



F08 : Mortalité périnatale

Bureau référent : R3 - Plateaux techniques et prises en charge hospitalières aiguës

Définition

La MIG Mortalité périnatale a été créée en 2015 et comprend deux volets :

- le financement des centres de ressources sur la mort inattendue du nourrisson (généralement un par région)
- la compensation des surcoûts rencontrés par les établissements de santé prenant en charge les mort-nés (activité de foetopathologie).

De ce fait, cette MIG F08 comprend deux fiches distinctes :

- Fiche A : Prise en charge des morts inattendues du nourrisson
- Fiche B : Prise en charge des morts nés / foetopathologie

A compter de 2021, afin d'assurer une meilleure visibilité des moyens accordés aux différents volets, cette MIG est scindée en deux compartiments :

- Le premier compartiment porte sur la prise en charge de la mort inattendue du nourrisson et les centres de référence mis en place pour y répondre : la « mort inattendue du nourrisson (MIN) » est une circonstance de décès, définie par la HAS dans ses recommandations professionnelles de 2007 comme « *une mort survenant brutalement chez un nourrisson alors que rien, dans ses antécédents connus, ne pouvait le laisser prévoir* ».

Fiche A Prise en charge des MIN

- Le second porte sur la prise en charge des mort-nés : fœtus mort-nés après vingt-deux semaines d'aménorrhée ou ayant un poids minimum de 500 grammes. Examens foetoplacentaires réalisés : IMG, MFIU, FCS tardives tout âge, décès néonatal d'un enfant de moins de 28 jours.

Fiche B Prise en charge des morts nés

Références concernant la mission

Circulaire DGS/DH du 14 mars 1986 relative à la prise en charge par les établissements d'hospitalisation publics des problèmes posés par la mort subite du nourrisson.

Circulaire DGS/DH du 23 décembre 1987 relative à la prise en charge par les établissements publics des problèmes posés par le syndrome de la mort subite du nourrisson.

Recommandation HAS : « Prise en charge en cas de mort inattendue du nourrisson », 2007 :
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_533467/fr/prise-en-charge-en-cas-de-mort-inattendue-du-nourrisson-moins-de-2-ans

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

Recommandation HAS : « Protocole type d'examen autopsique fœtal ou néonatal », juin 2014 :
http://www.afaqap.org/IMG/pdf/protocole_examen_foetal_neonatal_rapport_elaboration_cd_20140528_vd.pdf

Fiche A : Compartiment prise en charge des morts inattendues du nourrisson

Critères d'éligibilité

Sont financés via la MIG compartiment MIN les centres de ressources sur la mort inattendue du nourrisson (MIN) désignés par l'ARS notamment sur la base des données enregistrées dans PIRAMIG et de la liste des établissements issues des données de l'ANCREMIN ci-dessous pour 2021 :

REGION	ETABLISSEMENT	COMMUNE	Nombre de centres par région
Auvergne- Rhône- Alpes	CHU de Clermont	CLERMONT FERRAND	4
	CHU de St Etienne	SAINT ETIENNE	
	CHU de Grenoble	GRENOBLE	
	HCL	LYON	
Bourgogne-Franche-Comté	CHRU de Dijon	DIJON	2
	CHU de Besançon	BESANCON	
Bretagne	CHRU de Rennes	RENNES	3
	CH de Saint Briec	SAINT BRIEUC	
	CHU de Brest	BREST	
Centre- Val de Loire	CHRU de Tours	TOURS	2
	CHR d'Orléans	ORLEANS	
Grand-Est	CHU de Strasbourg	STRASBOURG	3
	CHU de Reims	REIMS	
	CHRU de Nancy	NANCY	
Hauts-de-France	CHU de Lille	LILLE	2
	CHU d'Amiens	AMIENS	
Ile-de-France	APHP - Hôpital Antoine Béclère	CLAMART	5
	APHP - Hôpital Robert Debré	PARIS 19	

