archivage	ECN06
❖ Procédure	
VII Autopsie des embryons, vrais mort-nés et faux mort-nés	ECN07
VIII Autopsie des enfants nés vivants, viables et décédés	ECN08
IX Mise en œuvre d'un convoi funéraire pour personnes dépourvues de ressources suffisantes	ADM P 07

2^{ème} Partie : Statistiques (2001-2005)

3^{ème} Partie : Textes législatifs, réglementaires et plaquette d'information

- ❖ Instructions générales relatives à l'état civil (Titre III, chap.I^{er}, Section 1)
- ❖ Article 55 du Code Civil
- ❖ Article 79-1 du Code Civil
- ❖ Instructions générales relatives à l'état civil (Titre III, Chap VI, Section 2)
- ❖ Instructions générales relatives à l'état civil (Titre V, ChapIII, Section 2)
- ❖ Circulaires relatives à l'enregistrement et la prise en charge des corps des enfants décédés avant la déclaration de naissance
 - Circulaire DHOS N° 2001/576 du 30/11/01
 - Circulaire A.P.H.P
 - Note de la mairie de Paris
- ❖ Extrait du guide APHP, « le décès à l'hôpital », de Marc Dupont et Annick Macrez
- ❖ Brochure AP.H.P (« Vous venez de perdre votre enfant »)

Groupe hospitalier LARIBOISIERE FERNAND WIDAL		Référence : ADM/P/ECN.03		Diffusion : (nbre d'exemplaires) <input type="checkbox"/> Services cliniques <input type="checkbox"/> Services médico-techniques <input checked="" type="checkbox"/> Services administratifs <input type="checkbox"/> Services logistiques <input type="checkbox"/> Services techniques <input type="checkbox"/> Autres	
Titre : PROCEDURE D'ENREGISTREMENT ET DE DECLARATION D'UN ENFANT : - né mort gestation = ou > à 22 semaines (vrai mort-né) - né vivant et non viable < à 22 semaines (faux mort-né)				Mise en application le :	
				Mise à jour le : 12.05.05	
Rédigée par : Le Chargé d'Etat Civil		Validée par : Le Responsable Secteur Recettes		Approuvée par : La Directrice de la Clientèle	
Date :		Date :		Date :	
				Version : 1.0	
Périmée le :				Pages : 2	
Mots clés : DECLARATION ENREGISTREMENT VRAI MORT-NE FAUX MORT-NE					

1 - Objectif :

Cette procédure a pour objet de décrire l'enregistrement et la déclaration d'un enfant né mort (vrai mort-né = ou > à 22 semaines de gestation) ou d'un enfant né vivant et non viable de moins de 22semaines (faux mort-né)

2 - Domaine d'application :

Cette procédure concerne les enfants nés morts (vrais mort-nés) ou les enfant né vivants et non viables de moins de 22semaines (faux mort-né) enregistrés à l'hôpital et déclarés à la mairie du 10ème arrondissement

3 - Responsabilités d'exécution :

Cette procédure engage la responsabilité du Chef de Service de la maternité, du praticien hospitalier, de la sage-femme, de l'agent chargé de l'état-civil naissance, du responsable du Secteur Recettes, de la Directrice de la Clientèle et du Directeur de l'Etablissement de Santé

4 - Définitions :

L'agent en charge de l'état-civil naissance a pour mission d'enregistrer et de déclarer les enfants nés morts (vrais mort-nés) ou enfants nés vivants et non viables de moins de 22semaines (faux mort-nés) enregistrés à l'hôpital et déclarés à la mairie du 10ème arrondissement d'accueillir et d'informer les familles

5 - Documents de référence :

Guide AP-HP « Le décès à l'hôpital » Instructions Générales de l'Etat Civil, loi N° 93-22 du 8 janvier 1993, art79-1 du code civil, circulaire DHOS du 30/11/2001.

6 - Description de la procédure :

Cette procédure est décrite en page 2

7 - Support de travail et de vérification

Carnet de mouvement D73, certificat de décès FCMN01, Bulletin d'un enfant déclaré sans vie modèle 71 70138 GFFA FA, Livre des enfants mort-nés D39, registre médical des sages-femmes B27, livre des décès (J4) liaison avec la mairie, fiche de renseignements, attestation d'abandon de corps D296ECN

Q:\Secteur Recettes\Etat Civil Mater\Procédures\ECN03

ENREGISTREMENT ET DECLARATION D'UN ENFANT NE MORT A UNE TERME INFERIEUR A 22 SEMAINES.

