

**Pratiques hospitalières concernant les fœtus mort-nés
et les nouveau-nés décédés
- Hôpital Saint Antoine -
Assistance Publique - Hôpitaux de Paris**

Rapport définitif

Rapport présenté par

Docteurs Patricia VIENNE et Michel VERNEREY

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

*Il est rappelé que les travaux de l'IGAS sont menés en toute indépendance.
Le présent rapport n'engage pas les ministres qui l'ont demandé.*

***Rapport n° 2006 043
Septembre 2006***

SOMMAIRE

Rapport initial.....	01 à 28
Observations en retour de l'Inspection générale des affaires sociales.....	29
Annexes au rapport initial	1 à 56

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

**- Hôpital Saint Antoine -
Assistance Publique - Hôpitaux de Paris**

Rapport initial

Rapport présenté par

Docteurs Patricia VIENNE et Michel VERNEREY

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

*Il est rappelé que les travaux de l'IGAS sont menés en toute indépendance.
Le présent rapport n'engage pas les ministres qui l'ont demandé.*

***Rapport n° 2006 043
Avril 2006***

Sommaire

SOMMAIRE.....	1
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.....	5
2.1. LES PRATIQUES EN MATERNITÉ.....	5
2.1.1. <i>L'équipe de maternité est confrontée à la mort fœtale dans deux contextes médicaux différents.....</i>	5
2.1.2. <i>La discussion en équipe pluridisciplinaire de l'activité de diagnostic prénatal est un gage de qualité des pratiques.....</i>	6
2.1.3. <i>Le registre annuel des accouchements rempli en salle de naissance est le premier maillon de la traçabilité.....</i>	8
2.1.4. <i>Les formulaires d'information et de consentement des familles sont rédigés en termes accessibles....</i>	9
2.1.5. <i>Les familles sont soutenues dans le processus de deuil périnatal.....</i>	9
2.1.6. <i>La procédure entre la salle de naissance et l'unité de foetopathologie n'est pas totalement formalisée.....</i>	10
2.2. LES PRATIQUES EN FOETOPATHOLOGIE.....	10
2.2.1. <i>L'activité de foetopathologie mérite d'être totalement réorganisée.....</i>	11
2.2.2. <i>Des «collections» de fœtus dont la conservation est contestable en 2005.....</i>	14
2.2.3. <i>Conserver des organes fœtaux nécessite en 2005 d'être justifié par la détermination de critères scientifiques ou pédagogiques.....</i>	18
2.3. LE PASSAGE EN CHAMBRE MORTUAIRE.....	21
2.3.1. <i>Si l'organisation de la chambre mortuaire est récente, les locaux restent toujours à mettre aux normes.....</i>	21
2.3.2. <i>Des procédures définissent les circuits de prise en charge des corps des fœtus.....</i>	22
2.3.3. <i>Malgré les progrès accomplis depuis 2001, le dispositif de suivi du devenir des corps des fœtus n'est pas encore totalement performant.....</i>	23
2.4. LES PRATIQUES DU BUREAU EN CHARGE DE L'ÉTAT CIVIL.....	24
2.5. LES FŒTUS PRÉSENTS LORS DE LA VISITE DE LA MISSION (OCTOBRE 2005).....	25
2.6. LES ÉLÉMENTS RELATIFS À LA GESTION DES ÉVÉNEMENTS D'AOÛT 2005.....	25
TROISIÈME PARTIE- SYNTHÈSE ET RECOMMANDATIONS.....	27
3.1. CONCERNANT L'HÔPITAL SAINT ANTOINE.....	27
3.1.1. <i>Mieux formaliser l'articulation entre le service de maternité et l'unité de foetopathologie.....</i>	27
3.1.2. <i>Poursuivre l'organisation du suivi des corps des fœtus.....</i>	27
3.2. CONCERNANT L'HÔPITAL TROUSSEAU.....	28
3.2.1. <i>Clarifier les responsabilités des différents professionnels et articuler les procédures pour que l'autopsie fœtale soit globale.....</i>	28
3.2.2. <i>Poursuivre la réflexion sur les pratiques professionnelles pour répondre aux besoins des familles dans des délais raisonnables.....</i>	28
LISTE DES ANNEXES.....	29
SIGLES ET ABBREVIATIONS.....	84

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 Saint Antoine, 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 conservés et utilisés à des fins scientifiques ou d'enseignement.

Les investigations sur place ont été menées principalement du 24 au 27 octobre 2005 et complétées par des entretiens en novembre et décembre 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'histologie - embryologie -génétique 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 plusieurs dossiers médicaux, l'existence de la signature de formulaires (notamment de consentement) et a pris connaissance de certains comptes-rendus d'autopsie, en particulier concernant les fœtus conservés dans les locaux de la foetopathologie.

Au vu du nombre important de fœtus (plus de 300) et d'organes de fœtus (plus de 1000) conservés dans ces locaux, et pour certains de leur ancienneté (le plus ancien date de 1984) la mission a analysé les motifs et les conditions de cette conservation, au regard des textes réglementaires s'appliquant sur ces différentes périodes.

Elle s'est également intéressée à la gestion, par l'établissement, des appels des familles et à l'impact des événements survenus à Saint Vincent de Paul en août dernier.

La mission a pu mener ses investigations dans de très bonnes conditions. Elle a bénéficié d'un accueil favorable et d'une participation active de l'ensemble des professionnels de l'établissement.

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

1.3. Présentation de l'établissement

L'hôpital Saint Antoine est un établissement de l'est parisien qui allie une offre de soins de proximité et des services de pointe. Il dispose de la majeure partie des activités médicales et des spécialités chirurgicales de court séjour pour adultes. Tout comme les hôpitaux Lariboisière et Rothschild contrôlés par la mission, il appartient au groupement hospitalier universitaire (GHU) Est.

Dans le cadre de la restructuration des GHU, l'hôpital Saint Antoine accueillera un second service d'hématologie issu de l'Hôtel Dieu en 2007 et le centre des brûlés, antenne du service de chirurgie esthétique et reconstructrice de l'hôpital Rothschild, rejoindra, tout comme celui-ci, l'hôpital Saint Louis en 2007-2008.

Le service de gynécologie - obstétrique est composé notamment d'une maternité de type II et d'un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CPDP).

L'hôpital Saint Antoine est un des premiers établissements de santé à avoir initié les activités de foetopathologie, qui depuis l'origine se sont développées dans le service d'histologie - embryologie - génétique¹. Lors du passage de la mission, la foetopathologie était encore sur le site de Saint Antoine ; son installation à Trousseau était prévu pour courant janvier 2006 avec un transfert de l'ensemble du service fin 2006 – début 2007.

La mise en place des GHU, a conduit à une réflexion globale interne et, en ce qui concerne la foetopathologie, à un inventaire pour préparer les opérations tiroirs de déménagement. Ce recensement s'est accéléré après les événements de Saint Vincent de Paul en août dernier, et a conduit à officialiser l'existence de conservation de fœtus et d'organes dans les locaux de la foetopathologie. Lors du contrôle interne effectué en août 2005 par la pôle « appui, veille, évaluation, contrôle » (AVEC) de l'AP - HP, 375 fœtus étaient recensés².

¹ Initialement dans les années 1970, service d'histologie et embryologie du Professeur C. ROUX.

² Documents transmis à la mission.

La chambre mortuaire, qui reçoit les corps des personnes décédées et des fœtus de l'hôpital Rothschild, a fait l'objet d'une réorganisation en juillet 2001. Depuis cette date, elle est rattachée au service d'anatomopathologie, la cadre de santé en assurant la gestion des personnels et l'organisation du fonctionnement technique.

Deuxième partie – Les pratiques constatées

2.1. Les pratiques en maternité

Le service de maternité de l'hôpital Saint Antoine, adossé à un service de néonatalogie sans activité de soins intensifs, bénéficie du statut de maternité de type II, avec une activité annuelle moyenne de 2000 accouchements. L'activité du service comprend 40.000 consultations annuelles (gynécologiques et obstétricales) et reçoit 11.000 urgences par an (réparties également entre la gynécologie et l'obstétrique). La quasi-totalité des femmes bénéficient d'une analgésie péridurale (90%) et 5% accouchent sous anesthésie générale.

Si le service conserve ses activités médicales traditionnelles dans le domaine de l'obstétrique, il a développé, en lien avec le suivi des grossesses pathologiques, une activité de diagnostic prénatal et fonctionne, depuis 1998 comme un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CPDP).

2.1.1. L'équipe de maternité est confrontée à la mort fœtale dans deux contextes médicaux différents

* D'une part, lors d'une interruption médicale de grossesse (IMG), pour laquelle une suspicion d'anomalie est en général découverte lors de l'échographie de suivi de grossesse, la femme est informée de la nécessité d'effectuer des examens complémentaires pour confirmer (ou infirmer) cette suspicion ; elle est orientée vers une consultation de diagnostic prénatal. Si cette anomalie est confirmée, l'indication médicale d'une éventuelle IMG est discutée avec les parents selon la gravité des anomalies découvertes, les possibilités thérapeutiques et les souhaits des parents. C'est alors à la mère de prendre la décision d'interrompre cette grossesse ; les professionnels organisant la programmation de l'intervention avec l'accompagnement de fin de vie du fœtus.

* D'autre part, la mort fœtale in utero (MFIU) survient souvent plus tardivement et parfois quelques semaines à quelques jours avant la naissance, alors que souvent, rien dans le suivi de grossesse ne présageait de cette issue. L'information des parents est faite dans un contexte d'urgence et de traumatisme, souvent sans pouvoir trouver d'explication immédiate, et dans une grande majorité des cas, l'autopsie ne révèle aucune cause médicale. La demande de consentement parental pour l'autopsie et les prélèvements arrive dans un contexte de perte brutale d'un futur enfant.

Si les deux situations conduisent à la mort de l'enfant en devenir, les circonstances et le comportement de la mère peuvent être très différents. Dans le cadre de l'IMG, c'est la mère qui décide de l'interruption, après un temps de réflexion possible et des demandes éventuelles d'avis ou de consultations complémentaires ; elle intervient de manière active sur le processus de décision et en subit le poids pénible. Pour les MFIU, la mère apprend la mort de son fœtus et souvent très soudainement ; cet arrêt de grossesse s'est déroulé contre sa volonté et sans phase de préparation et d'information préalable, du fait de la brutalité de l'événement.

Au cours de la grossesse, il existe trois périodes particulières durant lesquelles des anomalies peuvent être dépistées, par des techniques qui allient échographie et analyse génétique après prélèvement :

- avant 14 semaines, une maladie génétique peut être diagnostiquée par une biopsie du trophoblaste et conduire à une demande d'interruption volontaire de grossesse (IVG) ; celle-ci pouvant être réalisée par prise médicamenteuse ou par aspiration. A cette étape du développement de la grossesse, les produits recueillis sont difficilement identifiables ;
- entre 18 et 22 semaines, lors d'une échographie précoce et après une amniocentèse, une anomalie génétique peut être dépistée (ex : trisomie 21) ;
- autour de 32 semaines, c'est alors par une troisième échographie de contrôle assez tardive, que des anomalies peuvent être repérées. A partir de cette date, l'examen par imagerie à résonance magnétique (IRM) couplé aux tests génétiques peut apporter des informations plus précises, sur des pathologies se développant plus tardivement.

En complément, mais de façon beaucoup plus rare, certaines anomalies, en particulier neurologiques, peuvent être dépistées en fin de grossesse (autour de la 37^{ème} semaine). Environ 10 cas sont diagnostiqués annuellement à Saint Antoine.

L'évaluation médicale et psychosociale des situations individuelles peut conduire les médecins à orienter certaines patientes vers une assistante sociale ou vers la cellule de protection maternelle et infantile (PMI) implantée dans tout établissement de l'AP-HP, qui les reçoit dans un délai de 8 jours pour un bilan social de situation et la mise en place si besoin d'un suivi à domicile.

2.1.2. La discussion en équipe pluridisciplinaire de l'activité de diagnostic prénatal est un gage de qualité des pratiques

Les circonstances d'orientation vers la consultation de diagnostic prénatal de Saint Antoine sont liées, soit à la découverte d'une anomalie lors d'un suivi classique d'une femme enceinte par le service de maternité de l'établissement, soit il s'agit d'une femme enceinte suivie par une autre maternité et envoyée à Saint Antoine, pour un avis complémentaire spécialisé.

Dans la quasi-totalité des cas, c'est une suspicion d'anomalie découverte à l'échographie (nuque claire et/ou épaissie), qui nécessite un nouveau contrôle. L'interprétation des résultats de cet examen est complexe.³ Lorsqu'un prélèvement fœtal est envisagé, une information précise est donnée au couple, d'une part sur les risques potentiels de l'examen (fausse couche), d'autre part sur les résultats possibles de l'examen et enfin sur l'éventuelle décision à prendre si le diagnostic se confirmait. Il s'agit d'un entretien délicat réalisé au cours d'une consultation longue (près d'une heure) soit par l'obstétricien soit par un cytogénéticien.

La patiente est ensuite revue pour le rendu des résultats dans un délai variable selon le type de prélèvement réalisé (caryotype à partir du trophoblaste environ 48 h / caryotype à partir de l'amniocentèse près de 3 semaines). En parallèle, un accompagnement est proposé à

³ En cas d'existence d'un épaississement isolé de la nuque, dans 25 à 50 % des cas, il y existe une anomalie métabolique ; mais parfois seule l'évolution clinique peut aider au diagnostic (ex : cardiopathies)

la femme ; l'équipe polyvalente de la consultation de diagnostic prénatal a été formée pour assurer ce soutien.

Il est toujours possible, si le couple le souhaite, de lui proposer un deuxième avis dans un autre centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal parisien (il en existe 7 sur la capitale) ; notamment en cas de difficulté à prendre une décision.

Dans le service de maternité de l'hôpital Saint Antoine, entre 60 et 80 % des morts fœtales, du fait de l'existence de l'activité de diagnostic prénatal, sont des interruptions médicales de grossesse (cf. tableau).

Tableau 1 - Principales données d'activité de la maternité

années	2001	2002	2003	2004
nombre d'accouchements	1249	1163	1312	2253
nombre total d' IMG	83	84	95	103
nombre total de MFIU	25	45	43	47
nombre mort-nés (IMG + MFIU)	108	129	138	150

Source : Service de gynécologie obstétrique – hôpital Saint Antoine

Toutes les situations individuelles susceptibles de conduire à une interruption médicale de grossesse sont discutées en équipe pluridisciplinaire. Il s'agit soit de femmes suivies à Saint Antoine, soit de femmes suivies dans d'autres maternités, qui sont orientées vers la consultation pour avis et dont l'interruption médicale de grossesse pourra se dérouler dans un autre établissement de santé.

Ainsi, l'activité du centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal pour les quatre dernières années⁴ a conduit notamment aux actes suivants :

Tableau 2 – Eléments d'activité extraits du bilan 2004 du service de maternité membre du centre disciplinaire de diagnostic prénatal

années	2001	2002	2003	2004
amniocentèses*	570	609	648	721
ponctions de trophoblastes*	38	54	69	79
procédures foeticides	36	37	28	36
IMG faites à Saint Antoine	83	84	95	103
IMG faites hors de Saint Antoine après avis de l'équipe de Saint Antoine	86	100	61	87

Source : Bilan 2004 - service de gynécologie obstétrique – centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal - hôpital Saint Antoine

*ces deux examens permettent par l'analyse de cellules de rechercher des anomalies génétiques.

Pour ce qui concerne l'activité de Saint Antoine, les situations médicales individuelles peuvent être discutés lors de deux staffs hebdomadaires :

⁴ L'activité détaillée depuis 1989 est en annexe 3.

- une réunion interne à l'hôpital Saint Antoine, regroupant les professionnels de l'établissement (obstétriciens, pédiatres, généticiens, foetopathologistes, échographistes, neuroradiologues)
- et une autre se déroulant à l'hôpital Trousseau qui accueille notamment les équipes de Tenon, Rothschild, Saint Antoine et des Diaconesses.

L'intérêt médical de proposer aux parents une autopsie fœtale est évoquée au cours de ces réunions pluridisciplinaires.

Pour les interruptions médicales se déroulant à la maternité de Saint Antoine, les professionnels ont créé un dossier qui permet de vérifier que l'ensemble des procédures a bien été effectué et que toutes les informations sont disponibles pour organiser et préparer cette intervention médicale. Ce dossier de visite médicale précédant l'IMG (cf. annexe 4) comprend toutes les rubriques permettant le déroulement optimal d'un acte difficile :

- l'explication du déroulement de l' IMG
- les désirs de la patiente, en particulier concernant la présentation du fœtus, l'autopsie, les obsèques, l'état civil ;
- les certificats médicaux ;
- la consultation d'anesthésie et la prescription de sédatifs ;
- les examens complémentaires ;
- les protocoles médicaux.⁵

Toutes les informations concernant le fœtus (ou le nouveau-né) sont dans le dossier obstétrical de la mère, tant qu'il reste dans le service de maternité. C'est dans ce dossier que se trouvent donc l'ensemble des documents de consentement et les résultats de l'autopsie (comptes-rendus des divers prélèvements). A la demande de la mère, il peut lui être remis un certificat d'accouchement.

Les parents sont revus en consultation dans le service de maternité environ deux mois après l'accouchement. Si une autopsie a été pratiquée, l'obstétricien rencontré par la mission explique que, soit il dispose d'un compte rendu partiel de l'autopsie, soit des éléments ont été obtenus par téléphone auprès du médecin foetopathologiste (cf. infra pour les délais de rédaction des comptes-rendus).

2.1.3. Le registre annuel des accouchements rempli en salle de naissance est le premier maillon de la traçabilité

Rempli par les sages-femmes présentes en salles de naissance, il comprend les items suivants :

- l'identité de la patiente (NIP et étiquettes GILDA⁶) ;
- la date d'admission dans le service ;
- le terme de la grossesse ;
- les antécédents médicaux de la mère ;

⁵ Ces protocoles sont différents selon le terme ; lors des IMG à 22 semaines et plus, la procédure foeticide arrête le cœur du fœtus.

⁶ Numéro d'identification de la patiente et étiquettes éditées par l'informatique et correspondant au logiciel de l' AP-HP.

