

PRESIDENTE

Tania Attie-Bitach

VICE-PRESIDENTES

Sophie Collardeau-Frachon
Annie Laquerriere

SECRETAIRE GENERALE

Charlotte Mechler

SECRETAIRE ADJOINT

Laurence Loeuillet

TRESORIER

Philippe Loget

TRESORIER ADJOINT

Fanny Pelluard

FORMATION CONTINUE

Tania Attie-Bitach
Annie Laquerrière
Fanny Pelluard

ÉTHIQUE ET LEGISLATION

Jacqueline Aziza
Madeleine Joubert
Laurence Loeuillet

NOMENCLATURE

Sophie Collardeau-Frachon
Annie Laquerriere
Marie-Hélène Saint Frison

ADICAP

Jacqueline Aziza
Laurence Loeuillet
Marie-Hélène Saint Frison

CONSEIL SCIENTIFIQUE

Tania Attie-Bitach
Sophie Collardeau-Frachon
Annie Laquerrière

COMMUNICATION

Sophie Blesson
Fabien Guimiot
Fanny Pelluard

Direction générale de l'offre de soins

Monsieur le Directeur General

Ministère chargé de la santé
14 avenue Duquesne
75350 Paris SP 07

Copies :

Monsieur Cédric Carbonnel

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins

Bureau de l'Innovation et recherche clinique (PF4)
14 avenue Duquesne
75350 Paris SP 07

Agence de la biomédecine

Madame la Directrice générale de l'ABM
1 avenue du stade de France
93212 SAINT-DENIS LA PLAINE Cedex

Haute Autorité de Santé

Monsieur le président du collège
2 Avenue du Stade de France
93210 Saint-Denis La Plaine

Monsieur le Président de la Société Française de Pathologie

Pr Jean-Yves SCOAZEC
Département de Biologie et de Pathologie Médicales
Institut Gustave Roussy
114 rue Edouard Vaillant
94805 VILLEJUIF cedex

Monsieur le Président du Collège des Pathologistes

Pr Jean-François FLEJOU
Service d'anatomie et cytologie pathologiques
Hôpital Saint-Antoine
184 rue du Faubourg Saint-Antoine
75571 PARIS cedex 12

Contact : Lilia Ben Slama, chargée de Mission SoFFoet
Filière de Santé maladie rares AnDDI-Rares
Institut Imagine – Hôpital Necker-Enfants Malades
1^{er} étage- bureau 150
24 boulevard du Montparnasse 75015 Paris
Tel. 01 44 49 54 57
Mail: contact@soffoet.fr

PRESIDENTE

Tania Attie-Bitach

VICE-PRESIDENTES

Sophie Collardeau-Frachon
Annie Laquerriere

SECRETAIRE GENERALE

Charlotte Mechler

SECRETAIRE ADJOINT

Laurence Loeuillet

TRESORIER

Philippe Loget

TRESORIER ADJOINT

Fanny Pelluard

FORMATION CONTINUE

Tania Attie-Bitach
Annie Laquerrière
Fanny Pelluard

ÉTHIQUE ET LEGISLATION

Jacqueline Aziza
Madeleine Joubert
Laurence Loeuillet

NOMENCLATURE

Sophie Collardeau-Frachon
Annie Laquerriere
Marie-Hélène Saint Frison

ADICAP

Jacqueline Aziza
Laurence Loeuillet
Marie-Hélène Saint Frison

CONSEIL SCIENTIFIQUE

Tania Attie-Bitach
Sophie Collardeau-Frachon
Annie Laquerrière

COMMUNICATION

Sophie Blesson
Fabien Guimiot
Fanny Pelluard

Monsieur le Président de la Fédération Française des CPDPN

Pr Jean-Marie JOUANNIC
Service de Gynécologie-Obstétrique
Hôpital Trousseau
26 Avenue du Dr Arnold Netter
75012 Paris

Madame la Présidente du Collège Français d'Echographie Fœtale

Dr Marianne FONTANGES
Aquitaine Santé – Polyclinique Jean-Villar
Avenue Maryse Bastié
33523 Bruges Cedex