1. *Chaque matin, consulter le carnet de mouvement D73 à l'accueil de la maternité, mention en rouge du nombre de semaines de gestation*
2. *Rencontrer et informer la patiente de ses droits*
3. *Recueillir verbalement les renseignements d'état-civil des parents, ou sur le livret de famille ; il n'y a pas de dotation d'un prénom*
4. *Remplir le certificat d'enfant sans vie (Insee modèle 7 170138GFFA) en mentionnant "embryon", le certificat de décès (réf. FC MN 01) et les transmettre au médecin pour indication de diagnostic et signature*
5. *Au retour de ces documents, clore la partie médicale du certificat FC MN 01*
6. *Enregistrer sur le livre des décès, J4 de liaison avec la mairie et sur le registre de déclaration des embryons D39*
7. *Adresser, par coursier, à la mairie du 10^{ème} arrondissement, le livre des décès (j4 de liaison) avec le bulletin d'enfant sans vie (Insee modèle 7170138GFFA) et le certificat de décès (FC MN 01)*
8. *La mairie enregistre la déclaration sur la main courante (aucune mention ne sera portée sur le livret de famille)*
9. *Retour par coursier, du livre des décès, validé par la mairie*
10. *Faire signer le certificat D296ECN abandon de corps et le consigner dans la boîte réservée à cet effet*
11. *Exceptionnellement si la famille souhaite organiser des obsèques, l'informer oralement qu'elle doit contacter une société de pompes funèbres et lui remettre une liste des opérateurs funéraires de la Ville de Paris.*

Groupe hospitalier LARIBOISIERE FERNAND WIDAL		Référence : ADM/P/ECN.02		Diffusion : (nbre d'exemplaires) <input type="checkbox"/> Services cliniques <input type="checkbox"/> Services médico-techniques <input checked="" type="checkbox"/> Services administratifs <input type="checkbox"/> Services logistiques <input type="checkbox"/> Services techniques <input type="checkbox"/> Autres	
ETAT CIVIL NAISSANCE					
Titre : PROCEDURE D'ENREGISTREMENT ET DE DECLARATION D'UN ENFANT NE MORT A UN TERME INFERIEUR A 22 SEMAINES D'AMENORRHEE		Mise en application le :			
		Mise à jour le : 12.05.05			
Rédigée par : Le Chargé d'Etat Civil	Validée par : Le Responsable Secteur Recettes	Approuvée par : La Directrice de la Clientèle		Version : 1.0	
Date :	Date :	Date :			
Périmée le :		Pages : 2			
Mots clés : ENFANTS NES MORTS EMBRYONS FŒTUS MOINS DE 22 SEMAINES					

1 - Objectif :

Cette procédure a pour objet de décrire l'enregistrement et la déclaration d'un enfant né mort à un terme inférieur à 22 semaines.

2 - Domaine d'application :

Cette procédure concerne tous les enfants nés morts à un terme inférieur à 22 semaines.

3 - Responsabilités d'exécution :

Cette procédure engage la responsabilité du Chef de Service de la maternité, du praticien hospitalier, de la sage-femme, de l'agent chargé de l'état-civil naissance, du responsable du Secteur Recettes, de la Directrice de la Clientèle et du Directeur de l'Etablissement de Santé.

4 - Définitions :

L'agent en charge de l'état-civil naissance a pour mission de déclarer, à la mairie du 10^{ème} arrondissement, tous les enfants nés morts à un terme inférieur à 22 semaines enregistrés à l'hôpital.

5 - Documents de référence :

Guide AP-HP « Le décès à l'hôpital », Instructions Générales de l'Etat Civil N° 462

6 - Description de la procédure :

Cette procédure est décrite en page 2

7 – Support de travail et de vérification :

Carnet de mouvement D73 – Bulletin d'enfant sans vie Insee modèle 71 70138 GFFA FA – Certificat de décès ref FC MN 01 – Registre de déclaration des « embryons » D39 – Livre des décès modèle J4 (liaison avec la mairie) – Registre médical des sages-femmes B27- D296ECN

ENREGISTREMENT ET DECLARATION D'UN ENFANT :

- né mort gestation = ou > à 22 semaines (vrai mort-né)
 - né vivant et non viable < à 22 semaines (faux mort-né)
- enregistré à l'hôpital et déclaré à la mairie du 10^{ème} arrondissement

1. Chaque matin, consulter le cahier de mouvement D73 à l'accueil de la maternité. La mention du nombre de semaines de gestation y est portée en rouge.
2. Rencontrer et informer la patiente
3. Recueillir verbalement les renseignements d'état-civil, collecter les informations à partir du livret de famille et demander le prénom de l'enfant si la famille le souhaite
4. Remplir le "bulletin d'enfant sans vie" (Insee modèle 7170138 GFFA) et le certificat de décès enfant mort-né réf FC MN 01, les transmettre au médecin pour indication du diagnostic et signature
5. Au retour des documents, clore la partie médicale du certificat réf FC MN 01
6. Enregistrer sur le J4 livre des décès et sur le registre des déclarations des mort-né D39
7. La famille souhaite organiser des obsèques :