- la date et l'heure de l'accouchement ;
- le mode d'accouchement et l'équipe qui a pratiqué l'intervention (obstétricien, anesthésiste et sage-femme) ;
- les prescriptions médicales ;
- le prénom éventuel de l'enfant (sachant que les parents ont trois jours pour choisir) ;
- l'autopsie éventuelle avec prélèvements (cet item n'est pas systématiquement rempli sur le registre).

Consulté par les médecins de la mission, le registre peut être considéré comme correctement rempli ; les mentions « mort-nés » ou « IMG » sont dans la majorité des cas inscrites et permettent notamment aux agents du bureau hospitalier chargé d'état civil de recenser quotidiennement les naissances. L'agent en charge de cette formalité va ensuite voir les femmes dans leurs chambres pour compléter les informations (cf. infra).

2.1.4. Les formulaires d'information et de consentement des familles sont rédigés en termes accessibles

Les formulaires sont multiples avec des finalités différentes. Ils permettent d'une part de délivrer une information claire et compréhensible pour des actes médicaux, en complément des explications fournies lors de la consultation, d'autre part grâce à la signature de la patiente, d'attester que cette information lui a bien été délivrée. D'autres formulaires permettent de recueillir le consentement à la réalisation de certains prélèvements et de certaines analyses (notamment génétiques).

- Certains formulaires d'information sont en liasses autocopiantes ; c'est le cas par exemple des formulaires relatifs à la biopsie de trophoblaste et à l'amniocentèse⁷ utilisés dans le cadre de la consultation de diagnostic prénatal. Ils expliquent le but de cet examen, son déroulement, les risques et les inconvénients et les éléments pratiques pour la patiente. Ils doivent être signés par la femme, qui atteste ainsi avoir été informée. Un exemplaire est remis à la patiente ;
- Le formulaire de prescription de caryotype fœtal comprend une partie signée par le médecin ou la sage-femme qui atteste avoir informé la patiente et signe sa prescription, et une partie signée par la femme enceinte qui consent au prélèvement et à l'analyse cytogénétique⁸.
- Un autre formulaire est intitulé « consentement de prélèvement dans un but d'étude génétique ».

2.1.5. Les familles sont soutenues dans le processus de deuil périnatal

Qu'il s'agisse d'une interruption médicale de grossesse, où le deuil commence dès la prise de décision de la mère ou d'une mort fœtale in utero où celui-ci est plus brutal, les équipes soignantes ont organisé cet accompagnement du deuil périnatal, et s'adaptent à la volonté des parents. Ainsi, il est proposé de voir l'enfant décédé après l'accouchement. Si le couple ne le souhaite pas d'emblée, il peut dans un deuxième temps lui être proposé (ou lui-même peut le souhaiter) de voir une photo de l'enfant. Un entretien peut être organisé avec le

⁷ Il s'agit de documents réalisés par le collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) dont le siège est à l'hôpital Saint Antoine. Le praticien hospitalo-universitaire en charge du centre de diagnostic prénatal en est d'ailleurs le secrétaire.

⁸ Conforme à l'article R.162-16-7 du code de la santé publique

psychologue du service ; cependant son temps d'activité étant partagé entre le service de maternité et le centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal, il lui est difficile de répondre à toutes les demandes. *Un ajustement des effectifs mériterait d'être envisagé, compte tenu de la lourdeur des situations et de la demande croissante des patientes et de leurs familles.*

La brochure d'information « Vous venez de perdre votre enfant » est remise aux familles pour les aider dans le processus de deuil et également pour leur faciliter les démarches administratives.

L'entretien pour obtenir le consentement des parents à l'autopsie est délicat. Le praticien responsable de l'activité de diagnostic prénatal considère qu'il est difficile de déterminer le degré de précision dans les explications à fournir sur le déroulement de l'acte d'autopsie, tout comme le niveau de compréhension des parents concernant les explications délivrées est difficile à percevoir, dans ces moments douloureux.

Il est rare dans les interruptions médicales précoces que les parents souhaitent récupérer le corps. Au contraire, lorsque l'enfant était viable, et même si le couple ne souhaite pas organiser les obsèques, il s'enquière beaucoup plus souvent qu'il y a quelques années, du devenir du corps⁹.

2.1.6. La procédure entre la salle de naissance et l'unité de foetopathologie n'est pas totalement formalisée

Si lors du staff pluridisciplinaire, l'opportunité médicale d'une autopsie fœtale est acquise¹⁰ et que les parents ont consenti aux prélèvements,¹¹ une prescription médicale d'examen foetoplacentaire est remplie et signée par un médecin du service de maternité.

Après l'accouchement, le fœtus est gardé environ 2h en salle de naissance, où la famille peut le voir. Si l'accouchement a lieu de jour, et qu'une autopsie est prévue, le fœtus est descendu par une aide soignante ou un brancardier en foetopathologie. Si l'accouchement se produit la nuit, il est conservé, enveloppé dans un linge avec son bracelet d'identification, dans le frigidaire de la salle de naissance et descendu en foetopathologie le lendemain matin.

Une formalisation écrite de ce transfert de corps entre les services, par l'intermédiaire d'une fiche de liaison faciliterait la traçabilité interne et donc le suivi du corps.

2.2. Les pratiques en foetopathologie

L'activité de foetopathologie est rattachée au service d'histologie embryologie génétique depuis plus de 25 ans. Les chefs de service sont des généticiens depuis presque 10 ans,¹² qui ont laissé cette activité se développer avec une grande autonomie et de ce fait n'ont pas une connaissance détaillée du fonctionnement quotidien de l'unité fonctionnelle relative à cette activité.

⁹ Celui-ci après crémation collective et anonyme est envoyé au « carré des anges » du cimetière de Thiais.

¹⁰ Confirmer ou faire un diagnostic (notamment lorsqu'une origine génétique est suspectée) et mieux préparer et suivre une grossesse ultérieure.

¹¹ Le formulaire de consentement parental mentionne le nom du médecin foetopathologiste qui va réaliser l'autopsie.

¹² Auparavant il s'agissait d'une embryologiste.

2.2.1. L'activité de foetopathologie mérite d'être totalement réorganisée

- Le fonctionnement médical est autonome depuis des années

Cette autonomie a conduit le service à fonctionner sans organisation rigoureuse et structurée, notamment quant aux délais de rédaction des comptes-rendus définitifs des autopsies,¹³ et donc sans décision formelle de clôture des dossiers individuels, ce qui a conduit à une conservation cumulative de fœtus. Cette autonomie médicale par rapport au fonctionnement globalement du service de rattachement, mais aussi par rapport aux autres membres de l'équipe ont conduit à une accumulation de corps de fœtus entiers, mais aussi à une conservation d'organes, en particulier de cœurs et de cerveaux, dont la justification actuelle est difficile à argumenter.

- L'exercice médical solitaire des activités d'autopsie ne permet ni suivi ni contrôle collectif des délais et des conservations de corps

La mission ne porte aucun jugement sur la compétence des professionnels et sur la qualité des autopsies réalisées. L'examen foetopathologique est conduit de façon méthodique et selon une procédure codifiée qui n'appelle pas de remarque particulière (cf. annexe 5).

Cependant suite aux entretiens réalisés et aux documents fournis, elle a constaté un travail fragmenté entre les diverses catégories de professionnels et une activité solitaire notamment du médecin (MCU-PH) en charge de l'activité, pouvant parfois venir terminer des examens en dehors des heures de présence des personnels techniques, et même la nuit. Cette absence de travail collectif et collégial apparaît comme préjudiciable au bon fonctionnement du service et permet plus difficilement d'avoir une vision transversale de l'activité réalisée et des éventuels retards ou des accumulations d'examens à réaliser ou de fœtus ou d'organes en attente.

Et cela d'autant plus que d'une part l'enregistrement des prélèvements n'est pas centralisé et que les fœtus proviennent de nombreux établissements.

- Plus des deux tiers des autopsies fœtales réalisées concernent des femmes n'ayant pas accouché à la maternité de Saint Antoine

Les fœtus examinés à Saint Antoine proviennent en majeure partie de services de maternité extérieurs. Sur les 300 autopsies fœtales réalisées en moyenne par an à Saint Antoine, seule une centaine (1/3 des cas) correspond à des femmes enceintes suivies par la maternité ; ceci s'explique en partie par l'ancienneté de l'activité (c'est à Saint Antoine que s'est développée l'autopsie fœtale dans les années 1975-1980) et du fait de l'élaboration d'un réseau de correspondants avec les maternités de l'Assistance Publique, mais aussi avec les établissements de santé de l'ensemble de la région parisienne.

¹³ L'ancien chef de service a expliqué à la mission que depuis la mise en place de l'outil informatique DIAMIC, il n'a plus de vision transversale de l'état d'avancement de la rédaction des comptes-rendus d'autopsies fœtales. Antérieurement, lorsque toutes les autopsies demandées par les cliniciens étaient inscrites sur un cahier, ce suivi est considéré comme plus simple. Il est vrai que l'outil informatique actuel de Saint Antoine oblige à une ouverture individuelle de chaque fiche ; celle-ci est longue et fastidieuse (durée 1 à 2 minutes), surtout du fait d'un travail n'a pas été réalisé au fur et à mesure.

Sur ce dernier point, la mission s'étonne qu'aucune convention n'existe entre ces établissements, pour définir les conditions de transport, le devenir des corps après autopsie, les responsabilités respectives et les modalités financières de ces prestations. Un projet de protocole et de convention était en cours de rédaction lors du passage de la mission en octobre 2005.

Tableau 3 - Autopsies fœtales réalisées à Saint Antoine et répartition de l'origine des fœtus et selon les termes

Origine	2001	2002	2003	2004
nombre d'autopsies de fœtus plus de 28 semaines provenant de femmes suivies à Saint Antoine	16	9	10	13
total des autopsies de fœtus de plus de 28 semaines réalisées à Saint Antoine	72	57	50	62
Pourcentage	22%	16%	20%	21%
nombre d'autopsies de fœtus de moins de 28 semaines provenant de femmes suivies à Saint Antoine	88	80	75	80
total des autopsies de fœtus de moins de 28 semaines réalisées à Saint Antoine	326	265	230	243
Pourcentage	27%	30%	33%	33%

Source : Statistiques reconstituées par la mission à partir des tableaux annuels d'activité fournis par le cadre supérieur du service d'histologie embryologie génétique – hôpital Saint Antoine

Pour analyser l'activité de l'unité de foetopathologie, la mission dispose des statistiques du rapport d'activité du service élaboré par le cadre supérieur (cf. tableau) ; mais le logiciel DIAMIC installé en 2000 n'a pas été modifié pour tenir compte des termes de la circulaire du 30 novembre 200,1¹⁴ relative à la viabilité potentielle du fœtus à partir de 22 semaines.

Aussi, contrairement à la majorité des autres établissements, et la mission ne peut que le déplorer, compte tenu de l'importance de l'activité, toutes les données disponibles se réfèrent au terme de 28 semaines, faute de mise à jour du système informatique. Cela pose un problème de mise en cohérence avec les informations collectées sur les autres services et de comparabilité avec les autres établissements de santé. Il est évident également que cela complique le suivi de l'activité pour les professionnels du service et risque d'entraîner des erreurs d'interprétation des données et donc de l'état civil des foetus, au regard de la réglementation actuelle.

De plus, toute analyse fine oblige à reprendre une par une, chaque fiche sur l'écran informatique et tous les dossiers médicaux individuellement, ce que la mission s'est astreinte à faire pour les fœtus de plus de 28 semaines avant novembre 2001 et pour tous les fœtus de plus de 22 semaines à partir de cette date.

¹⁴ Celle-ci ayant été cependant publiée depuis plus de 5 ans.

- La majorité des autopsies concerne des fœtus de moins de 28 semaines et proviennent d'une demi-douzaine d'établissements de santé

Même si l'intérêt d'une présentation des activités, en fonction du terme évoqué ci-dessus peu paraître limité, il a le mérite d'identifier les partenaires de l'hôpital Saint Antoine et de tenter de recenser le volume d'activité par site. Ce recensement devrait également permettre (si ce n'est à Saint Antoine, du moins à l'hôpital Trousseau) d'officialiser et d'organiser les partenariats futurs par la signature de convention inter établissements ou de protocole inter sites pour les établissements de l' AP-HP.

De fait, aussi bien sur les établissements de santé publics que sur les sites internes à l' AP-HP, les fœtus transférés vers l'unité de foetopathologie proviennent en majorité de 3 ou 4 centres hospitaliers (cf. annexes 6 et 7).

Cependant, le nombre d'établissements concernés (même pour quelques unités) oblige à une rigueur dans les procédures et un suivi méthodique du devenir des corps pour éviter tout retard dans les comptes-rendus et toute accumulation de fœtus (et cela d'autant plus que par la procédure « d'abandon de corps » utilisée pendant des années, les professionnels s'autorisaient à « s'approprier » les corps).

- Le délai de rédaction des comptes-rendus d'autopsie a été longtemps excessivement long et commence à peine à s'améliorer

Il n'existe pas de suivi informatique de cet item qui est pourtant un indicateur de qualité des pratiques. Aussi spontanément le service n'a-t'il pas pu préciser ce délai. A la demande de la mission, l'ancien chef de service d'histologie embryologie génétique, a réalisé une auto-analyse en reprenant les dossiers à partir du logiciel DIAMIC et en calculant le délai entre la date de réalisation de l'autopsie et la date de rédaction du compte rendu. Cette étude a concerné tous les dossiers des mois de février et mars des années 2002 (52 dossiers) et 2004 (58 dossiers).

Tableau 4 - Délai de rédaction des comptes-rendus des autopsies fœtales à travers l'examen de 110 dossiers de février et mars des années 2002 et 2004

	février mars 2002	février mars 2004
Nombre de dossiers examinés	52	54
Délai minimal de rédaction du compte rendu (examen macroscopique et histologique)	2 mois	1 mois
Délai maximal de rédaction du compte rendu (examen macroscopique et histologique)	12 mois	10 mois
Délai moyen de rédaction du compte rendu (examen macroscopique et histologique)	6 mois	3 mois

Source : analyse interne du service d'histologie embryologie génétique de l'hôpital Saint Antoine

A l'éclairage de ces délais, la mission s'étonne :

- de l'absence de réactions des cliniciens face aux retards des comptes-rendus : soit l'intérêt de cette autopsie n'était pas majeur pour le suivi d'une nouvelle grossesse – cependant, la mission considère que la famille a droit à un compte-rendu des résultats dans un délai

raisonnable, soit les résultats ont été rendus à minima verbalement et cette information a été jugée suffisante par le clinicien. Dans les deux cas, la mission estime qu'une analyse des pratiques s'impose aux professionnels.

- de la justification de ce retard par l'insuffisance des effectifs de personnels : il est possible que les effectifs médicaux affectés à cette activité n'aient pas été adaptés à la charge de travail des médecins foetopathologistes. L'arrivée d'un médecin à temps plein à partir d'août 2001 a en effet permis un rattrapage des retards accumulés. Cependant aucune analyse de charge détaillée n'a été fournie à la mission et aucun courrier de demande de moyens supplémentaires s'appuyant sur cette accumulation d'examen d'autopsies fœtales en attente ne semble avoir été adressé à la direction.¹⁵

2.2.2. Des «collections» de fœtus dont la conservation est contestable en 2005

Lors du passage de la mission en octobre 2005, 331 fœtus étaient présents dans l'unité de foetopathologie. Depuis les événements d'août 2005 à Saint Vincent Paul, la direction d'une part en avait demandé un recensement exhaustif et dans l'attente de l'arrivée de la mission IGAS – IGAENR avait placé ces fœtus sous clef. C'est le cas également pour les organes fœtaux qui étaient conservés dans l'unité, à savoir 1367 (en majorité des cerveaux).

Trois raisons majeures ont été présentées à la mission pour justifier ces conservations de fœtus :

- une « collection dite de référence » correspondant à des cas rares
- une « garde dite de précaution » correspondant à des dossiers d'expertise non clos
- des examens actuellement en cours correspondant à une « gestion courante » des autopsies

Deux conceptions médicales et scientifiques « s'affrontent » concernant la conservation des fœtus et ces deux positions se retrouvent parmi les médecins du service d'histologie embryologie génétique :

- photographier et numériser les fœtus en conservant des coupes histologiques en grand nombre ce qui évite la conservation des fœtus ; c'est en général la position des anatomopathologistes.
- conserver certains fœtus entiers (porteurs de syndromes avec poly-malformations notamment faciaux et garder certains organes (cœur / cerveau) ; cette position est fréquente chez les embryologistes.

Suite à un courrier de la mission en date du 18 janvier 2006 pour obtenir de informations complémentaires sur les fœtus et les organes conservés, la directrice de l'établissement, en date du 26 janvier 2006, a apporté sur chacun des points des explications, dont les plus importantes sont reprises dans le rapport. Les deux courriers sont en annexe 8.

¹⁵ La liste des attachés du service d'embryologie génétique et de foetopathologie depuis 1984 a été fournie à la mission mais n'étant ni présentée par spécialités des intéressés, ni par affectation dans les différentes unités et de plus n'étant pas corrélée à une éventuelle augmentation d'activité, elle est difficilement exploitable.

- Une « collection dite de référence » relative à des cas rares dont la conservation est loin de faire l'unanimité médicale et scientifique

En date du 21 octobre 2005, parmi les 331 fœtus conservés, **176 fœtus** étaient considérés par le médecin foetopathologiste comme relevant de cette catégorie (soit près de 53% des fœtus conservés).

Une liste a été remise à la mission. Elle comprend les items suivants : numéro d'enregistrement, établissement de santé d'origine, date de naissance, terme de la grossesse, pathologie, existence d'un consentement parental, formalisation écrite des parents du non souhait d'organiser eux-mêmes les obsèques, autorisation administrative d'autopsie, finalité de la conservation, existence d'un compte rendu définitif, délai entre l'autopsie et la rédaction du compte rendu définitif.

Ces items ont été remplis à la demande de la mission, en reprenant individuellement les dossiers et font l'objet d'un document co-signé par l'ancien chef de service et le médecin en charge de la foetopathologie.

L'analyse de ce document permet à la mission de faire les constats suivants (cf. annexe 9) :

- Peu de fœtus (8 / 176) sont conservés depuis novembre 2001 (soit 1 fœtus sur 100 à 150 passés par le service /an).