	CH Sud Francilien	CORBEIL-ESSONNES	
	APHP-Hôpital Jean Verdier	BONDY	
	Centre hospitalier René Dubos	PONTOISE	
Normandie	CHU de Caen	CAEN	2
	CHRU de Rouen	ROUEN	
Nouvelle-Aquitaine	CHU de Poitiers	POITIERS	3
	chu de Limoges	LIMOGES	
	Chu de Bordeaux	BORDEAUX	
Occitanie	CHU Montpellier	MONTPELLIER	3
	CHU de Toulouse	TOULOUSE	
	CHIC de Tarbes	TARBES	
Pays- de- la-Loire	chu d'Angers	ANGERS	2
	CHU de Nantes	NANTES	
Provences-Alpes- Côte- d'Azur	CHU de Nice	NICE	2
	APHM - Hôpital de la Conception	MARSEILLE	
Guadeloupe	CHU de Pointe à Pitre	LES ABYMES	1
Martinique	CHU Fort de France		1
Guyane	CH Cayenne Kourou St Laurent Maroni		1
La Réunion	CHRU St Denis de la Réunion	SAINT DENIS DE LA REUNION	1

Périmètre de financement

Le financement par la MIG Mortalité périnatale compartiment MIN, est destiné à compenser les surcoûts de fonctionnement des centres de ressources MIN :

- Un centre de ressources de la mort inattendue du nourrisson réunit un ensemble de compétences pluridisciplinaires médicales et médico-techniques organisées au sein d'une structure hospitalo-universitaire ou hospitalière.
- Il a pour objectif de prendre en charge l'ensemble des thématiques liées à la MIN : prévention, information et formation des professionnels de santé et du public, prise en charge systématique et la plus précoce possible des enfants décédés et de leur famille, développement des connaissances (recherche, épidémiologie...).
- Il met en place une coordination avec l'ensemble des partenaires impliqués dans cette prise en charge, notamment les structures médicosociales et les services du procureur de la République.

Les régions n'ayant pas de centre MIN sont exclues du financement. En cas de transfert d'activité entre région, il appartient de mettre en place une coopération interrégionale formalisée afin de prendre en compte la re-délégation des crédits liés.

Il appartient à chaque ARS de retenir une organisation territoriale pertinente, de définir le nombre de centres nécessaires, de reconnaître l'existant et de définir les moyens à accorder en fonction des besoins de prise en charge au sein de la région.

Critères de compensation

La dotation régionale volet MIN représente environ 2.2M€ au niveau national, répartis notamment selon le nombre de naissances recensées dans la région.

Les dotations sont définies au niveau régional, de manière indicative afin de permettre aux ARS de les moduler en fonction des centres de référence de la MIN identifiés par région.

Prise en compte du coefficient géographique

- Les coefficients géographiques n'ont pas été appliqués sur la modélisation.
- Les coefficients géographiques ont été appliqués à la modélisation
- Les coefficients géographiques ont été appliqués sur une partie des financements pour les raisons suivantes.

Évaluation a posteriori de la pertinence du financement de la mission

Existence d'un rapport d'activité : Oui rapport PIRAMIG
Ce rapport d'activité est-il standardisé entre les ES ? Oui
Ce rapport d'activité est-il informatisé ? Oui

Indicateurs qualitatifs et quantitatifs de résultat

Indicateurs de suivi :

Nombre d'enfants décédés pris en charge

Nombre d'autopsies réalisées

Rapport d'activité

Le reporting d'activité est principalement réalisé à travers le FICHSUP annuel Lactarium : volumes de collecte, production, cession. Une enquête « flash » plus détaillée pourra être menée ponctuellement afin de disposer d'éléments d'analyse plus précis sur le cadre et le contenu de ce type de prestation réalisée au sein des établissements de santé.

Fiche B : Prise en charge des morts nés / fœtopathologie

Critères d'éligibilité

Sont financés via la MIG, compartiment prise en charge des morts nés, les établissements de santé ayant une activité de fœtopathologie, avec la prise en charge des mort-nés, répondant à des critères précis et désignés par l'ARS.

Périmètre de financement

Le financement par la MIG Mortalité périnatale compartiment prise en charge des mort-nés / fœtopathologie est destiné à compenser les surcoûts de fonctionnement de la prise en charge des mort-nés supportés par les établissements qui réalisent ces missions.

La prise en charge complète des mort-nés n'est pas toujours réalisée par l'établissement où a lieu l'accouchement. En fonction d'une organisation territoriale que chaque ARS doit évaluer et formaliser lorsque cela est nécessaire, des examens peuvent être réalisés, après accord de la famille, par un établissement disposant des ressources nécessaires.