Remettre la liste des opérateurs funéraires de la ville de Paris à cette famille lui demandant de bien vouloir se mettre en rapport avec l'une d'entre elles
8. La famille ne souhaite pas organiser d'obsèques :

Faire établir par la patiente et/ou sa famille, une attestation d'abandon de corps (imprimé D296ECN)
9. Faire rédiger, par le médecin du service, un certificat de non-contagion (imprimé D308)
10. Adresser à la mairie du 10^{ème} arrondissement, par coursier, le livre des décès comportant : le bulletin d'enfant sans vie modèle 7170138 GFFA, le certificat médical de décès réf FC MN 01, le certificat de non-contagion imprimé D308
11. Retour, par coursier, du cahier de liaison validé par la mairie du 10^{ème}
12. La famille peut faire enregistrer, sur la partie basse du livret de famille, le décès de l'enfant mort-né.

Groupe hospitalier LARIBOISIÈRE FERNAND WIDAL		Référence : ADM/P/ECN.07		Diffusion : (nbre d'exemplaires) <input type="checkbox"/> Services cliniques <input type="checkbox"/> Services médico-techniques <input checked="" type="checkbox"/> Services administratifs <input type="checkbox"/> Services logistiques <input type="checkbox"/> Services techniques <input type="checkbox"/> Autres	
Titre : PROCEDURE ADMINISTRATIVE PREALABLE AU PRELEVEMENT SCIENTIFIQUE EN VUE DE RECHERCHER LES CAUSES DE LA MORT (AUTOPSIE) : embryons, vrais mort-nés, faux mort-nés				Mise en application le :	
				Mise à jour le : 12.05.05	
Rédigée par : Le Chargé d'Etat Civil		Validée par : Le Responsable Secteur Recettes		Approuvée par : La Directrice de la Clientèle	
Date :		Date :		Date :	
				Version : 1.0	
Périmée le :				Pages :	
Mots clés : AUTOPSIE EMBRYONS FŒTUS VRAIS MORT-NES FAUX MORT-NES					

- 1 - Objectif :
Cette procédure a pour objet de décrire le protocole administratif préalable à l'autopsie des enfants nés morts ou nés vivants et non viables.
- 2 - Domaine d'application :
Cette procédure concerne toutes les demandes d'autopsie envisagées pour les embryons ou les mort-nés.
- 3 - Responsabilités d'exécution :
Cette procédure implique la responsabilité du médecin Chef de service, du praticien hospitalier, du cadre supérieur de la maternité, du chargé d'état-civil décès, du responsable du secteur recettes, de la Directrice de la Clientèle et du Directeur de l'Etablissement de Santé
- 4 - Définitions :
Le chargé d'état-civil décès a pour mission de vérifier la conformité des documents rédigés par le médecin demandeur de l'autopsie et de les soumettre à la signature du Directeur de l'établissement
- 5 - Documents de référence
Guide de l'AP-HP « le Décès à l'hôpital »
- 6 - Description de la procédure :
Cette procédure est décrite en page 2
- 7 - Support de travail et de vérification
D295 – Constat de la mort, sous-signé des 2 parents autorisant l'autopsie, D296 ECN attestation d'abandon du corps signée des 2 parents, D306 – "Demande de prélèvements à des fins scientifiques dans le but de rechercher les causes du décès (autopsie) "

AUTOPSIE POUR : embryons, vrais mort-nés et faux mort-nés

Le médecin, Chef de service de la maternité est demandeur de l'autopsie. Il doit formuler sa demande par la rédaction :

- *Du formulaire D306 sur lequel apparaît sa signature, le nom des parents qui ont été contactés, le nom du médecin ayant sollicité l'accord parental,*
- *Du formulaire D295 (constat de la mort), précisant la date et l'heure du décès, sans oublier que ce document n'est pas pré-carboné et qu'il doit donc signer les trois feuillets de la liasse,*
- *De l'autorisation de pratiquer l'autopsie sur le corps du bébé, signée des 2 parents,*
- *D'une notice d'information.*

Le chargé d'état-civil décès doit en vérifier la conformité et soumettre le formulaire D306 à la signature du Directeur ou de l'administrateur de garde

Le cadre de maternité transmettra l'ensemble de ces documents à la chambre mortuaire

NB : Dans certains cas, la famille peut organiser des obsèques. Si elle souhaite abandonner le corps, lui faire signer le formulaire D296ECN

**ANNEXE 6 - LISTE DES FŒTUS DANS LE SERVICE
D'ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES – CHAMBRE
MORTUAIRE DE L'HOPITAL LARIBOISIÈRE
EN DATE DU 16 NOVEMBRE 2005**

LISTE DES FŒTUS DANS LE SERVICE D'ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES –CHAMBRE MORTUAIRE DE LARIBOISIERE EN DATE DU 16 NOVEMBRE 2005

Document remis par la cadre supérieure du service d'anatomopathologie

LABORATOIRE

B9800612 : fœtus et placenta enregistrés le 15/01/98. Mère hospitalisée en réanimation. Fœtus de 5-6 mois de grossesse non examiné, suspicion d'affaire judiciaire (traumatisme abdominal. Défenestration).