Tableau 5 - Recueil de référence : 176 fœtus conservés à ce titre

Avant novembre 2001 168 fœtus	Nombre de fœtus < 28SA	Nombre de fœtus > 28 SA
	149 fœtus ou embryons	19 fœtus ou embryons
Après novembre 2001 8 fœtus	Nombre de fœtus < 22 SA	Nombre de fœtus > 22 SA
	7 fœtus	1 fœtus

Source : tableau reconstitué par la mission à partir du document remis par l'établissement – situation au 21 octobre 2005

- Le fœtus le plus ancien date de 1984.
- Entre 1984 et 1997, la conservation concerne 89 fœtus : soit quelques unités annuellement.
- Entre 1998 et 2001 près de la moitié de la collection a été constitué (80 fœtus soit environ 20 /an), sans qu'une explication précise ait pu être fournie.
- 20 fœtus ont des termes nécessitant un acte d'enfant sans vie.

Par ailleurs, au regard des événements de Saint Vincent de Paul, la mission a constaté que :

- aucun enfant décédé¹⁶ ne faisait partie des corps conservés.
- pour tous les fœtus de plus de 28 semaines avant 2001 et de plus de 22 semaines après 2001 ayant fait l'objet d'une autopsie, le consentement parental avait été recueilli par écrit.

¹⁶ Selon l'état civil : avec un acte de naissance et un acte de décès.

- pour tous les fœtus de plus de 28 semaines avant 2001 et de plus de 22 semaines après 2001 qui étaient conservés, les parents avaient signé un formulaire de non souhait d'organiser eux-mêmes les obsèques (ce qui n'autorisait pas pour ce motif, les professionnels à s'approprier les corps, qui auraient dû être traités selon la réglementation relative aux pièces anatomiques identifiables en vigueur au moment des autopsies).
- quasiment toutes les autopsies faisaient l'objet d'un compte rendu, dans des délais que la mission n'a pas examinés en détail (cf. supra) mais qui s'échelonne pour ces 176 fœtus conservés entre les extrêmes suivants : 1 jour et 4,5 ans¹⁷. *Ce délai de plusieurs années n'est pas admissible.*

L'examen de tous les dossiers des fœtus conservés de terme supérieur à 28 semaines avant novembre 2001 et de terme supérieur à 22 semaines à partir de novembre 2001 (soit les 20 fœtus mentionnés ci-dessus) a fait l'objet d'une étude attentive de la mission qui confirme les éléments contenus dans les tableaux transmis.

Mais la mission n'a pu retrouver dans les dossiers présents à l'unité de foetopathologie, la totalité des certificats (bulletin d'enfant sans vie) attestant du statut du fœtus vis à vis de l'état civil. Ces informations étaient cependant disponibles à travers les fiches médicales et notamment sur les dossiers d'IMG (cf. supra).

Le médecin foetopathologiste interrogé sur ce point a admis que malgré ses demandes multiples, les établissements qui fournissaient un dossier complet sont l'exception ;¹⁸ ce que la mission ne peut que fortement déplorer.

Cela confirme également l'absence de rigueur sur les procédures administratives et réglementaires, puisque ces documents doivent être impérativement obtenus pour commencer l'autopsie et non être réclamés postérieurement.

D'après les explications fournies (notamment par la direction et les médecins concernés par l'activité), ces «conservations de référence» à des fins médicales et scientifiques ont été présentées comme des pathologies rares.¹⁹ Les professionnels interrogés estiment que les discussions scientifiques autour de cas semblables, les publications et les études retrospectives permettent d'améliorer la connaissance des causes des anomalies recensées.

Ces conservations ont également été justifiées, par le médecin qui assure la responsabilité de cette activité de foetopathologie comme utiles pour assurer la formation de futurs médecins spécialistes.

Ces fœtus sont tous répertoriés, associés à un dossier médical individuel et classés dans une armoire du service de foetopathologie (bocaux ou boîtes plastiques étiquetés).

¹⁷ Les autres sont en cours de rédaction.

¹⁸ C'est le cas de l'hôpital de Villeneuve Saint Georges, seul hôpital qui possède une convention claire aussi bien avec Saint Antoine qu'avec Trousseau ; les dossiers contenaient les attestations de naissance, l'extrait du registre des naissances ainsi qu'une feuille de consentement signée par les parents très explicite où la mission. (cf. annexe 9)

¹⁹ La liste remise à la mission en atteste : chondrodysplasie, anasarque récidivant, spida-bifida dorsal, syndrome de charge, poly-malformations...

Cette liste de 176 fœtus avait au moment du passage de la mission fait l'objet d'une réflexion interne à l'établissement sur l'opportunité de poursuivre une telle conservation. Cette réflexion accélérée par les événements d'août dernier sur Saint Vincent de Paul a été initiée courant 2004 en lien notamment avec le regroupement des activités de foetopathologie de Saint Antoine sur le site de l'hôpital Trousseau.

Aussi une **deuxième liste réduite à 94 fœtus** avait été élaborée par les médecins foetopathologistes ; l'existence de doublons, la découverte du gène correspondant à l'anomalie ou d'autres cas plus récents répertoriés dans la collection sont les critères évoqués devant la mission pour justifier la réduction de la liste, mais aussi la conservation potentielle des 94 fœtus.

Pour cette « collection dite de référence », le principe retenu par l'hôpital en octobre 2005 était la conservation durable – sauf s'il y avait un souhait de la famille que le corps soit envoyer en crémation. Mais la réflexion interne s'est poursuivie sur cette question, ce d'autant plus que le directeur de l'hôpital Trousseau ne souhaitait pas son transfert lors du déménagement de l'unité de foetopathologie en janvier dernier. Cette collection est donc restée dans l'immédiat à l'hôpital Saint Antoine.

La mission quant à elle n'est pas favorable à cette conservation de corps de fœtus entiers ; les moyens photographiques de substitution existent (d'ailleurs dans tous les dossiers examinés par la mission, de nombreuses diapositives faisaient partie intégrante du dossier médical). D'autre part, lorsque les parents souhaitent que le corps leur soit restitué, des solutions sont trouvées pour garder trace des éléments scientifiques intéressants, sans pour autant conserver « l'enveloppe fœtale ».

- L'incapacité à conclure sur des situations individuelles de peur qu'une information scientifique nouvelle n'apporte de nouveaux éléments a conduit à une conservation massive (expertise non close)

En date du 21 octobre 2005, les autres fœtus conservés, au nombre de **154 fœtus**, étaient considérés comme « garde de précaution ».

Les explications fournies sont les suivantes : il s'agirait des cas les plus complexes traités depuis 2001²⁰ dont les dossiers étaient considérés comme non clos en ce qui concerne l'expertise médicale et scientifique. Il a été expliqué à la mission que seule la certitude de ne pouvoir aller plus loin dans la réponse à apporter aux familles permettait la clôture du dossier et l'envoi à la chambre mortuaire pour crémation.

Un travail de rattrapage a été réalisé depuis septembre 2005 et tous les dossiers étaient donc clos lors du passage de la mission et les fœtus prêts à partir en crémation.

²⁰ 15 à 20 % des cas traités annuellement

Tableau 6 - Garde de précaution : 154 fœtus conservés à ce titre

Garde de précaution		
2001	Prêts à partir	39
2002	Prêts à partir	24
2003	Prêts à partir	24
2004	Prêts à partir	47
Janvier à avril 2005	Prêts à partir	6
TOTAL		140
Gestion en cours		
Mai à octobre 2005	Moins de 6 mois	14
TOTAL GENERAL		154

Source : direction de l'hôpital Saint Antoine – situation au 21 octobre 2005

C'est pour une grande part la pratique individuelle particulière du médecin foetopathologiste et sa difficulté à accepter la discussion contradictoire utile à tout esprit scientifique qui ont conduit à ce type de conservation de précaution. Si cette précaution peut se justifier quelques mois,²¹ il est nécessaire à un certain moment de prendre une décision de clôture du dossier d'expertise et donc de programmer le départ du fœtus. C'est alors au médecin ayant réalisé l'autopsie fœtale d'en informer les personnels techniques du laboratoire pour que la crémation soit effectuée. Dans des dizaines de cas, cette décision n'a pas été prise.

Le perfectionnisme, la méticulosité poussée à l'extrême, l'incapacité à conclure ou la peur de se dessaisir d'un élément du corps humain « pouvant peut-être un jour servir en fonction de l'évolution des techniques et des nouvelles découvertes » ont conduit à des gardes de précaution de corps de fœtus de durée qui paraissent excessives à la mission. *Les prélèvements nécessaires aux examens complémentaires éventuels étant faits avec l'accord des familles, la conservation de ces fœtus ne se justifiait plus.*

Pour cette « garde de précaution », le principe retenu par l'hôpital est l'incinération une fois le dossier clos (cette décision de clôture étant purement médicale) – sauf s'il y avait un souhait de la famille pour crémation plus rapide.

La mission conformément à la position qu'elle a développée ci-dessus partage cette position.

2.2.3. Conserver des organes fœtaux nécessite en 2005 d'être justifié par la détermination de critères scientifiques ou pédagogiques

Si la conservation des fœtus entiers ne se justifie pas, la situation des organes mérite un examen attentif.

En complément des corps entiers de fœtus, **1367 organes de fœtus** étaient conservés (1013 cœurs, 339 cerveaux et 15 reins) dans les locaux de l'unité de foetopathologie de Saint Antoine au 21 octobre 2005.

²¹ Dans la majorité des sites inspectés ce délai est fixé à environ 3 mois, exceptionnellement plus ; tous les prélèvements utiles ayant alors été réalisés, les professionnels ne voient plus l'intérêt de conserver le corps du fœtus.

Il a été demandé à l'établissement de répertorier la liste des cœurs et cerveaux et de préciser le nombre de ceux pour lesquels l'examen était considéré comme terminé et de ceux pour lesquels des analyses restaient à effectuer.

La situation est différente selon les deux catégories d'organes principaux (sachant que pour les reins, il s'agissait de quelques unités d'organes anciens porteurs de malformations dont le caractère de collection historique à visée pédagogique pourra être discuté).

L'hôpital Saint Antoine a informé la mission qu'elle proposera à l'hôpital Trousseau d'engager des démarches dans ce sens.

➤ Deux raisons distinctes ont prévalu à la conservation des cœurs

Tout d'abord, les professionnels ont précisé à la mission que, du point de vue du diagnostic individuel, tous les examens étaient considérés comme terminés. Les comptes-rendus étant quasiment tous achevés, les derniers en cours de rédaction devant l'être très rapidement.

La raison de cette conservation de cœurs s'explique :

➤ d'une part par l'existence de cœurs porteurs de pathologies extrêmement rares, mais qu'il est néanmoins important de savoir reconnaître. Tous ces cœurs sont répertoriés et associés à un dossier médical argumenté. Ils servent à l'enseignement d'étudiants, d'internes de spécialités, de foetopathologistes français et étrangers passant dans le service. L'intérêt pédagogique de cette conservation est particulièrement argumenté en ce qui concerne la formation des futurs échographistes cardiaques fœtaux et des futurs chirurgiens cardiaques pédiatriques²².

La direction de l'établissement informe la mission sur le fait que « l'équipe médicale s'est engagée dans un nouveau protocole (EPICARD) depuis le 31 mai 2005, qui est lié justement au niveau d'expertise développé dans ce service sur cette question. Par ailleurs, l'un des axes de développement majeur du département désormais transféré à Trousseau, sous la responsabilité de l'actuel chef de service, consiste dans l'axe de cardiologie fœtale qui devrait être renforcé par un expert de très haut niveau probablement dès 2006²³ ».

La mission considère que, si l'établissement²⁴ estime que la conservation de ces cœurs se justifie pour des motifs d'intérêt scientifique, cette collection devra alors être déclarée selon les modalités qui seront définies dans les prochains textes réglementaires et selon des critères précis qui permettront de justifier une telle conservation.

➤ d'autre part, par l'inclusion de certains (400 cœurs) dans une étude concernant les cœurs des fœtus porteurs de trisomie 21 (200 cas de trisomie 21 et 200 cas témoins).

²² Dans les deux cas, des réunions au cours desquelles les données échographiques sont confrontées aux pièces anatomiques permettent une formation continue fort utile.

²³ Cf. annexe 8.

²⁴ Ou l'hôpital Trousseau si celui-ci souhaite reprendre cette collection.

Cette étude était menée en particulier par un médecin vacataire à Saint Antoine,²⁵ rencontré par la mission (en poste de praticien hospitalier à temps partiel à l' AP-HM et qui va prendre sa retraite très prochainement) donc peu disponible pour réaliser ces examens ; ce qui explique la durée de l'étude et cette conservation longue des cœurs fœtaux. Ce médecin foetopathologiste réalise des coupes des quatre cavités cardiaques et les analyse en leur confrontant aux images échographiques. Grâce à cette étude, un nouveau marqueur cardiaque de trisomie 21 a été découvert : l'insertion linéaire des valves auriculo-ventriculaire sans défaut.²⁶

Il est prévu que ces 400 cœurs soient détruits à l'issue du travail et de l'acceptation définitive de la publication, donc très prochainement. La direction de l'établissement devra s'en assurer.

- La conservation des cerveaux fœtaux est liée à un défaut d'organisation qui a conduit à un retard manifeste de rédaction des comptes-rendus

Selon la direction, « concernant les 339 cerveaux, le service avait prévu de procéder à l'achèvement des examens à faire qui dépendent là aussi de la participation d'experts extérieurs dans le cadre de la préparation du transfert à l'Hôpital Trousseau, de telle sorte que cet ensemble n'a pas à être transféré. [la directrice a demandé] à l'équipe médicale de surseoir à cette activité de même que l'accès aux deux listes de fœtus a été suspendu, de telle sorte que tant que le rapport de la mission conjointe n'aurait pas été rendu, rien ne soit modifié dans l'état de l'existant. L'équipe médicale est prête à s'engager à réaliser les examens restants correspondant à des fœtus chez lesquels aucun diagnostic causal n'a été porté et pour lesquels persiste un doute sur l'existence d'une anomalie cérébrale. *L'équipe médicale pourra ensuite procéder à l'élimination de ces pièces anatomiques dès que l'autorisation lui aura été donnée et sur une durée compatible avec le reste des activités du service, à savoir plusieurs semaines.*²⁷»

Après examen détaillé des deux listes fournies par l'établissement, la mission ne partage pas totalement cette analyse. En effet, vu le retard accumulé dans la réalisation de ces examens qui devaient pour la majorité être réalisés à l'hôpital La Pitié-Salpêtrière (cf. rapport de site correspondant), *elle considère qu'il s'agit d'un défaut manifeste d'organisation de l'activité et également d'un défaut de suivi des prestations envoyées sur un autre site hospitalier.*

²⁵ Elle a également des vacances en foetopathologie à l'hôpital Robert où elle pratique l'expertise de cœurs fœtaux .

²⁶ Ces deux études de 52 puis 213 cas, publiées, et l'étude finale en cours associant 431 cas des deux centres où elle exerce : hôpital La Timone, à Marseille et Saint Antoine à Paris ont abouti à la description d'une nouvelle entité anatomique, jamais décrite auparavant : l'insertion linéaire des valves auriculo-ventriculaires sans défaut. Ces études anatomiques ont induit un protocole échographique présenté à Vancouver au 15th World Congress on Ultrasound in Obstetrics and Gynecology en Septembre 2005 qui a obtenu « l'award » de la meilleure communication orale. Cette étude, en cours de publication, porte sur 40 940 grossesses et démontre la faisabilité et la valeur diagnostique de la recherche de l'ILVAV. Ces études anatomiques et l'étude échographique qui en découle sont susceptibles à terme d'améliorer le diagnostic prénatal de la trisomie 21 tout en permettant de limiter le nombre d'amniocentèses chez les femmes à bas risque.

²⁷ Phrase mise en italique par la mission.

Sur les 321 cerveaux mentionnés sur les listes de novembre 2005, seuls 18 ont fait l'objet d'une analyse histologique avec compte rendu (il s'agit essentiellement des plus récents datant d'octobre et novembre 2005). Plus de 300 cerveaux sont antérieurs à septembre 2005 et les plus anciens datent de 2001. Six cerveaux sont mentionnés « lysés » (deux en 2002 – un en 2003 et trois en 2005).

De plus la liste remise en novembre 2005 à la mission fait état de conservation d'yeux à deux occasions, sans qu'aucune explication n'ait été fournie.

Tableau 7 – Ancienneté des cerveaux de fœtus conservés à Saint Antoine et en attente d'examen histologique

	2001	2002	2003	2004	2005
Nombre d'encéphales en attente	31	42*	76*	79	75*
Comptes-rendus faits		2		1	15

Source : données retraitées par la mission à partir de la liste des 321 cerveaux fœtaux remise en novembre 2005 par le service d'histologie – embryologie et cytogénétique – hôpital Saint Antoine

A partir de ces constats, la mission préconise une réflexion sur les indications au niveau national qui pourraient conduire à un prélèvement de cerveau au vu de l'apport potentiel de cet examen. Cette réflexion devra prendre en considération d'une part, les moyens humains disponibles pour réaliser cet examen avec un rendu des résultats compatible avec l'intérêt médical pour le meilleur suivi d'une grossesse ultérieure, 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. Si l'organisation de la chambre mortuaire est récente, les locaux restent toujours à mettre aux normes

L'activité de la chambre mortuaire est importante (entre 900 et 1000 décès annuels), avec depuis la fermeture de la chambre mortuaire de l'hôpital Rothschild en 1998, la réception des corps venant de cet établissement de santé (environ 60 à 80 par an).

La nouvelle organisation de la chambre mortuaire date du 1^{er} septembre 2001. Elle fait suite d'une part au passage de l'IGAS en juillet 2001²⁸ et d'autre part au départ à la retraite de l'agent en charge de la chambre mortuaire présent depuis plusieurs dizaines d'années. L'hôpital a élargi les missions de la cadre responsable du service d'anatomopathologie pour y intégrer l'encadrement de la chambre mortuaire. Cette mission lui avait été imposée, par la direction et était prévue pour une période transitoire, cependant la cadre de santé qui s'y est investie souhaite actuellement continuer à l'assumer.