La publication par la HAS en juin 2014 d'un protocole type d'examen fœto-placentaire (EFP) décrit les moyens à mettre en œuvre par les établissements de santé pour la prise en charge des mort-nés. Toute mort fœtale (ou néonatale spontanée) doit pouvoir faire l'objet d'un EFP complet, après l'accord de la famille. L'examen des mort-nés décrit par la HAS comprend :

- le recueil du consentement des parents ;
- des examens radiographiques ;
- des photographies ;
- un examen biométrique ;
- un examen externe ;
- un examen interne ;
- un examen du système nerveux central ;
- des prélèvements pour histopathologie ;
- des prélèvements spécifiques ;
- un examen du placenta avec cordon et membranes.

L'établissement doit en outre organiser et prendre en charge (cf. circulaire interministérielle du 19 juin 2009) :

- la présentation du corps à la demande de la famille ;
- le transport, le cas échéant ;
- la prise en charge du corps par la chambre mortuaire ;
- la crémation, si la famille en fait le choix.

Le bilan d'activité contenu dans l'outil PIRAMIG permet d'améliorer l'identification des structures ayant une activité de fœtopathologie. Les ARS, pour identifier les structures éligibles à ce compartiment de la MIG, pourront utilement prendre en compte notamment les items figurant dans Piramig afin :

- D'exclure les établissements qui externalisent l'activité ;
- D'exclure les établissements n'ayant pas un laboratoire aux normes ;
- D'inclure une obligation de formation des praticiens à la fœtopathologie ;
- D'étudier le nombre d'examen annuel pour la file active globale de fœtus ou nouveau-nés pris en charge au cours de l'année (l'activité correspondant aux placentas seuls, sans autopsie, et les produits de fausse couche précoce n'ont pas à être pris en compte).

Les régions n'ayant pas d'activité en fœtopathologie sont exclues du financement. En cas de transfert d'activité entre région, il appartient de mettre en place une coopération interrégionale formalisée afin de prendre en compte la re-délégation des crédits liés.

Il appartient à chaque ARS de retenir une organisation territoriale pertinente, de reconnaître l'existant et de définir les moyens à accorder en fonction des besoins de prise en charge au sein de la région.

Critères de compensation

La partie destinée au financement des surcoûts de la prise en charge des mort-nés est déléguée par l'ARS aux établissements concernés selon l'organisation territoriale retenue. Le montant total est de 3 M€ au niveau national, répartis notamment selon le nombre de mort-nés recensés dans la région.

Les dotations sont définies au niveau régional, de manière indicative afin de permettre aux ARS de les moduler en fonction des établissements prenant en charge les mort-nés, s'il y en a plusieurs.

Prise en compte du coefficient géographique

- Les coefficients géographiques n'ont pas été appliqués sur la modélisation.
- Les coefficients géographiques ont été appliqués à la modélisation
- Les coefficients géographiques ont été appliqués sur une partie des financements pour les raisons suivantes.

Évaluation a posteriori de la pertinence du financement de la mission

Existence d'un rapport d'activité : Oui rapport PIRAMIG
Ce rapport d'activité est-il standardisé entre les ES ? Oui
Ce rapport d'activité est-il informatisé ? Oui

Indicateurs qualitatifs et quantitatifs de résultat :

Nombre d'autopsies réalisées

Indicateur ad hoc : Taux de mortalité, suivi via le PMSI (cf. Instruction DGS/DGOS/DREES/MC1/R3/BESC no 2011-403 du 26 octobre 2011 relative au rappel des modalités d'enregistrement et de codage des mort-nés dans le PMSI nécessaires à la production de l'indicateur de mortalité)

Rapport d'activité :

Chaque année, le service de fœtopathologie établit un rapport d'évaluation, via PIRAMIG, précisant :

- les moyens engagés pour l'accomplissement de ses missions ;
- un bilan d'activité détaillant, mission par mission, les actions effectuées ;
- les actions projetées pour l'année suivante ;
- les conventions signées avec les autres établissements.

Le rapport est transmis conformément au calendrier annuel lié aux campagnes PIRAMIG.