A la disposition d'une éventuelle réquisition judiciaire.

Compte rendu du placenta fait le 02/02/98.

B0509685 : fœtus et placenta enregistrés le 04/08/05. Provenance : salle de travail maternité.

Compte rendu définitif non terminé.

B0510033 : fœtus et placenta enregistrés le 18/08/05. Provenance : salle de travail maternité.

Compte rendu définitif non terminé.

B0511254 : fœtus et placenta enregistrés le 20/09/05. Provenance : salle de travail.

Fiche de liaison autorisation de pratiquer l'examen non reçue après plusieurs demandes auprès du service concerné. Décision le 10/11/05 par le médecin anatomopathologiste de ne pas pratiquer la dissection sans la fiche de liaison. Le fœtus est en attente selon la procédure appliquée dans le service d'un transfert en chambre mortuaire pour une mise en reliquaire (délai de conservation au laboratoire durant 15 jours après le compte rendu définitif).

Le compte rendu fait le 10/11/05 concerne un fragment de parenchyme placentaire et une description externe du fœtus.

B0511478 : fœtus et placenta enregistrés le 26/09/05. Provenance : salle de travail maternité.

Compte rendu définitif non terminé

B0512334 : fœtus et placenta enregistrés le 14/10/05. Provenance : salle de travail maternité.

Compte rendu définitif non terminé.

B0513058 : fœtus et placenta enregistrés le 02/11/05. Provenance : urgences maternité.

Compte rendu définitif non terminé.

CHAMBRE MORTUAIRE

Fœtus enregistré - n° 21 bis mois de novembre

- n° 474 bis année 2005

Décès le 12/11/05 en provenance de la salle de travail maternité. Autopsie le 14/11/05 n°A0018192. Placenta enregistré en anapath le 15/11/05 et fœtus déposé en reliquaire suivant la procédure appliquée en chambre mortuaire.

**ANNEXE 7 - GESTION DES APPELS DES FAMILLES EN AOUT
2005**

Gestion des appels des familles en août 2005

Personnes ayant appelé	Mme CHX..	Mme CHE..	Mme ME..	Mme CU...
Date de l'appel	03/08/2005	04/08/2005	10/08/2005	30/08/2005
Date de l'accouchement	11/10/2004	23/09/1996	28/10/1992	13/10/1969
Durée probable de la gestation	6 mois	6 mois	5 mois ½ 25 SA	6 mois
Etat du fœtus		Sexe masculin Mort né		Sexe masculin Né vivant le 13 octobre et décédé le 14 octobre
Autopsie		faite	examen de laboratoire fait	
Document retrouvé		Consentement pour l'autopsie signé par la mère le 23 septembre 1996	compte-rendu fait le 4 novembre 1992	copie conforme faite par la mairie du 11 ^{ème} arrondissement le 1 ^{er} septembre 2005 « enfant présentement sans vie »
Incinération	01/12/2004		Début 1993 Convention avec la société DEXCEL	Sur le site de Lariboisière où était l'incinérateur à l'époque
Justificatif	Bordereau de suivi des fœtus et facture des services funéraires		Non retrouvé	Pas de date retrouvée
Réponse écrite signée par la directrice de l'hôpital	Le 3 août 2005	Le 4 août 2005 Possibilité de rencontrer le chef de service de maternité	Le 8 septembre 2005 possibilité de rencontrer le chef de service de maternité (cause du décès)	le 5 septembre 2005

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AP-HP : Assistance publique – hôpitaux de Paris
ARH : agence régionale de l'hospitalisation
CCAM : classification commune des actes médicaux
CAP : centre d'acheminement des prélèvements
CCNE : comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé
CHU : centre hospitalier universitaire
CPDP : centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal
CPP : code de procédure pénale
CSP : code de la santé publique
DDASS : direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DGS : direction générale de la santé
DHOS : direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DU : diplôme universitaire
FC : fausse couche
GHU : groupement hospitalier universitaire
HAS : haute autorité de santé
IGAENR : inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche
IGAS : inspection générale des affaires sociales
IMG : interruption médicale de grossesse
INSERM : institut national de la santé et de la recherche médicale
IVG : interruption volontaire de grossesse
MFIU : mort fœtale in utero
SA : semaine d'aménorrhée
SOFFOET : société française de fœtopathologie
SFVP : services funéraires de la ville de Paris
SVP : Saint Vincent de Paul