En 2001, la priorité définie consistait à mettre en place une véritable structuration du service, avec l'élaboration de procédures et de protocoles pour un fonctionnement conforme.

²⁸ Rapport IGAENR n°02-020-IGAS n°2002-009 « Conservation des éléments du corps humain en milieu hospitalier » - mars 2002.

Un effort devait être fait pour accueillir les familles ; cependant l'amélioration de l'accueil est pour partie liée à la configuration des locaux et ceux-ci sont toujours aussi peu adaptés.

La mission estime que des travaux de mise aux normes, actuellement non programmés, s'avèrent nécessaires aussi bien pour améliorer l'accueil des familles que pour permettre aux agents d'exercer leurs activités dans de meilleures conditions.

Actuellement la chambre mortuaire fonctionne avec des personnels soignants (aide-soignant, agent hospitalier) et des agents mortuaires (un ouvrier professionnel en poste depuis 1998 et un nouvel agent d'amphithéâtre arrivé en 2003), dont il est primordial de poursuivre la professionnalisation par formation continue (cf. annexe 10). A cet effet, une fiche de poste précise les missions à réaliser et les compétences requises.

Le règlement intérieur a été revu en 2002 pour tenir compte en particulier de l'évolution des activités d'anatomopathologie. Depuis la fermeture du service d'anatomie pathologie de l'hôpital Rothschild, la responsabilité relève de l'hôpital Saint-Antoine pour toutes les autopsies.

La liste des opérateurs funéraires est tenue à disposition des familles. Une brochure d'information [« information des proches après un décès à l'hôpital »] est à leur disposition pour les aider dans les formalités

Actuellement, l'établissement hospitalier n'établit pas de statistiques annuelles concernant les opérateurs funéraires choisis par les familles²⁹.

Un rappel des principes déontologiques a été fait en 2000 en direction des personnels pour rappeler l'interdiction d'accepter tout remerciement en nature, suite à un problème dans un établissement de santé de l'AP-HP. En 2003, la responsable de la chambre mortuaire a rappelé ces principes aux familles ; ils sont affichés dans la chambre mortuaire.

Pour tous les sites de l'assistance Publique de Paris, aucun tarif applicable au delà de trois jours de maintien du corps dans la chambre mortuaire n'a été voté par le conseil d'administration ; le principe posé est la gratuité pour les familles quelle que soit la durée.

2.3.2. Des procédures définissent les circuits de prise en charge des corps des fœtus

Depuis trois ans, l'élaboration de protocoles et de procédures a permis de professionnaliser les activités de la chambre mortuaire et cela sur les différentes étapes de prise en charge des corps, avec des fiches pratiques concernant notamment :

- les recommandations pratiques lors du décès ;
- les liaisons entre les services cliniques et la chambre mortuaire³⁰ (à remplir par l'équipe soignante et qui doit accompagner le corps) ;
- le contrôle de l'identification des corps (avec vérification des concordances entre le brassard et le bulletin d'identification à l'arrivée du corps en chambre mortuaire, après transcription sur le registre, au départ du corps avec ou sans mise en bière) ;

²⁹ La circulaire DH/M3/97-520 du 23 juillet 1997 relative à l'étendue et aux limites des missions dévolues aux agents d'amphithéâtre incitait les directeurs des établissements publics de santé à s'assurer par tout moyen de la diversité des opérateurs funéraires sollicités par les familles.

³⁰ Qui donne des informations notamment pour savoir si les proches ont été prévenus, s'ils étaient présents dans le service, s'ils ont manifesté des souhaits particuliers.

- la prise en charge de la personne décédée dès son arrivée dans la chambre froide ;
- la préparation du corps avec la réalisation d'un sachet regroupant les consignes, les documents et le linge nécessaire aux personnels des services (appelé « kit décès ») ;
- le retrait des stimulateurs cardiaques ;
- la prise en charge d'une demande d'autopsie ;
- l'attestation à faire signer par les familles à la remise de la liste des opérateurs funéraires ;

Une fiche récapitule les différentes tâches à accomplir lors d'une journée de travail en chambre mortuaire (cf. annexe 11).

2.3.3. Malgré les progrès accomplis depuis 2001, le dispositif de suivi du devenir des corps des fœtus n'est pas encore totalement performant

Pendant des années (en particulier entre 1990 et 1999), les agents de la chambre mortuaire ont fonctionné avec une multitude de fiches pour assurer le suivi des corps des fœtus. Il s'agissait de fiches mensuelles à en-tête de l'ancien chef de service d'histologie - embryologie qui mentionnaient les noms et les dates de départ des corps du service assurant les autopsies fœtales et d'arrivée à la chambre mortuaire avec la mention manuscrite et datée du départ des fœtus envoyés pour crémation à l'ancien amphithéâtre des hôpitaux (ADH) de la rue du Fer à Moulin. La consultation des fiches montre qu'environ 6 à 10 fœtus étaient envoyés à la chambre mortuaire par mois ;³¹ les listes précisaient le refus des parents d'organiser les obsèques.

A partir des années 1999-2000, le registre de suivi des corps des fœtus mis en place mentionnait le numéro de dossier de la mère, le nom, la date de naissance, le terme du fœtus, la provenance (plus d'une quinzaine d'établissements de santé adressent les fœtus pour autopsie à Saint Antoine – cf. supra). Une colonne est intitulée « bon d'abandon » - en référence avec la signature du formulaire qui laissait à l'hôpital la charge d'organiser les obsèques. A partir des registres examinés par la mission, il n'existe aucune possibilité de connaître la réalité du traitement de ces corps et notamment la date de crémation.

A cette époque, les dispositifs de recueil d'information étaient parcellaires et, jusqu'en 1997, aucune procédure formalisée n'était prévue pour l'élimination des fœtus sans état civil ; ce qui explique pour partie que personne ne se soit aperçu de la constitution de collections dans le service d'histologie embryologie. Avec les bulletins d'abandon de corps, les professionnels se sont sentis autorisés à garder des fœtus sans état civil pour des analyses ultérieures éventuelles.

Depuis 2001 et surtout 2002, le registre de destination des corps (modèle D.47 de l'AP-HP) est mis en place pour tous les décès, mais toutes les rubriques ne sont pas remplies et le lien avec le bureau hospitalier chargé de l'état civil n'est pas encore systématisé pour assurer un suivi complet du devenir des corps.³²

³¹ La mission a consulté les fiches de l'année 1992.

³² La mission a consulté de façon aléatoire le registre 2004 et a constaté que pour certains corps notamment mentionnés comme mort-nés, la destination du corps n'est pas précisée.

Tableau 8 – Activité de la chambre mortuaire de Saint Antoine de 2001 à 2005

	2001 (4 mois)	2002	2003	2004
nombre de fœtus accueillis en chambre mortuaire	223	214	194	220
dont fœtus dont les obsèques ont été prises en charge par l'hôpital	16	49	31	24
Total des décès	297 (en année pleine : 890)	938	861	853

Source : informations transmises par la chambre mortuaire – hôpital Saint Antoine

Comme précisé ci-dessus, c'est à partir de 2001, qu'un enregistrement fiable des données à été mis en place à la chambre mortuaire.

Alors que l'activité de 2001 ne concerne que les quatre derniers mois de l'année, il est aussi élevé que celui d'une année pleine. Ce chiffre s'explique, d'après la responsable actuelle de la chambre mortuaire, par le transfert à la chambre mortuaire de 139 corps qui étaient en foetopathologie, juste avant la visite de l'IGAS de 2001 (cf. supra).

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

Le service en charge de l'enregistrement des naissances et des décès de l'hôpital dispose de procédures regroupé dans un classeur, où sont également joints un exemplaire des principaux formulaires utilisés (cf. annexe 12).

Un agent de l'état civil naissance, dont le bureau est localisé dans les locaux de consultation de la maternité se déplace chaque jour à la salle de naissance pour consulter le registre des accouchements et enregistrer les naissances.

A partir de la tenue du registre de naissances et du registre des décès (où sont enregistrés les mort-nés sur les bulletins d'enfant sans vie) et de destination des corps l'établissement dispose de statistiques mensuelles et de récapitulatifs annuels.

A la demande des parents, les fœtus de terme inférieur à 22 semaines peuvent être inscrits sur le registre des embryons tenu par la mairie du 12^{ème} arrondissement de Paris, à partir d'un bulletin d'embryon rempli par le bureau d'état civil de l'hôpital..

Tableau 9 – Statistiques annuelles de naissances à Saint Antoine avec les mort-nés

	2002	2003	2004	30 /09/ 2005
nombre de naissance vivantes	1262	1414	2290	1565
- dont gémellaires *	26	34	36	32
mort-nés <14 à 22 SA **	49	50	60	40
mort-nés >22 SA ***	45	43	47	28
Total des mort-nés	94	93	107	68

Source : bureau hospitalier en charge de l'état civil de l'hôpital Saint Antoine

* chiffres à multiplier par 2 pour avoir le nombre d'enfants

** bulletin d'enfant sans vie (embryon)

*** bulletin d'enfant sans vie (mort-né)

2.5. Les fœtus présents lors de la visite de la mission (octobre 2005)

Ce point qui a longuement été évoqué précédemment dans l'analyse des pratiques de foetopathologie fait l'objet d'un recensement qui a été remis à la mission.

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

La situation a été gérée en direct par la direction de l'hôpital Saint Antoine avec l'appui des personnels de la direction des usagers et de la veille (DUVIR) présents au mois d'août 2005, selon les instructions données par la directrice générale de l' AP-HP.³³

Entre août et octobre 2005, quarante trois familles ont contacté l'établissement pour obtenir des informations. Puis après le passage de la mission, d'octobre 2005 à février 2006, quatre familles ont également demandé des informations. La demande quasi exclusive de ces personnes (très souvent les mères) était de savoir, vu la médiatisation des événements de Saint Vincent de Paul, si le corps de leur bébé était toujours présent à l'hôpital et si ce n'était pas le cas, où il se trouvait actuellement.

Plusieurs facteurs ont rendu les recherches difficiles : l'ancienneté des situations (pour les années 1965 et 1976 en particulier), les changements de noms des mères (remariage), le déchiffrement d'écriture sur les registres, l'imprécision des dates d'accouchement ou des termes de la grossesse, et le changement de lieu et de procédures d'inhumation ou de crémation en fonction des années.

Le dispositif d'écoute téléphonique mis en place a pu apporter une aide aux familles et dans la majorité des cas, une réponse téléphonique, après recherche par l'intermédiaire essentiellement des professionnels de l'unité de foetopathologie et de la chambre mortuaire, a pu leur être apportée.

Lorsque les familles avaient envoyé un courrier à la direction de l'établissement, elles ont toutes reçu une réponse écrite personnalisée. Dans les situations individuelles complexes, le psychiatre de l'unité de foetopathologie a aidé à sa rédaction, tout comme son soutien a été proposé aux familles par entretien téléphonique ou consultation, si celles-ci le souhaitaient.

A la demande de la mission, ce suivi individuel des familles a fait l'objet d'une analyse des démarches effectuées par les personnels de la DURVI et d'une synthèse qui figure en annexe 13.

Suite à l'ensemble des recherches menées par l'établissement à la demande de la cinquantaine de familles ayant contacté l'hôpital, deux fœtus étaient encore présents à l'hôpital. Les deux femmes ayant appelé l'établissement ont été reçues. Il s'agit de :

- une femme ayant accouché en 1997 d'un fœtus porteur de malformations faciales rares a été reçue conjointement par le directeur adjoint et le médecin foetofœtologiste. Elle a souhaité récupérer le fœtus qui avait été conservé. Après une semaine de réflexion, celle-ci a demandé à l'hôpital d'organiser la crémation ;

³³ Note du 4 août 2003 précédée la veille d'une note adressée à tous les directeurs d'hôpitaux de l' AP-HP par le cabinet de la directrice générale « demandant de mettre en place un dispositif permettant d'informer les familles dans un délai qui ne devrait pas dépasser 48 heures et selon une procédure permettant une traçabilité tant des appels que des réponses apportées ».

- une mère ayant accouché en décembre 2004, d'un fœtus mort-né dont l'autopsie avait été réalisée avec le consentement de la mère. Le fœtus ensuite aurait dû partir à la crémation c'est le cas habituellement tous les 3 mois) ; du fait d'une problème logistique, il n'a pas été mis dans les containers correspondants. En accord avec la famille, son départ vers le crématorium a été organisé en octobre 2005.

La mission considère que dans le contexte médiatique délicat de gestion massive d'appels, la direction a géré ces événements avec efficacité et humanité.

Troisième partie- Synthèse et recommandations

Les recommandations formulées par la mission concerne le site actuel de l'hôpital Saint Antoine au vu des pratiques constatées et au fonctionnement.

Mais elles prennent aussi en compte le transfert de l'unité de foetopathologie sur le site de Trousseau, qui va devenir l'hôpital de référence du GHU Est pour la prise en charge mère enfant d'ici 2007. Ce transfert de la foetopathologie doit donc s'analyser en prenant en compte l'augmentation potentielle des autopsies fœtales sur ce site avec l'implantation d'une maternité de niveau III de référence et de grande capacité pour l'est parisien.

3.1. Concernant l'hôpital Saint Antoine

3.1.1. Mieux formaliser l'articulation entre le service de maternité et l'unité de foetopathologie

Le transfert de cette unité à Trousseau va nécessiter que des procédures claires soient mises en place d'une part avec la chambre mortuaire pour les transferts de corps et d'autre part avec la foetopathologie pour la réalisation des examens et le rendu des résultats (cf. infra)

3.1.2. Poursuivre l'organisation du suivi 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.

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. Cela 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.

3.1.3. Mettre aux normes les locaux de la chambre mortuaire dans les plus brefs délais

L'accueil des familles et les conditions de travail des agents de la chambre mortuaire en seront grandement améliorés. 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.

3.2. Concernant l'hôpital Trousseau

3.2.1. Clarifier les responsabilités des différents professionnels et articuler les procédures pour que l'autopsie fœtale soit globale

La réorganisation de foetopathologie à l'hôpital Trousseau, induit une nécessaire coordination avec la neuropathologie fœtale et cela d'autant plus que le choix retenu par l'établissement semble être de rattacher ces deux activités à deux services différents, avec deux unités fonctionnelles distinctes relevant de chefs de services différents. La mise en place des pôles d'activités médicales devrait être l'occasion de préciser clairement les responsabilités, d'en définir les articulations fonctionnelles et de codifier les procédures.

La mission estime que c'est d'autant plus nécessaire que la personnalité des médecins en charge de ces activités ainsi que la diversité de leurs méthodes de travail ne conduiront pas spontanément à un travail collégial.

La mission recommande à ce que le médecin foetopathologiste en activité à Saint Antoine jusqu'en janvier 2005 et depuis transféré à l'hôpital Trousseau n'assume pas un rôle de responsable de cette activité, compte tenu des pratiques constatées et de sa difficulté manifeste à travailler en équipe dans la sérénité. De plus, il conviendrait pour éviter un renouvellement de fonctionnement autonome que soit clairement organisé son positionnement dans l'unité et que des protocoles soient élaborés.

Le nouveau cadre législatif complété par les décrets d'application sur les déclarations de conservation devraient permettre aux directions hospitalières de mieux structurer les activités en ce domaine.

3.2.2. Poursuivre la réflexion sur les pratiques professionnelles pour répondre aux besoins des familles dans des délais raisonnables

Dans l'attente de l'élaboration de règles de bonnes pratiques de foetopathologie par la Haute autorité de santé, la mission souhaite attirer l'attention sur la nécessité de mettre en place rapidement :

- un dispositif de relance systématique des comptes-rendus des autopsies pour éviter les délais excessifs ;
- une réflexion pluridisciplinaire sur l'indication médicale des prélèvements de cerveaux fœtaux, en tenant mieux compte des éléments cliniques et des moyens humains disponibles afin de réaliser ces examens dans des délais raisonnables.

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.

Docteur Michel VERNEREY

Docteur Patricia VIENNE

Membres 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 mission du 2 août 2005
2. Liste des personnes rencontrées
3. Bilan des activités du diagnostic prénatal 1989 – 2004 – (extrait du bilan CPDP 2004 service du Pr. MILLIEZ – hôpital Saint Antoine)
4. Dossier de visite médicale précédant l'interruption médicale de grossesse et exemples de formulaire d'information et de consentement
5. Méthodologie de l'examen foetopathologique
6. Activité d'autopsies fœtales - éléments quantitatifs et origine des fœtus de moins de 28 semaines
7. Activité d'autopsies fœtales - éléments quantitatifs et origine des fœtus de plus de 28 semaines
8. Lettre de la mission IGAS-IGAENR en date du 18 janvier 2006 et réponse apportée par la direction de l'hôpital Saint Antoine en date du 26 janvier 2006 - OK
9. Collection dite de référence : 176 fœtus conservés - Nombre de fœtus conservés en fonction de l'année
10. Formulaire utilisé par le centre hospitalier intercommunal de Villeneuve Saint Georges (attestation de naissance, extrait du registre des naissances et feuille de consentement signée par les parents)
11. Situation des agents de la chambre mortuaire de l'hôpital Saint Antoine
12. Liste des différentes tâches à effectuer au cours d'une journée à la chambre mortuaire de Saint Antoine
13. Sommaire et extraits du classeur des procédures du bureau hospitalier en charge de l'état civil
14. Gestion des appels des familles

ANNEXE 1 : LETTRE DE MISSION

*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

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

Assistance Publique Hôpitaux de Paris

M. Jean Rémy BITAUD pôle AVEC
M. Jean Marc BOULANGER secrétaire général
M. Pierre CHEVALLIER direction des affaires juridiques
M. Marc DUPONT direction des affaires juridiques
Mme Hélène de FAVERGUES pôle AVEC
M. Alain GRENON responsable du pôle « audit veille évaluation contrôle » (AVEC)
Professeur NAVARRO directeur de la politique médicale
Mme Christiane MARTINET pôle AVEC
M. Jean Marc MORIN directeur des affaires juridiques

Mme Marie France PEDOUSSANT pôle AVEC
Mme Magali RICHARD PIAUGER direction des affaires juridiques

Hôpital Saint Antoine

Mme Chantal de SINGLY directrice
M. Jean Baptiste HAGENMULLER directeur adjoint
Professeur PETIT chef de service de bactériologie et président du comité médical consultatif (CCM)
Mme MOTHET directrice de l'école de santé femmes
Mme Martine GIRARDON secrétaire générale de la faculté de médecine (Paris VI)
Mme Dominique EVEN directrice adjointe – direction des usagers
Mme Françoise SAGET adjointe des cadres hospitaliers – direction des usagers et veille (DUVIR)
Mme Dominique ABEILLE cadre supérieur infirmier chargée de la qualité et de la gestion des risques (DUVIR)
Dr Michel DIEDISHEIM psychiatre de foetopathologie
Professeur Bruno CARBONNE PU-PH service du Professeur MILLIEZ responsable du centre multidisciplinaire de diagnostic prénatal
Mme Catherine BARDIN cadre supérieur sage femme responsable de la maternité
Mme Michèle DUGRAIS cadre sage femme responsable de la salle de travail
Docteur Pascale CERVERA MCU-PH en anatomopathologie
Mme Jocelyne NERIS cadre supérieur de laboratoire en anatomopathologie et responsable de la chambre mortuaire
M. Alain JOSSE ouvrier professionnel agent de la chambre mortuaire
M. Laurent GAVAUD aide soignant agent de la chambre mortuaire
M. Laurent CONNUEL agent de la chambre mortuaire
Mme Josette MAHOBAH agent de l'état civil – direction des affaires financières et hospitalières
Professeur Jean François FLEJOU PU-PH chef de service d'anatomopathologie
Professeur Jean Pierre SIFFROI PU-PH chef de service d'embryologie pathologique et cytogénétique
Professeur Jean Louis TAILLEMITE PU-PH service d'embryologie pathologique et cytogénétique
Mme Nicole CARRE cadre médico-technique en embryologie et cytogénétique
M. Philippe NADEAU cadre supérieur médico-technique d'embryologie pathologique et cytogénétique
Mme Hélène FERRAND technicienne de laboratoire en foetopathologie
Mme Corinne HESSE secrétaire médicale en foetopathologie
Docteur Romulus GRIGORESCU unité de foetopathologie service d'histologie embryologie et cytogénétique
Docteur Marie GONZALES unité de foetopathologie service d'histologie embryologie et cytogénétique
Mme Josette MAHOBAH agent de l'état civil direction des affaires financières et hospitalières
M. Serge BISSAY agent de l'état civil direction des affaires financières et hospitalières
M. Stéphane FERRIER agent des admissions et des frais de séjour direction des affaires financières et hospitalières
Mme Béatrice BELAOUI agent de l'état civil direction des affaires financières et hospitalières
M. Alain CANCES agent de l'état civil direction des affaires financières et hospitalières

**ANNEXE 3 : BILAN DES ACTIVITES DU DIAGNOSTIC
PRENATAL 1989-2004 – (EXTRAIT DU BILAN CPDP 2004
SERVICE DU PR. MILLIEZ – HOPITAL SAINT ANTOINE)**

SYNTHESE DE L'ACTIVITE : NOMBRE D'ACTES EFFECTUES A SAINT ANTOINE
1989 // 2004

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	TOTAL
AMNIOCENTESES	579	453	457	495	431	640	614	744	707	741	693	713	570	609	648	721	9815
PONCTION EVACUATRICE											1	5	0	7	1		14
AMNIOS INFUSIONS										2	3	2	6	2	1	1	17
CORDOCENTESES	40	57	57	68	67	79	52	33	14	8	1	6	6	7	6	3	504
TROPHOBLASTES	11	16	21	22	20	5	8	7	16	15	14	16	38	54	69	79	411
TRANSFUSION IN UTERO		9	8	7	21	6	17	5	11	1	11	13	10	15	25	21	180
FOETICIDES										15	24	39	36	37	28	36	215
TOTAL DES AGTES	630	535	543	592	539	730	691	789	748	782	747	794	666	731	778	861	11156
IMG FAITES A St ANTOINE										58	76	83	83	84	95	103	582
IMG VILLE APRES AVIS St A										11	36	87	86	100	61	87	468
TOTAL DES AGTES										851	859	964	835	915	934	1051	6409
MORT FOETALE IN UTERO										21	30	23	19	13	31	22	159

**ANNEXE 4 : DOSSIER DE VISITE MEDICALE PRECEDENT
L'INTERRUPTION MEDICALE DE GROSSESSE ET EXEMPLES
DE FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT**

VISITE PRE IMG : LE :

Dr :

EXPLICATION DU DEROULEMENT DE L'IMG :

	<u>OUI</u>	<u>NON</u>	
<u>THERAPEUTIQUES :</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<u>DELAIS D'IMG :</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<u>ANALGESIE FCETALE</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<u>FOETICIDE</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<u>DEMARCHES ADMINISTRATIVES</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<u>DESIRS DE LA PATIENTE :</u>			<u>A DISCUTER</u>
<u>ANALGESIE DU TRAVAIL</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>AG DE FIN DE TRAVAIL</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>PRESENTATION DU FOETUS</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>CS FOETOPATHOLOGIE</u>			
<u>PRE IMG</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>POST IMG</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>AUTOPSIE</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>OBSEQUES</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>DECLARATION ETAT CIVIL</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>ENTRETIEN PSYCHOLOGUE</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

REMARQUES :

PRESCRIPTION DE MYFEGINE :

PRESCRIPTION DE MYFEGYNE

RU 486 :Cps

VOIE : ORALE

PRIS LEHeure

SIGNATURE DU MEDECIN PRESCRIPTEUR

LE JOUR DE L' HOSPITALISATION :

PERFUSER LA PATIENTE : 500 CC RINGER L. CATHLON VERT :

DEUXIEME DETERMINATION GROUPE RH A FAIRE : OUI

NON

PRESCRIPTION DE CYTOTEK

OUI

NON

UTERUS CICATRICIEL :

3 ème TRIMESTRE :

PRESCRIPTION :

CYTOTEK :CPS

TOUTES LES HEURES

A ADMINISTRER LE :

DATE :HEURE

VOIE :

SIGNATURE DU MEDECIN PRESCRIPTEUR

REMARQUES

⇒ REMPLIR DOSSIER VERT D'ACCOUCHEMENT

BIOPSIE DE TROPHOBLASTE

Édition mai 2002

MADAME

DATE

Votre médecin vous a proposé la réalisation d'une biopsie de trophoblaste. Ce document a pour but de renforcer les informations qui vous ont été apportées oralement par le médecin afin de vous expliquer les principes, les avantages et les inconvénients potentiels de cet acte dans votre cas.

QU'EST-CE QU'UNE BIOPSIE DE TROPHOBLASTE ?

Il s'agit du prélèvement d'un très petit fragment du tissu qui entoure la poche amniotique et le fœtus : le trophoblaste (voir schéma). Ce tissu va devenir le placenta au cours du premier trimestre de la grossesse.

L'examen est habituellement effectué entre 11 et 13 semaines d'aménorrhée (2 mois - 2 mois et demi). Dans certains cas particuliers, il peut être effectué à d'autres termes.

Cet examen peut être réalisé pour l'étude des chromosomes de l'enfant (caryotype), pour la recherche d'un gène, ou encore d'une anomalie biologique.

Cet examen vous a été proposé pour un motif qui vous a été exposé par votre médecin. Vous êtes libre de l'accepter ou de le refuser.

IMPÉRATIFS RÉGLEMENTAIRES PRÉALABLES

La réalisation de cet examen est régie par des dispositions légales (article L 2131.1 du Code de la Santé Publique) qui préconisent qu'une information vous soit apportée sur :

- la pathologie pour laquelle l'examen est réalisé ;
- les explorations envisagées pour détecter celle-ci ;
- les contraintes et conséquences des actes effectués.

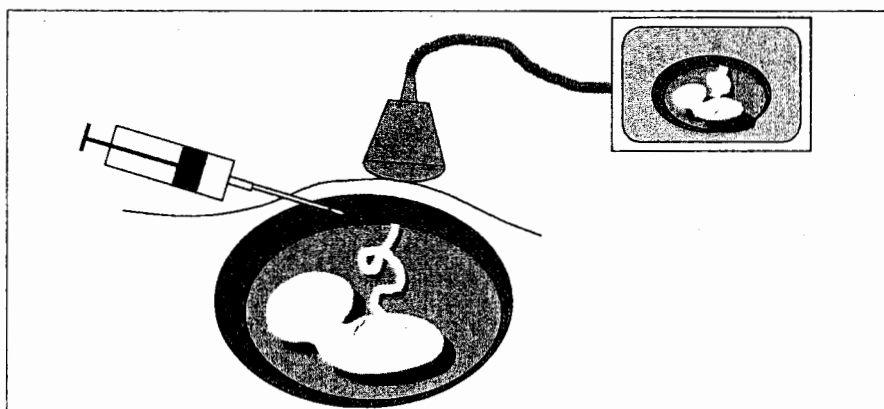
Après avoir posé toutes les questions que vous souhaitez, il vous sera demandé de signer une fiche de consentement (imposée par la Loi) qui sera indispensable pour pouvoir transmettre les prélèvements au laboratoire.

COMMENT SE DÉROULE DE PRÉLÈVEMENT ?

Une échographie réalisée avant le prélèvement permet de déterminer la technique la mieux adaptée à votre cas. Le prélèvement peut être réalisé :

- Soit par une ponction à l'aide d'une aiguille fine à travers le ventre de la mère (schéma ci-dessous). Une anesthésie locale est alors parfois nécessaire. Le prélèvement est réalisé stérilement sous contrôle de l'échographie par simple aspiration ou à l'aide d'une minuscule pince passée à l'intérieur de l'aiguille.
- Soit à travers le col de l'utérus comme lors d'un examen gynécologique

La ponction elle-même n'est généralement pas plus douloureuse qu'une prise de sang.



MADAME

DATE

Votre médecin vous a proposé la réalisation d'une amniocentèse. Le présent document a pour but de renforcer les informations qui vous ont été apportées oralement par le médecin afin de vous expliquer les principes, les avantages et les inconvénients potentiels de cet acte.

QU'EST-CE QU'UNE AMNIOCENTÈSE ?

Il s'agit d'un prélèvement d'une petite quantité du liquide qui entoure le bébé dans l'utérus (le liquide amniotique) par ponction à l'aide d'une aiguille à travers le ventre de la mère. Cet examen est réalisé le plus souvent pour étudier les chromosomes de l'enfant (caryotype).

L'examen est habituellement effectué entre 15 et 17 semaines d'aménorrhée (3 mois - 3 mois et demi de grossesse). Dans certains cas particuliers, il peut être effectué à d'autres termes.

Cet examen vous a été proposé pour un motif qui vous a été exposé par votre médecin. Vous êtes libre de l'accepter ou de le refuser.

IMPÉRATIFS RÉGLEMENTAIRES PRÉALABLES

La réalisation de cet examen est régie par des dispositions légales (article L 2131.1 du Code de la Santé Publique), qui préconisent qu'une information vous soit apportée sur :

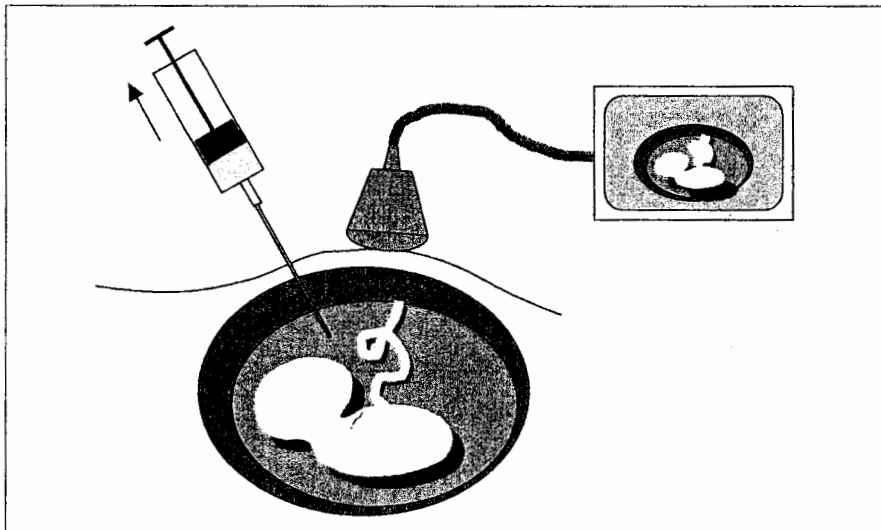
- la pathologie pour laquelle l'examen est réalisé ;
- les explorations envisagées pour détecter celle-ci ;
- les contraintes et conséquences des actes effectués.

Après avoir posé toutes les questions que vous souhaitez, il vous sera demandé de signer une fiche de consentement (imposée par la Loi) qui sera indispensable pour pouvoir transmettre les prélèvements au laboratoire.

COMMENT SE PASSE LE PRÉLÈVEMENT ?

Le prélèvement est réalisé stérilement sous échographie après désinfection du ventre.

Une aspiration de liquide amniotique est réalisée avec une seringue à l'aide d'une aiguille très fine, à travers le ventre de la mère. La ponction elle-même n'est pas plus douloureuse qu'une prise de sang.



QUE SE PASSE-T-IL APRÈS UNE AMNIOCENTÈSE ?

Vous pourrez rentrer chez vous rapidement après l'amniocentèse. Il est souhaitable de rester au repos le jour même de l'examen, mais il n'est pas nécessaire de rester alitée.

Y A-T-IL DES RISQUES OU DES INCONVÉNIENTS ?

La réalisation de l'amniocentèse, même conduite dans des conditions de compétence et de sécurité maximales, comporte un risque de fausse couche de 0,5 à 1 %. Ce risque de fausse couche est maximum dans les 8 à 10 jours suivant l'amniocentèse. Elle peut se manifester par des douleurs, des saignements ou un écoulement de liquide. La survenue de l'un de ces signes doit vous faire consulter rapidement votre médecin. Parfois, il n'existe aucune manifestation particulière.

Exceptionnellement, des infections graves pour la mère et/ou le fœtus ont été rapportées.

Certains risques peuvent être favorisés par votre état, vos antécédents ou par un traitement pris avant l'opération. Il est impératif d'informer le médecin de vos antécédents (personnels et familiaux) et de l'ensemble des traitements et médicaments que vous prenez.

EN PRATIQUE

- **Le jour de l'amniocentèse :** Il n'est pas nécessaire d'être à jeun pour le prélèvement. Il est important que vous apportiez votre carte de groupe sanguin. En cas de groupe rhésus négatif, il sera nécessaire de vous faire une injection pour éviter une incompatibilité sanguine avec votre enfant (Certains centres demandent également de disposer des sérologies du virus VIH et de l'hépatite).

- **Après l'amniocentèse :** Dans les heures ou jours qui suivent le prélèvement, il est nécessaire de consulter d'urgence en cas de pertes de sang ou de liquide. Les résultats du caryotype seront communiqués par le laboratoire à votre médecin en 1 à 3 semaines environ.

Cette feuille d'information ne peut sans doute pas répondre à toutes vos interrogations. Dans tous les cas, n'hésitez pas à poser au médecin toutes les questions que vous souhaitez, oralement ou en utilisant la case suivante :

Questions et commentaires

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Dr

Téléphone médecin :

Téléphone urgence :

Je soussigné(e),

Docteur en médecine, Sage-Femme, atteste avoir reçu en consultation ce jour

Madame

et, conformément à l'article R 162-16-7 du Code de la Santé Publique, avoir :

1° évalué le risque pour son enfant à naître d'être atteint d'une maladie d'une particulière gravité,

2° informé la patiente sur les caractéristiques de cette affection, les moyens de la détecter, les possibilités thérapeutiques et sur les résultats susceptibles d'être obtenus au cours de l'analyse prescrite,

3° informé la patiente sur les risques inhérents aux prélèvements, sur leurs contraintes et leurs éventuelles conséquences.

Au terme de cette consultation je prescris la réalisation d'un caryotype foetal à partir d'un prélèvement de

Fait à Paris, le

Après la consultation médicale prévue à l'article R. 162-16-7 du code de la santé publique, je soussignée, Madame, déclare avoir reçu les informations suivantes :

L'analyse qui m'est proposée en vue d'établir un diagnostic prénatal rend nécessaire un prélèvement de liquide amniotique dont m'a été expliqué le risque ;

Cette analyse sera effectuée dans un laboratoire autorisé à la pratiquer par le ministre chargé de la santé ;

Si la technique demande une mise en culture de cellules fœtales, un échec de celle-ci est possible pouvant rendre nécessaire un deuxième prélèvement ;

L'analyse peut révéler d'autres affections que celle recherchée dans mon cas ; en revanche, elle ne permet pas de dépister toutes les affections.

Le résultat de l'examen me sera rendu et expliqué par le médecin qui me l'a prescrit.

Je consens au prélèvement ainsi qu'à l'analyse de cytogénétique pour laquelle il est effectué.

Fait à Paris, le

DEMANDE D'EXAMEN FOETO-PLACENTAIRE

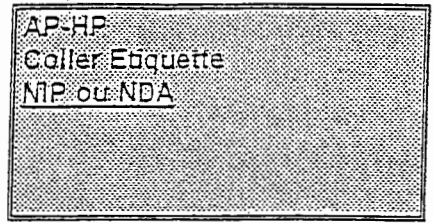
Fetoplacentaire

Foetus et/ou placenta

NOM :
Date de l'expulsion :
Provenance :

Prénom (mère)
Votre n° de dossier :
☎ :

Nom de médecin responsable :



Date des D.R. :
FOETUS : sexe, poids, taille à la naissance :

TERME (S.A) :

MOTIF DE LA DEMANDE :

PERE :
âge
poids
profession

groupe sanguin
taille

MERE :
GESTE
âge
poids
profession

PARE
groupe sanguin
taille

CYCLES --

ADRESSE :

1) CONSANGUINITE : OUI NON

2) ANTECEDENTS OBSTETRICaux : (ivg, fcs, morts-nés ou enfants décédés)

3) DEROULEMENT DE LA GROSSESSE :

BW
HEPATITE :

RUBEOLE
HIV :

TOXO. :

CONSENTEMENT

Nous soussignés,

Madame

Monsieur

donnons l'autorisation aux Docteur Marie GONZALES et ses collaborateurs
Laboratoire de Foetopathologie du Professeur J.L TAILLEMITE,
Hôpital SAINT-ANTOINE 184, rue du Fbg Saint-Antoine 75012 PARIS
de pratiquer l'autopsie
du fœtus
né le
et de faire tout prélèvement utile à visée diagnostique ou scientifique.

Nous souhaitons organiser les obsèques (1)

Nous ne souhaitons pas organiser les obsèques (1)

Date :

Signatures :

de la mère

du père

(1) Rayer la mention inutile

Consentement de prélèvement dans un but d'étude génétique (1)
(pour une personne majeure)

Je soussigné(e), (Nom, Prénom)
demeurant à.....
autorise le Docteur..... à effectuer, ou faire effectuer les
études génétiques qui peuvent aider au diagnostic ou à la prévention de la maladie
dont je souffre, ou que présente un membre de ma famille.

Le Docteur..... m'a expliqué la nature des études
qui seront effectuées sur mon sang, notamment le fait qu'elles font appel aux
techniques de biologie moléculaire, qu'elles peuvent s'étendre sur plusieurs années,
et que ce prélèvement sera conservé le temps nécessaire.

J'autorise le recueil, la saisie et le traitement de données contenues dans mon dossier
médical. Ces données seront codées afin de respecter leur confidentialité. J'ai été
informé(e) que, conformément aux dispositions de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978
relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, je dispose d'un droit d'accès et
de rectification, par l'intermédiaire du médecin que j'aurais désigné à cet effet. Ce
droit d'accès et de rectification peut s'exercer auprès du laboratoire de
cytogénétique de l'hôpital Saint Antoine à Paris.

Seul le Docteur..... ou les personnes mandatées par lui,
pourront avoir accès à ces informations et procéder aux examens dont il m'a parlé,
dans l'objectif auquel j'ai souscrit.

Dûment informé(e) des implications de ces études, je pourrais à tout moment
demander que le prélèvement de sang qui m'est fait ou les produits de celui-ci,
notamment l'ADN qui en aura éventuellement été extrait, me soient restitués.

Fait à, le.....

Signature du Docteur Signature de l'intéressé

(1) un exemplaire cosigné doit être remis à la personne qui a accepté le prélèvement.

**ANNEXE 5 : METHODOLOGIE DE L'EXAMEN
FOETOPATHOLOGIQUE**

Méthodologie de l'examen fœtopathologique

Marie Gonzalès, MCU-PH
Unité de Fœtopathologie,
Service du Pr JP SIFFROI, Hôpital Saint Antoine

L'examen fœtopathologique comporte plusieurs étapes successives qui doivent être menées dans un ordre donné afin de se donner les moyens d'avoir un examen de qualité. Avant de commencer cet examen, précisons quelques exigences.

1. Il faut obtenir des maternités qu'elles **préviennent le laboratoire** de l'arrivée d'un fœtus afin de demander un certain nombre de renseignements en fonction de chaque cas.
2. Il faut exiger que le **fœtus** soit adressé **avec son placenta**, à l'état **frais** c'est à dire **non fixé, non congelé**.
3. Le fœtus doit être accompagné d'une **feuille de renseignements** indispensables à la bonne pratique de l'examen concernant l'âge fœtal, les circonstances du décès (FCS, MFIU, IMG, décès per-partum ou post-partum) les antécédents familiaux, la notion d'union consanguine, l'évolution de la grossesse, les examens pratiqués avec leurs résultats, les échographies etc...
4. Il faut garder le **placenta frais**, à 4° dans un récipient le plus « stérile » possible (plaque chorale vers le haut) et attendre pour le fixer dans le formol que l'examen soit terminé, que le compte-rendu soit rédigé afin d'être certain que l'on n'a plus besoin de prélever de tissu placentaire (chorion, villosités choriales, amnios). L'examen rapide du placenta dès son arrivée peut être très utile. Le placenta sera fixé (dans un récipient assez grand pour qu'il puisse être étalé) plaque basale vers le haut.

Avant de commencer l'examen foetopathologique.

Il est nécessaire de prendre **connaissance** :

- 1) **des documents administratifs obligatoires selon les textes en vigueur**, voir cours spécifique , (consentement des parents pour l'autopsie et prélèvements, souhait des parents pour obsèques ou non, bon de commande...)
- 2) **de tous les renseignements** dont on dispose afin de les compléter si besoin (imagerie (échographies, IRM, scanner) bilans maternels et/ou foetaux déjà pratiqués(HT 21 , caryotype...)

Il convient de **regarder les radiographies** qui ont été faites : corps entier de profil, de face avec deux clichés réalisés avec des constantes différentes, un cliché pour bien voir le rachis et les os longs, le 2^{ème} pour bien analyser les extrémités. Ces 3 clichés seront complétés si besoin par des clichés centrés sur d'éventuelles anomalies. S'il s'agit de **fœtus jeunes**, début du 2^{ème} trimestre, ces clichés seront pratiqués sous **mammographe** si besoin. La visualisation des radiographies peut déjà orienter le diagnostic (absence de canaux semi-circulaires dans un contexte de cardiopathie, surlignage métaphysaire etc ...)

Le premier temps de cet examen commence par la réalisation de photographies de tous les fœtus (propres) entier de face, visage en gros plan de face et de profil, extrémités, ainsi que toutes les anomalies repérées. Il faut savoir que prendre de bonnes photos prend du temps et qu'une mauvaise photo est inutile.

L'autopsie

Tous les paramètres seront rapportés sur un document écrit, le poids et les mensurations du fœtus. Toutes les anomalies seront notées que ce soit lors de l'examen externe ou interne.

Examen externe

C'est un véritable examen pédiatrique. Il commence par la prise de mensurations : **poids, VT, VC, PC, pied, PO, PT, BIP** et se poursuit dans un ordre précis qui sera toujours le même afin de ne rien oublier . Nous proposons

Orifices : choanes, palais, conduit auditif externe, anus, urètre.

Extrémité céphalique : fontanelles et sutures, os du crâne, visage, yeux, bouche, langue, gencives, oreilles puis cou, appréciation d'une dysmorphie DIO, FP.

Tronc : face antérieure, postérieure, sternum, thorax, abdomen, ombilic, rachis.


OGE

Membres, masses musculaires, extrémités et peau.

Le plus important est de respecter l'ordre auquel on est habitué.

Examen Interne

Là aussi, il convient de garder toujours **les mêmes habitudes d'examen** et de réaliser des photos pour tout ce qui est pathologique ou alors différent de ce qui a été vu à l'échographie..

Après l'incision en , on repère d'abord les gonades, l'appendice, la vésicule biliaire (à droite de la veine ombilicale), les coupoles puis on enlève le plastron sternal. Un rapide coup d'œil vérifie que tous les organes sont en place, que le cœur est bien à gauche, pointe à gauche, que les poumons sont bien lobulés et qu'il n'y a pas d'anomalie du **situs**. On fera de suite les prélèvements stériles pour bactériologie et/ou virologie : poumon, foie.. ou ADN poumon, foie, muscle, peau, etc... Les prélèvements seront évidemment adaptés à chaque cas mais l'idéal est de garder systématiquement des tissus pour ADN pour chaque fœtus car on peut tout à fait évoquer un diagnostic de maladie génétique à l'histologie alors que rien ne le laissait pressentir lors de l'examen externe(exemple : Syndrome de Beckwith-Wiedemann évoqué devant une cytomégalie surrénalienne sans autre anomalie majeure (absence d'omphalocèle)

La dissection sera minutieuse, commençant par le haut : visualiser le **thymus**, puis les **vaisseaux du cou** et le **cœur** avec les gros vaisseaux, technique d'examen du cœur in situ lorsque le cœur est normal. Il faut bien repérer les veines pulmonaires car un retour veineux pulmonaire anormal peut être sous-diaphragmatique. **S'il existe une cardiopathie, le cœur sera gardé dans un fixateur pour être réexaminé** après avoir été rincé avec du formol à la seringue (larsen ou formol). Pour les jeunes fœtus (12-16 sa) de plus en plus nombreux, on pourra s'aider en conservant le fœtus entier dans le formol pour examiner le cœur (encore attaché par les vaisseaux) car la taille minuscule du cœur gêne son examen lorsqu'il est isolé. Après la dissection du cœur, on coupe tous les vaisseaux du cou et on libère le bloc cœur-poumons en décollant **l'œsophage** du rachis, on vérifie sa perméabilité, celle de la trachée et des bronches, on incise l'oesophage à la recherche d'une fistule oeso-trachéale. On peut

couper l'aorte au ras des coupes et prélever pour histologie tous les viscères après les avoir pesés, on prélève la thyroïde seule ou avec le larynx.

La dissection se poursuivra par l'étage abdomino-pelvien : prélèvement des **gonades**, (noter la position des testicules intra scrotaux ou dans le canal inguinal ou pelviens) dissection du **tube digestif** en commençant par le bas, puis prélèvement sur **4 niveaux** (rectum, colon, grêle, estomac) dissection du **pancréas** dans le même temps qui sera prélevé avec le duodénum au niveau de la tête du pancréas, dissection de la **rate** et du **foie**.

Restent en place les **surrénales** que l'on repère moulées sur les **reins** et l'**appareil urinaire** qui sera vérifié (uretères , vessie et urètre) ainsi que les artères rénales. Dans le cas d'une mégavessie, le bloc reins-uretères-vessie sera prélevé et l'urètre sera ouvert à l'état frais, ce qui est plus aisé qu'après fixation dans le formol. Enfin les **OGI** seront repérés : **déférents, utérus** à la recherche d'une anomalie.

Il peut être utile de prélever systématiquement du **muscle** : quadriceps (ou psoas), et de la **peau** (cuisse ou abdomen et plante du pied) même en dehors de tout contexte pathologique.

Os et cartilage seront prélevés systématiquement dans les cas de chondrodysplasie, (voir cours spécifique) d'anomalie de l'ossification, dans les grands retards de croissance, mais aussi dans les anasarques et infections virales comme à **Parvovirus B19** (moëlle osseuse) ou suspicion de maladie métabolique.

Enfin intervient le temps **neuropathologique** : prélèvement de l'**encéphale toujours systématique en cas de pathologie fœtale** à tenter même si le fœtus est macéré. Après l'extraction de l'encéphale, on recherchera les structures habituelles endocrâniennes comme les canaux semi-circulaires etc... Ce temps sera complété par le prélèvement des yeux chez tous les malformés, en particulier en cas de pathologie neurologique ainsi que du muscle en histologie classique (et dans certains cas en microscopie électronique). Enfin la **moëlle épinière** sera prélevée systématiquement dans les cas de pathologie neuro-musculaire ou métabolique. (cf cours de neuropathologie)

Dans le cas où le fœtus est macéré et/ou que l'examen du cerveau est fondamental et fragile, anomalies de la fosse postérieure, anomalies de giration, on pourra s'aider :
 - en conservant le foetus dans le formol en ouvrant la boîte crânienne, le temps que la fixation du cerveau soit correcte
 - si cela n'est pas possible, en injectant du formol à la seringue en passant dans les fontanelles en restant le plus parallèle à la surface du crane pour ne pas léser le cerveau

Prélèvements sur le fœtus

En dehors des prélèvements habituels de poumon **pour bactériologie**, on peut être amené à faire divers types de prélèvements, à titre d'exemple :

- **pour caryotype ou HIS** (par ex : **22q1.1** devant une cardiopathie cono-troncale de découverte fœtopathologique) peau, muscle, poumon, ascite, " urine ". Les tissus (sauf le sang qui sera adressé dans un tube hépariné et " l'urine ou l'ascite " dans un tube sec) seront plongés dans un tube de milieu de culture gardé à 4° puis mis à l'étuve à 37° dans le laboratoire de Cytogénétique. Ces tubes de milieu peuvent être préparés à l'avance et gardés congelés à -20°, décongelés pour utilisation (type RPMI), méthode que nous utilisons depuis de nombreuses années avec Nicole JOYE
- **pour virologie** : poumon, foie, cœur, ... cerveau, ascite, sang intracardiaque
- **pour cultures pour congélation** : peau ou muscle si foetus non macéré (parfois poumon) dans de nombreux cas de pathologie inconnue, de Syndromes malformatifs connus ou non,

de RCIU, de pathologie métabolique, dans les récurrences etc..**et en particulier si le couple est apparenté** (risque de maladie récessive autosomique)

- **pour microscopie électronique** : muscle, peau, autre...selon les cas

- **pour ADN et/ou étude biochimique** : muscle, poumon, foie etc... à - 80° ou dans l'azote liquide pour toute pathologie

dans certains cas, prélèvement dans l'isopentane refroidi dans l'azote liquide : muscle, en particulier dans les akinesie foetales

Au terme de l'examen foetopathologique, le corps du fœtus sera remis en état au mieux de façon à ce qu'il puisse être revu par les parents s'ils le souhaitent qu'il y ait des obsèques organisées par les parents ou par l'hôpital.

Lorsque **l'autopsie fœtale est terminée**, et que l'on a vérifié que tous les examens et prélèvements nécessaires ont été faits, que leurs résultats sont connus, on pourra mettre le **placenta dans le formol** pour être examiné ultérieurement après **l'avoir regardé** sous tous les angles, cordon, plaque choriale, membranes, plaque basale. On le rince afin d'éliminer le sang qui gênera l'examen de la plaque basale. Ce rapide coup d'œil sur le placenta est parfois riche de renseignements : HRP évident, insertion vélamenteuse du cordon, cordon très long et hypertorsadé, membranes de couleur ivoire, placenta extra-chorial, brides amniotiques etc... (cf cours placenta).

Dans certains cas, il sera nécessaire de faire des prélèvements pour caryotype et/ou culture de fibroblastes **sur le placenta** car le fœtus est macéré et les tissus fœtaux risquent de ne pas pousser. On sera amené à prélever (voir technique dans le cours) :

- de l'**amnios** qui pousse parfois très bien mais est souvent contaminé par le liquide amniotique.

- **Mais plutôt du chorion** : c'est le tissu qui a le meilleur résultat en culture, pour caryotype ou pour culture pour congélation (après avoir essuyé l'amnios avec des compresses stériles, le déchirer entre deux compresses et prélever avec des ciseaux et une pince environ 2cm² de chorion que l'on plongera dans un tube de milieu), en particulier lorsque le fœtus est macéré.

- des **villosités choriales** après avoir prélevé le chorion pour avoir une 2^{ème} chance d'avoir un résultat de caryotype ou à la recherche d'une **mosaïque placentaire en prélevant plusieurs "carottes"**.

Au terme de ce bilan, l'examen externe du fœtus a déjà donné de nombreux renseignements, on décrira l'aspect externe en notant tout ce qui nous paraît inhabituel (se méfier des dysmorphies faciales chez les fœtus macérés). On appréciera l'âge du fœtus en fonction des tables (voir cours sur la croissance), ce qui permet de dire s'il existe un RCIU, une macrosomie. On comparera les poids des différents viscères notés par rapport à des tables, **de Potter** pour les fœtus de moins de 500g et de **Larroche** pour les autres (selon ses habitudes). Les radiographies permettront d'apprécier la croissance par la **mesure des os longs**, la **maturation** avec les **points d'ossification** et de dépister des anomalies.

Puis **l'examen histologique** sera le plus possible systématique même si l'état du fœtus laisse envisager que la lyse des viscères est importante et gênera l'interprétation histologique. En effet, cet examen permettra au mieux (selon les cas) d'apprécier que le développement des

organes est en accord avec l'âge du fœtus et s'il existe des anomalies. L'examen histologique doit être systématique en particulier s'il existe des anomalies rénales, cérébrales.

Le **compte-rendu de l'examen** peut alors être rédigé, **il doit être clair, concis**, signalant les anomalies, ne se perdant pas dans des détails inutile. Il faut avoir à l'esprit que ce compte-rendu peut être lu par les parents, donc pas de comparaison zoologique (facies de batracien pour le fœtus anencéphale) et surtout que ce document ainsi que les photos, les radios et les résultats de tous les examens devront permettre de donner aux parents un conseil génétique éclairé.

Il faut rappeler que si **l'examen fœtopathologique** est le même pour tous les fœtus, les examens /ou prélèvements complémentaires doivent être adaptés à chaque cas. Cet examen doit être **optimum**, d'une part pour permettre de donner aux parents les renseignements dont nous disposons pour expliquer la mort foetale ou les malformations, d'autre part de faire un **conseil génétique** le plus précis afin d'orienter au mieux le suivi des grossesses ultérieures. La réalisation de l'examen foeto-placentaire bien conduit **participe** à la prise en charge psychologique des couples et ceci nous apparaît évident dans notre pratique quotidienne lors des consultations que nous réalisons auprès des couples et lors des entretiens avec le psychiatre attaché à notre Unité de Foetopathologie

Enfin, n'oubliez pas que :

***On ne trouve que ce que l'on cherche,
On ne cherche que ce que l'on connaît...***

**ANNEXE 6 : ACTIVITE D'AUTOPSIES FŒTALES – ELEMENTS
QUANTITATIFS ET ORIGINE DES FŒTUS DE MOINS DE 28
SEMAINES**

Hôpital Saint Antoine
Service d'histologie embryologie génétique - unité de foetopathologie

Activité d'autopsies fœtales - éléments quantitatifs
et origine des fœtus de moins de 28 semaines

ORIGINE	2001	2002	2003	2004
Total cabinets et cliniques privés	10	6	5	4
CH Villeneuve Saint Georges	57	42	27	32
CH Diaconesses	27	24	24	29
CH Esquirol	16	19	6	9
CH J. Cartier		2		
CH Bégin		3	5	6
H. Sud Francilien		5	5	
Maternité La Francilienne				7
Maternité Antony				10
CH de Melun	19	11	10	-
Autres CH	6			3
Total CH hors AP	125	106	77	100
SAINT ANTOINE	88	80	75	80
Tenon	46	32	26	30
Louis Mourier	2	2		
Rothschild	43	20	28	14
Jean Rostand	12	19	19	19
Total AP-HP	191	153	148	143
TOTAL GENERAL	326	265	230	243

Source : Statistiques reconstituées par la mission à partir des tableaux annuels d'activité fournis par le cadre supérieur du service d'histologie embryologie génétique – hôpital Saint Antoine

**ANNEXE 7 : ACTIVITE D'AUTOPSIES FŒTALES – ELEMENTS
QUANTITATIFS ET ORIGINE DES FŒTUS DE PLUS DE 28
SEMAINES**

Hôpital Saint Antoine
Service d'histologie embryologie génétique - unité de foetopathologie

Activité d'autopsie fœtale – éléments quantitatifs
et origine des fœtus de plus de 28 semaines

ORIGINE	2001	2002	2003	2004
Total cabinets et cliniques privés	4	6	7	5
CH Villeneuve Saint Georges	16	11	14	10
CH Diaconesses	3	3	2	6
CH Esquirol	6	8	1	4
CH Bégin			3	1
H. Sud Francilien		3	1	
Maternité La Francilienne				1
Maternité Antony				4
CH de Melun	2	4	3	
Autres CH	1		1	
Total CH hors AP	28	29	25	26
SAINT ANTOINE	16	9	10	13
Tenon	7	4	3	3
Rothschild	5	4	2	8
Jean Rostand	12	5	3	7
Total AP-HP	40	22	18	31
TOTAL GENERAL	72	57	50	62

Source : Statistiques reconstituées par la mission à partir des tableaux annuels d'activité fournis par le cadre supérieur du service d'histologie embryologie génétique – hôpital Saint Antoine

**ANNEXE 8: LETTRE DE LA MISSION IGAS-IGAENR EN DATE
DU 18 JANVIER 2006 ET RÉPONSE APPORTÉE PAR LA
DIRECTION DE L'HÔPITAL SAINT ANTOINE EN DATE DU
26 JANVIER 2006**

Paris, le 18 janvier 2006

La mission conjointe IGAS-IGAENR
à
Madame la directrice
de l'hôpital Saint Antoine
184, rue du Faubourg Saint Antoine
75571 Paris cedex 12

Objet : Mission IGAS-IGAENR – Chambres mortuaires et fœtus

Réf. : Saisine interministérielle du 2 août 2005

P. J. : (2) Eléments d'analyse relatifs à l'examen de dossiers concernant des fœtus conservés dans l'établissement (recueil de référence – 20 dossiers + garde de précaution – 27 dossiers)

Dans le cadre de la mission citée en objet, l'état des lieux des fœtus conservés au sein de votre établissement arrêté à la date du 21 octobre 2005 est le suivant :

- une liste de 176 fœtus dénommée par l'établissement « recueil de référence » ; cette liste était à cette date susceptible, d'après les professionnels exerçant dans votre établissement, d'être réduite à 94 fœtus selon des critères que la mission souhaite voir explicités ;
- une liste de 154 fœtus dite « garde de précaution » (dont l'expertise était à cette date considérée comme non close).

Les listes remises à la mission mentionnent les items suivants :
nom / numéro de dossier / référence des étagères de classement des boîtes renfermant les fœtus / établissement d'origine de ces fœtus / date d'expulsion / terme de la grossesse / pathologie.

Cependant, les premières listes remises ne donnent aucune information concernant l'état civil de ces fœtus, la finalité de la conservation (diagnostic médical individuel, recherches scientifiques, formation...). Elles ne précisent pas systématiquement l'existence ou non d'un compte rendu définitif d'autopsie. De plus, aucune information n'était immédiatement disponible sur le délai entre la réalisation de l'autopsie et la rédaction du compte rendu définitif de celle-ci.

Aussi des demandes complémentaires ont été formulées auprès des Professeurs SIFFROI et TAILLEMITE, ainsi que du docteur GONZALES pour obtenir ces éléments.

Des premières informations obtenues, et notamment d'une étude réalisée en interne par l'établissement à partir de 110 dossiers correspondant à 2 mois d'activité sur deux années, le Pr TAILLEMITE montre en ce qui concerne le délai de rédaction des comptes rendus d'autopsie (hors examen du cerveau) que :

- en 2002 le délai moyen était de 6 mois [2 à 12 mois]
- et qu'en 2004 le délai moyen a été réduit à 3 mois [1 à 10 mois].

Concernant les autres points, il revient donc à l'établissement :

1. d'attester de l'existence d'un compte rendu définitif pour chacune des autopsies réalisées et ainsi de valider la clôture de l'examen ;
2. d'attester pour chacun des corps son statut à la naissance et l'existence des documents réglementaires avant toute autopsie.

En effet, sur ce point, un des médecins de la mission a repris, à la mi-décembre, une cinquantaine de dossiers de fœtus dont le terme était supérieur à 28 SA (ou 22 SA après le 30 novembre 2001). Dans ce cadre ont été vérifiés notamment l'existence du consentement parental à l'autopsie, l'attestation des parents quant à leur souhait de ne pas organiser eux-mêmes les obsèques et la présence d'un document

attestant de la mort du fœtus. La demande médicale d'autopsie ainsi que l'autorisation administrative d'autopsie médicale et/ou scientifique du fœtus ont également été recherchées.

Les premiers résultats sont joints au présent courrier (annexes 1 et 2); certains documents n'ayant pas été retrouvés dans les dossiers classés en foetopathologie.

Vous voudrez donc m'apporter des réponses sur ces points.

3. de justifier l'intérêt médical et/ou scientifique d'une telle conservation en 2006 ;

4. de compléter les inventaires de tous les fœtus conservés par les items suivants :
information relative à l'état civil/ document attestant de la mort du fœtus à la naissance /existence d'un consentement écrit des parents à l'autopsie /attestation écrite des parents quant à leur souhait de ne pas organiser eux-mêmes les obsèques /finalité de la conservation/ autorisation administrative d'autopsie médicale et scientifique du fœtus / date du compte rendu définitif d'autopsie

Les nouveaux listings complétés seront renvoyés à l' IGAS datés et signés par les personnels responsables **pour le 27 janvier 2006 délai de rigueur. Un envoi par messagerie des listings rendus anonymes sera également fait (patricia.vienne@sante.gouv.fr).**

4. de transmettre les renseignements relatifs aux organes en attente (notamment cœurs et cerveaux):

Au 21 octobre 2005, 1367 organes de fœtus sont conservés, à savoir : 1013 cœurs, 339 cerveaux et 15 reins. Vous voudrez bien me préciser l'état actuel de réalisation des examens.

Concernant les cœurs, d'après le dernier entretien avec le docteur GONZALES, **les examens seraient terminés** sous réserve de les compléter par un examen avec une coupe des 4 cavités ; cette technique étant réalisée par un médecin de Marseille présent à Saint Antoine de façon ponctuelle et très limitée.

Les listes des cerveaux remises à la mission attestent que **plus de 300 examens de cerveaux restent à faire**.

Aussi je vous saurais de me préciser le devenir de ces organes ainsi, que si vous jugez que la réalisation de ces examens a toujours un intérêt médical (diagnostic individuel) et /ou scientifique, le calendrier et les moyens humains prévus pour terminer l'analyse de ces prélèvements.

La plupart de ces demandes ont déjà été formulées par la mission lors de l'entretien du 24 novembre 2005 avec le Professeur TAILLEMITE et le docteur GONZALES.

Je reste à votre disposition pour tout complément d'information utile.

Pour la mission conjointe

SIGNE

Docteur Patricia VIENNE
Membre de l' IGAS

Paris, le 26 Janvier 2006

Mission conjointe IGAS-IGAENR

Objet : Mission IGAS-IGAENR – Chambre mortuaire et foetus

Vous nous avez fait parvenir, par courrier électronique, le 18 janvier 2006 un ensemble de demandes complémentaires concernant l'état des lieux des foetus conservés au sein de notre établissement ainsi qu'un certain nombre d'organes liés à ces foetus.

Je vous prie de trouver, ci-dessous, les éléments de réponse que je suis en mesure de vous adresser dans le délai imparti du 27 janvier, que vous nous avez donné dans votre courrier.

- 1) Vous trouverez ci-joint les listes que vous nous avez demandées concernant d'une part les foetus conservés au titre du recueil des références et, d'autre part, ceux conservés au titre de la garde de précaution. Ces tableaux répondent à vos diverses demandes :
 - ✘ Critères expliquant les motifs de conservation dans le recueil de référence et critères expliquant secondairement la possibilité de ramener cette liste de 176 à 94 foetus : 82 dossiers ont donc été supprimés de la liste des 176 et apparaissent surlignés en rose dans la liste. Ces dossiers pourront être supprimés soit parce qu'ils ne présentent plus d'intérêt scientifique (gènes connus, publications faites) soit parce qu'il existe des doublons.
 - ✘ Vous trouverez également les colonnes que vous suggérez dans votre point n°4 dont une bonne partie sont remplies négativement. En effet, pour un certain nombre des documents, que vous évoquez, l'hôpital Saint Antoine respectant en cela les données réglementaires de l'époque, n'a pas rassemblé des documents qui ne s'appliquaient pas aux foetus de moins de 28 semaines (jusqu'au 30/11/2001) ou au moins de 22 semaines ensuite.
 - ✘ Dans certaines colonnes, le recensement négatif provient de l'ancienneté de certains dossiers pour lesquels des difficultés de gestion des archives nous a empêché de pouvoir reconstituer complètement les dossiers.

.../...

- 2) Concernant les comptes rendus définitifs d'autopsie, je suis en mesure d'attester de l'existence d'un compte rendu pour la quasi totalité des corps conservés. Pour certains d'entre eux, comme vous le verrez sur les dates, ces comptes rendus ont été faits postérieurement à votre mission d'inspection et achevés ces derniers jours. Il n'existe plus aujourd'hui que 12 dossiers dont les comptes rendus sont en attente sur ces 2 listes, 8 pour le recueil de référence et 4 pour la garde de précaution.
- 3) Concernant les collections d'organes, je suis en mesure de vous apporter les précisions suivantes :
- ✘ Le Docteur FREDOUILLE de l'hôpital de la Timone à Marseille, qui assure l'intégralité du travail d'expertise de pathologie en matière de cardiologie fœtale, était présent le 19 janvier à l'Hôpital Saint Antoine et j'ai pu vérifier avec elle, notamment au vu des carnets qu'elle tient depuis le début de son activité à l'Hôpital Saint Antoine, que l'ensemble des cœurs conservés (1013) ont bien fait l'objet d'un examen. Les raisons de leur conservation à l'Hôpital Saint Antoine s'expliquent par le fait que 400 d'entre eux sont inclus dans un travail qui devrait être publié dans les mois qui viennent concernant les cœurs des fœtus de trisomies 21 (200 cas de trisomie 21 plus 200 cas témoins). Leur conservation, jusqu'à l'acceptation définitive de la publication, fait partie des usages habituels en la matière. Pour tous les autres, il s'agit de cœurs correspondant à des pathologies dûment repérées dans les dossiers médicaux, pour lesquelles l'équipe médicale de foetopathologie, conjointement avec les experts en cardiologie, dont Madame FREDOUILLE, ont jugé indispensable de les conserver dans la mesure où ils constituent un échantillon utile pour les progrès diagnostiques dans ce domaine. A ce propos, je vous informe que l'équipe médicale s'est engagée dans un nouveau protocole (EPICARD) depuis le 31 mai 2005, qui est lié justement au niveau d'expertise développé dans ce service sur ce point. Par ailleurs, l'un des axes de développement majeur du département désormais transféré à Trousseau, sous la responsabilité du Professeur SIFFROI, consiste dans l'axe de cardiologie fœtale qui devrait être renforcé par un expert de très haut niveau probablement dès 2006.
 - ✘ L'Hôpital Saint Antoine, si la mission conjointe ne s'y oppose pas, proposera donc à l'Hôpital Trousseau que des démarches officielles de reconnaissance de cette collection de cœurs puissent être engagées pour des motifs d'intérêt scientifique.
- 4) Concernant les 339 cerveaux, le service avait prévu de procéder à l'achèvement des examens à faire qui dépendent là aussi de la participation d'experts extérieurs dans le cadre de la préparation du transfert à l'Hôpital Trousseau, de telle sorte que cet ensemble n'ait pas à être transféré. Pour des raisons que vous connaissez, j'ai demandé à l'équipe médicale de surseoir à cette activité de même que l'accès aux deux listes de fœtus a été suspendu, de telle sorte que tant que le rapport de la mission conjointe n'aurait pas été rendu, rien ne soit modifié dans l'état de l'existant. L'équipe médicale est prête à s'engager à réaliser les examens restants correspondant à des fœtus chez lesquels aucun diagnostic causal n'a été porté et pour lesquels persiste un doute sur l'existence d'une anomalie cérébrale. L'équipe médicale pourra ensuite procéder à l'élimination de ces pièces anatomiques dès que l'autorisation lui aura été donnée et sur une durée compatible avec le reste des activités du service, à savoir plusieurs semaines.

.../...

- 5) Concernant les 15 reins, il s'agit d'une collection constituée dans un but pédagogique et d'ailleurs qui bénéficie très clairement d'un mode de présentation qui montre cet aspect pédagogique (planches de présentation). Ce tout petit ensemble à vocation à être conservé en l'état et si la mission conjointe ne s'y oppose pas, nous proposerons à l'Hôpital Trousseau d'engager les démarches pour la reconnaissance de cette collection.

J'espère avoir pu répondre, par ce courrier et les tableaux joints, à l'ensemble des questions que vous avez évoquées.

Je me permets de vous informer qu'il n'a pas été facile à l'équipe médicale et paramédicale de notre service de consacrer tout le temps qui aurait été nécessaire à une réponse plus rapide à vos demandes répétées dans la mesure où, comme vous ne l'ignorez pas, se préparait le déménagement de l'équipe dans un nouvel hôpital. Celui-ci a été effectué par un encadrement médical et non médical qui reste partagé avec l'Hôpital Saint Antoine. Le nouveau chef de service, le Professeur SIFFROI, continue à exercer son activité à l'Hôpital Tenon et se trouve donc aujourd'hui partagé entre les hôpitaux Tenon, Trousseau et Saint Antoine.

Malgré tout cela, je vous remercie de ne pas douter que nous mettons tout en œuvre pour apporter les réponses les plus satisfaisantes à vos demandes.

La Directrice,

Chantal de SINGLY

**ANNEXE 9 : COLLECTION DITE DE REFERENCE : 176 FŒTUS
CONSERVES – NOMBRE DE FŒTUS CONSERVES EN
FONCTION DE L'ANNEE**

Hôpital Saint Antoine

Service d'histologie embryologie génétique – unité de foetopathologie

Collection dite de référence : 176 fœtus conservés

Tableau - Nombre de fœtus conservés en fonction de l'année

Année de conservation	Nombre de fœtus conservés	cumulés
1984	1	
1985	-	
1986	2	
1987	1	
1988	1	
1989	9	
1990	7	
1991	12	
1992	11	
1993	16	
1994	6	
1995	2	
1996	3	
1997	17	88 jusqu'en 1997
1998	31	
1999	27	
2000	16	
2001	6	80 de 1998 à 2001
2002	3	
2003	3	
2004	1	
2005	1	8 à partir de 2002
Total	176	

Source : tableau reconstitué par la mission à partir des documents transmis par l'hôpital

**ANNEXE 10 : FORMULAIRE UTILISE PAR LE CENTRE
HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE VILLENEUVE SAINT
GEORGES (ATTESTATION DE NAISSANCE, EXTRAIT DU
REGISTRE DES NAISSANCES ET FEUILLE DE
CONSENTEMENT SIGNEE PAR LES PARENTS)**

**CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE
VILLENEUVE SAINT GEORGES**

VAL DE MARNE

ATTESTATION DE NAISSANCE

Je soussigné(e) Sage-femme :
Docteur :

Certifie avoir accouché le _____ à _____ heures _____ minutes,

40 allée de la source à VILLENEUVE SAINT GEORGES,

Mme _____ née le :

Domiciliée à :

D'un enfant mort-né de sexe _____ prénommé _____

Au terme de _____ d'un poids de _____

Le :

Signature

Cette attestation n'a pas de valeur administrative ni juridique

Examen foetopatologique Feuille de consentement

Nous soussignés,
Madame, mademoiselle :
Adresse :

Monsieur :
Adresse :
Tel :

Certifions avoir été informés par :

Nom : Prénom :
Fonction :

- des buts et des modalités de l'examen foetopathologique.
- de la réglementation concernant le devenir du corps.

Donnons l'autorisation au Dr Marie GONZALES et ses collaborateurs

De l'unité de foetopathologie
Service du Pr TAILLEMITE
A l'hôpital SAINT ANTOINE

• De pratiquer l'autopsie de notre enfant :

NomPrénom.....
Né le : Au terme de :

Donnons aussi l'autorisation de pratiquer des prélèvements pour étude génétique si nécessaire (caryotype foetal, culture de cellules, étude en biologie moléculaire, etc....) et leur conservation en congélation.

Nous acceptons la réalisation de prélèvements et leur conservation pour l'enseignement et la recherche.

Nous acceptons l'utilisation des documents photographiques pour l'enseignement et/ou des publications scientifiques.

Nous souhaitons prendre en charges les obsèques.

Nous ne souhaitons pas organiser les obsèques et demandons que l'hôpital de Villeneuve saint Georges les prennent en charges conformément à la réglementation.

Fait à Villeneuve saint Georges, le.....

Signature de la mère

Signature du père

NB : une photocopie doit être remis aux parents

**ANNEXE 11 : SITUATION DES AGENTS DE LA CHAMBRE
MORTUAIRE DE L'HOPITAL SAINT ANTOINE**

I – LE CONSTAT : HOPITAL SAINT ANTOINE

SITUATION DES AGENTS EMPLOYES DANS LES CHAMBRES MORTUAIRES

EFFECTIFS NON CADRES		Ancienneté dans les fonctions au 1/1/2006			Nombre de formations suivies depuis l'entrée en fonction			Evolution synthétique des moyens dévolus aux chambres sur les 3 dernières années		
Grade	Corps	au sein de l'établissement	au sein de la chambre mortuaire	dans une chambre mortuaire hors établissement	technique	relationnelles	spécifiques à l'écoute des personnes en deuil	Effectifs	Crédits formation	Rénovation et mise aux normes des locaux
PO		≈7 ans	≈7 ans	13 ans >funérarium de la ville de VITRY			-Espace Ethique (journées) -mourir à l'hôpital (3 jours) -1ères assises Chambres mortuaires (1 jour)			- amélioration de l'accueil . environnement . mobilier - informatisation
AS		≈4 ans	≈4 ans	2 ans	-hygiène - le soin après la vie (6 j)		-Espace Ethique (journées)			
AH		≈3 ans	≈3 ans	- 5 mois TP - 8 mois mi-temps			-Espace Ethique (journées)			
AH		≈2 ans	≈2 ans	- ≈10 ans entreprise funéraire						
EFFECTIFS CADRES		Ancienneté dans les fonctions au 1/1/2006			Nombre de formations suivies depuis l'entrée en fonction			Evolution synthétique des moyens sur les 3 dernières années		
Grade	Corps	au sein de l'établissement	au sein de la chambre mortuaire	dans une chambre mortuaire hors établissement	technique	relationnelles	spécifiques à l'écoute des personnes en deuil	Effectifs	Crédits formation	Rénovation et mise aux normes des locaux
Cadre supérieur	Médico-technique (anatomie pathologique)	14 ans	4,5 ans				-Espace Ethique (journées) -mourir à l'hôpital (2 jours) -1ères assises Chambres mortuaires (1 jour)			

**ANNEXE 12 : LISTE DES DIFFERENTES TACHES A
EFFECTUER AU COURS D'UNE JOURNEE A LA CHAMBRE
MORTUAIRE DE SAINT ANTOINE**

UNE JOURNEE DANS LE SERVICE DE L'AMPHITHEÂTRE : DIFFERENTES TÂCHES EFFECTUEES.

47

.....
MISE A JOUR 08/2002 PAR AJ - J-PW - JN

➤ **A 7 HEURES : 1 Agent**

1. Contrôle et relevé d'identité des « entrants »
2. Transcription des données sur les différents supports
3. Remontée des corps pour les convois du jour
4. Réception du linge « propre »
5. Préparation du linge « sale » les mardi et vendredi

➤ **DE 7 HEURES 30 A 16 HEURES30 :**

1. Entretien des toilettes
2. Réception des cercueils - 1 Agent.
3. Accueil des familles pour les reconnaissances - l'Agent responsable (*puis l'Agent de garde*)
4. Réception des vêtements apportés par les familles – 1 Agent.
5. Organisation et suivi des départs de convois - l'Agent responsable.
6. Réception des vestiaires apportés par les services cliniques – 1 Agent.
7. Réception des demandes de prélèvements de cornée – 1 Agent.
8. Accueil et vérification des dossiers de demande d'autopsie – 1 Agent.
9. Accueil des corps de Rothschild – 1 Agent.

➤ **DE 7 HEURES 30 A 12 HEURES:**

1. Mise en bière des convois du jour – 2 Agents
2. Préparation des « boîtes » et / ou des cercueils pour les fœtus - 1 Agent.

➤ **DE 7 HEURES 30 A 16 HEURES :**

1. Accueil des toiletteurs - l'Agent responsable (*puis l'Agent de garde*).
2. Accueil des Ténatopracteurs - l'Agent responsable (*puis l'Agent de garde*).
3. Réception des fleurs des convois du jour ⇒ les stocker par convoi – 1 Agent.
4. Accueil et enregistrement des fœtus – 1 Agent.
5. Organisation des départs des fœtus innomés et / ou indigents - l'Agent responsable.

➤ **DE 9 HEURES A 12 HEURES :**

1. Habillage des corps pour les convois du lendemain –2 Agents.

2. Préparation des corps pour les reconnaissances – 1 Agent.

3. Eventuellement prise en charge de ou des autopsies -1 Agent.

NB : les « papiers » dûment remplis et signés, ainsi que le dossier médical doivent IMPERATIVEMENT parvenir avant 10heures.

➤ **DE 13 HEURES 30 A 15 HEURES 30:**

Distribution des draps « décès »aux services cliniques – 1 Agent.

➤ **APRES 16 HEURES :**

1. Préparation des cercueils pour les convois du lendemain - l'Agent de garde

2. Installation des cercueils dans les boxes en fonction du planning des départs - l'Agent de garde.

**ANNEXE 13 : EXTRAITS DU CLASSEUR DES PROCEDURES DU
BUREAU HOSPITALIER EN CHARGE DE L'ETAT CIVIL**

S O M M A I R E

L'AGENT DE L'ETAT CIVIL

SUPPORT DE TRAVAIL

LA DECLARATION DE NAISSANCE

ENFANT NATUREL : Enfant né de parents non mariés

ENFANT LEGITIME : Enfant né de parents mariés

PROCEDURES DE DECLARATION

ENFANT NATUREL

ENFANT LEGITIME

ENFANT RECONNU AVANT LA NAISSANCE

ENFANT NON RECONNU AVANT LA NAISSANCE

CAS PARTICULIERS

PARENTS ETRANGERS

ENFANT LEGITIME (l'enfant doit porter les 2 noms de famille)

ENFANT LEGITIME DEVENANT NATUREL

PARENTS MARIÉS OU DIVORCÉS

PERE INCARCERE, SANS RECONNAISSANCE ANTICIPEE

ENFANT DE SEXE INDETERMINE

ENFANT TROUVE

INCESTE ABSOLU

INCESTE RELATIF

POUR LES NAISSANCES «SOUS X»

ENFANT ABANDONNE

ADOPTION PLENIERE

ENFANTS DECEDES

- Pour les mort-nés
- Pour un embryon
- Pour les Embryons et les mort-nés

4 cas

- ❶ Enfant non viable, mort à la naissance (28 semaines)
- ❷ Enfant non viable (- 28 semaines), vivant quelques temps
- ❸ Enfant viable (+ 28 semaines), mort à la naissance
- ❹ Enfant viable, vivant quelques temps

Ce document a été réalisé par :
Mesdames LAURENT, RAMIN, COURAUD
Messieurs BRIDENNE, CANCES

- 2001 -

Service de l'Etat-Civil Hôpital Saint-Antoine

Transfert vers un autre établissement d'une maman ayant accouchée à la maternité de l'hôpital Saint-Antoine:

* Préciser le nom de l'établissement où la maman est transférée.

Pièces à demander aux parents suite à ce transfert :

> Pour un couple marié :

* demander le livret de famille ou le certificat de mariage traduit en français

> Pour un couple non marié ayant effectué une reconnaissance anticipée :

* si primipare, demander le certificat de la reconnaissance anticipée.

* si pluripare, demander le certificat de reconnaissance anticipée + le livret de famille.

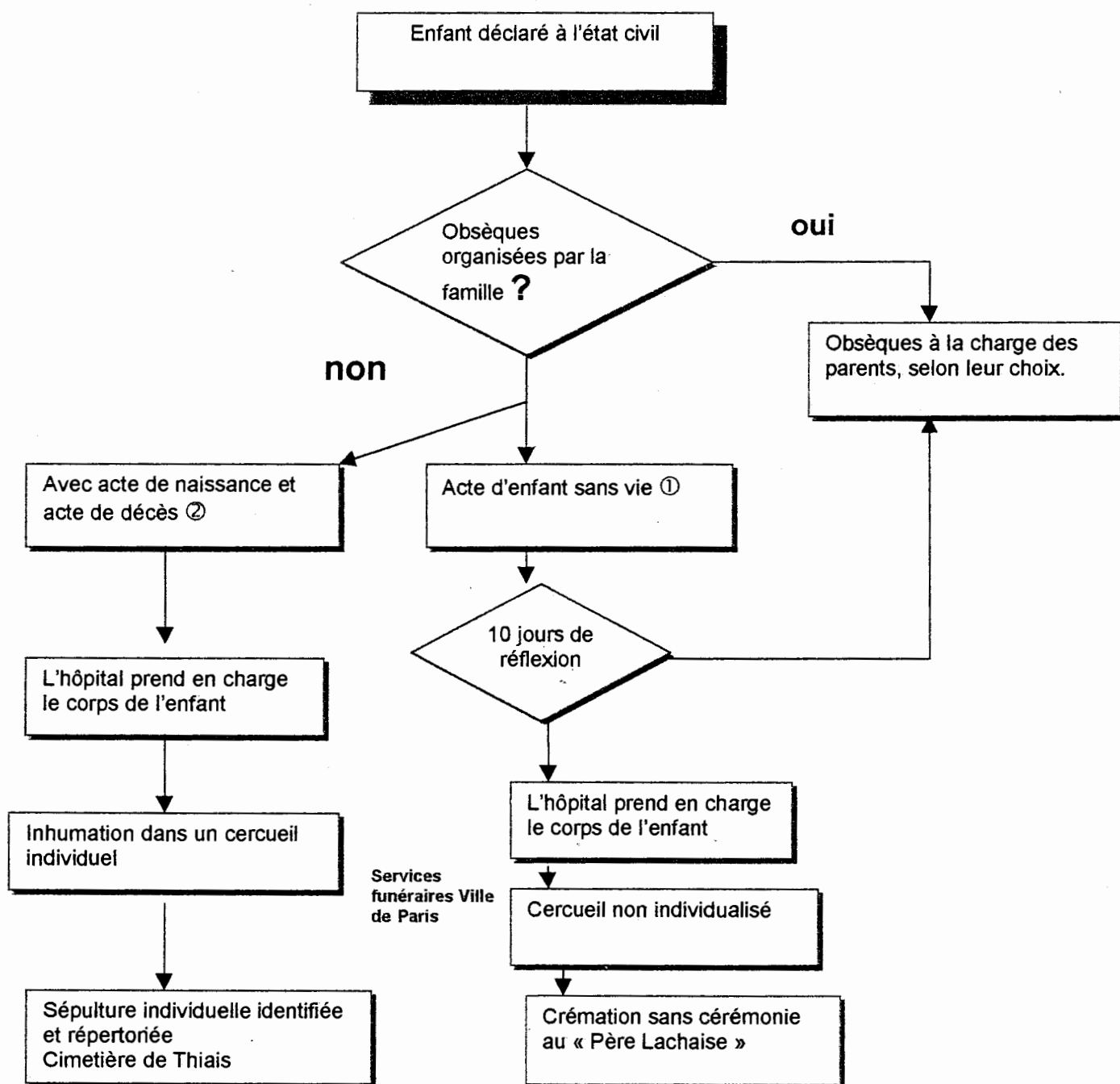
> Pour un couple non marié sans reconnaissance anticipée :

* se présenter au bureau de l'état-civil avec la pièce d'identité de la mère.

NB : Concernant la déclaration de naissance, nous vous rappelons que le délai réglementaire à respecter est de 3 jours.

Bureau de l'Etat-Civil - tél : 01.49.28.20.55

ENFANTS DECLARES A L'ETAT CIVIL



L'enfant peut être inscrit à l'état civil sous 2 formes soit :

- ① - avec un acte d'enfant sans vie s'il est né mort après 22 semaines d'aménorrhée
- ② - avec un acte de naissance puis un acte de décès s'il est né vivant et viable.

✓ Un enfant est considéré comme viable s'il naît à un terme au moins égal à 22 semaines d'aménorrhée ou s'il pèse plus de 500g.

✓ C'est au médecin d'établir un certificat de naissance indiquant que l'enfant est né vivant et viable.

ENFANTS NON DECLARES A L'ETAT CIVIL

Enfant non déclaré à l'état civil *

L'hôpital prend en charge le corps de l'enfant

Si l'enfant est inscrit au registre des embryons les parents, s'ils le souhaitent, peuvent organiser à leur charge des obsèques, selon leur choix. **

Cercueil non individualisé

« Services funéraires
Ville de Paris »

Crémation sans cérémonie
au
Cimetière Père-Lachaise

*Les enfants, morts avant 22 semaines d'aménorrhée, ne sont pas déclarés à l'état civil

**Les enfants non inscrits à l'état civil peuvent toutefois, dans certaines communes, à Paris notamment, être inscrits sur le registre des embryons tenu par la mairie.

ANNEXE 14 : GESTION DES APPELS DES FAMILLES

Date de saisie	Date de naissance	Lieu de naissance	Nombre de semaines	Passage laboratoire	Corps au laboratoire	Contact maternité	Contact état civil	Contact extérieur	Date départ	Destination	Date de réponse	Mode de réponse
11/08/05	03/11/60	Saint Antoine	?	?					10/11/60	ADH	11/08/05	téléphone
11/08/05	08/12/65	Saint Antoine	7 mois	?		x	x	x			09/09/05	téléphone
03/08/05	04/09/76	L. de Vinci	7 mois	x				x			11/08/05	téléphone
08/08/05	09/07/78	Tenon	9 mois	x				x		SA	12/08/05	téléphone
08/08/05	11/07/80	Creil	8 mois	x							23/08/05	courrier
05/08/05	30/08/81	Saint Antoine	25	x						SA	09/09/05	courrier
19/08/05	11/09/83	Saint Antoine	22	x						SA	24/08/05	courrier
03/08/05	27/05/85	Saint Antoine	35	x							30/08/05	courrier
08/08/05	21/07/85	Creil	?	x						SA	11/08/05	téléphone
05/08/05	14/08/86	Saint Antoine	8,5 mois	x							24/08/05	courrier
04/08/05	03/03/87	Villeneuve la Garenne	9 mois ?	x						SA	11/08/05	téléphone
09/08/05	01/04/87	Senlis	6,5 mois	NON							10/08/05	téléphone
08/08/05	21/12/88	Montmorency	9 mois	x						SA	11/08/05	téléphone
21/02/06	08/12/89	Nogent/Marne	?	x					?	?	06/03/06	famille demande CR autopsie
30/08/05	01/03/91	Brou	23	x					Hôp. R. Debré	R. Debré	29/09/05	courrier
03/08/05	11/04/91	Diaconnesses	35	x						ADH	23/08/05	courrier
05/08/05	16/04/91	Clinique Marignan	>28	x						Créteil	23/08/05	courrier
17/01/06	13/11/92	Creil	26-27	x					?	?	14/11/05	corps pas à Saint Antoine
20/09/05	23/02/93	Bon Secours	?	x						Créteil	29/09/05	courrier
05/08/05	24/05/94	Arpajon	jumelles/ 8 mois	?							réponse prête	pas de coordonnées
03/08/05	02/06/94	Saint Antoine	7 mois	x						Thiais	23/08/05	courrier
04/08/05	07/07/94	Saint Antoine	24	x						Créteil	réponse prête	Ne répond pas au tél.
23/01/06	19/01/96	Creil	24	x					07/02/96	ADH	15/02/06	inhumation à Thiais
04/08/05	03/03/97	Saint Antoine	28			x			20/03/97	ADH	réponse prête	pas de coordonnées
05/08/05	04/04/97	J. Rostand	7 mois	x					24/06/97	ADH	réponse prête	pas de coordonnées
05/08/05	18/07/97	Rothschild	27	x	x			x	20/10/05	Père Lachaise	RDV 10/8/05	
08/08/05	04/08/97	Tenon	18	x				x	?/06/01	Père Lachaise	11/08/05	courrier
04/08/05	30/11/97	Diaconnesses	?	x					09/02/98	ADH	réponse prête	pas de coordonnées
05/08/05	29/10/98	Saint Antoine	9 mois	x							22/08/05	téléphone
06/09/05	17/02/99	Saint Antoine	23	x						Créteil	07/09/05	téléphone
04/08/05	01/03/99	Bon Secours	27	x					18/09/01	Père Lachaise	23/08/05	courrier
05/08/05	23/03/99	Arpajon	8 mois	x							réponse prête	pas de coordonnées
10/08/05	23/06/99	Villeneuve St Georges	8,5 mois	x					30/06/99	Père Lachaise	11/08/05	téléphone
04/08/05	10/07/01	Saint Antoine	?	x					10/09/01	Père Lachaise	réponse prête	Ne répond pas au tél.
08/08/05	19/10/01	Saint Antoine	18	x							24/08/05	courrier
04/08/05	06/01/02	Saint Antoine	22	x					02/07/02	Père Lachaise	01/09/05	courrier
03/08/05	23/02/02	Rothschild	9 mois ?	x					14/03/02	Père Lachaise	08/08/05	téléphone
09/08/05	11/12/02	Villeneuve St Georges	5 mois ?	x					16/07/03	Père Lachaise	11/08/05	téléphone
03/08/05	23/02/04	Saint Antoine	5/6 mois ?	?					28/04/05	Père Lachaise	10/08/05	téléphone
09/08/05	11/09/04	Saint Antoine	?	NON					09/12/04	Père Lachaise	10/08/05	téléphone
11/08/05	08/11/04	Tenon	6 mois	x					08/02/05	Père Lachaise	11/08/05	téléphone
30/08/05	21/12/04	Saint Antoine	?	x	x				27/09/05	Père Lachaise	29/09/05	courrier
09/08/05	26/01/05	Pitié	23	x					31/05/05	Père Lachaise	10/08/05	téléphone
19/08/05	09/06/05	?	21	x					11/08/05	Père Lachaise	19/08/05	téléphone
19/08/05	08/08/05	Saint Antoine	25	x					31/08/05	Père Lachaise	19/08/05	téléphone

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ADH : amphithéâtre des hôpitaux
AP-HM : Assistance publique – hôpitaux de Marseille
AP-HP : Assistance publique – hôpitaux de Paris
ARH : agence régionale de l’hospitalisation
ASS : assistant de service social
AVEC : (pôle) appui veille évaluation contrôle (de l’AP-HP)
CCAM : classification commune des actes médicaux
CCNE : comité consultatif national d’éthique pour les sciences de la vie et de la santé
CCPPRB : comité consultatif de protection des personnes dans la recherche biomédicale
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
DESC : diplôme d’études spécialisées complémentaires
DIU : diplôme inter - universitaire
DU : diplôme universitaire
FC : fausse couche
HAS : haute autorité de santé
HCL : Hospices civils de Lyon
IFSI : institut de formation en soins infirmiers
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
IRM : imagerie par résonance magnétique
IVG : interruption volontaire de grossesse
MFIU : mort fœtale in utero
MRIICE : mission régionale et interdépartementale d’inspection, de contrôle et d’évaluation
NGAP : nomenclature générale des actes professionnels
OMS : organisation mondiale de la santé
PMI : protection maternelle et infantile
SA : semaine d’aménorrhée
SOFFOET : société française de fœtopathologie
SVP : Saint Vincent de Paul
UFR : unité de formation et de recherche