Monsieur le Président du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

Pr Bernard HEDON
91 Boulevard de Sébastopol
75002 Paris

Monsieur le Président de la Société Française de Néonatalogie

Pr Elie SALIBA
Hôpital d'Enfants Gatien de Clocheville
Service de Réanimation Pédiatrique et Néonatalogie
49, boulevard Béranger
37044 Tours Cedex 9

Madame la Présidente de l'ANCReMIN (Association Nationale des Centres de Référence Mort Inattendue du Nourrisson)

Dr Inge HARREWIJN
Hôpital Arnaud de Villeneuve
CRRMIN, Service de Pédiatrie Néonatale et Réanimations
CHRU de MONTPELLIER
375, avenue du doyen Gaston Giraud
34295 MONTPELLIER CEDEX 5

Monsieur le Président du Groupe Francophone de Réanimation et Urgences Pédiatriques, GFRUP

Pr Stéphane DAUGER
Hôpital Robert Debré
48 boulevard Sérurier
75019 Paris

Le 19 Octobre 2015

Objet : disparition des actes hors nomenclatures concernant les autopsies fœtales et néonatales

Mesdames, Messieurs,

La Société Française de Fœtopathologie souhaite alerter nos tutelles de son extrême **inquiétude quant à la disparition des actes hors nomenclature (AHC)** qui pouvaient jusqu'à présent être appliqués aux actes d'autopsies fœtales, néonatales et pédiatriques, suite à la circulaire DGOS/PF4/2015/258. La disparition des AHC posent 2 problèmes : celui du **financement** et celui de la **reconnaissance des actes** d'autopsies fœtales, néonatales et pédiatriques.

Les actes AHC de la nomenclature de Montpellier nous permettaient jusqu'alors d'avoir un reflet réel du coût engendré par cette activité et du financement nécessaire à son bon fonctionnement, afin de répondre à la demande des familles et des cliniciens confrontés à un échec de grossesse ou un décès périnatal. **Par ailleurs, ils permettaient aussi de faire valoir notre activité** au sein de nos services et de l'institution, pour le maintien et l'attribution des postes médicaux et non médicaux nécessaires à cette activité.

- **L'autopsie d'un fœtus ou d'un nouveau-né âgé de moins de 4 jours de vie** est actuellement **cotée 61,60 euros à la CCAM**. En moyenne **2772 AHC pouvaient jusqu'à présent être appliqués en plus** pour cette activité (annexe 1), soit un coût moyen estimé à **776.16 euros** (pour 1 AHC à 0.28 euros), selon les règles de bonnes pratiques HAS. **Les AHC pouvant être appliqués aux autopsies de fœtus ont disparu.**

- **L'autopsie pédiatrique d'un enfant qui décède après 4 jours de vie** que ce soit dans un service de néonatalogie, de réanimation pédiatrique ou dans le cadre d'une mort inattendue du nourrisson, **n'est actuellement pas cotée à la CCAM**. En moyenne **4950 AHC pouvaient jusqu'à présent être appliqués** pour cette activité (annexe 1) soit un coût moyen estimé à **1386 euros** (pour 1 AHC à 0.28 euros). Dans la liste complémentaire « des actes pouvant faire l'objet d'une évaluation par la HAS et, le cas échéant, d'une prise en charge ultérieure de droit commun par la collectivité » (annexe 3) de la circulaire DGOS/PF4/2015/258, **620 AHC** (respectivement A091 et A092) +/- 120 AHC (A093 dans le cas d'un prélèvement de moelle épinière) équivalents à un montant de **173.60 euros à 207,20 euros sont proposés pour la prise en charge d'une autopsie pédiatrique.**

Ces montants sont tout à fait insuffisants et très largement en dessous des tarifs pratiqués par nos confrères Européens ou Nord-Américains (annexe 2 : communiqué de presse de l'Académie de médecine). Le coût versé pour une autopsie de fœtus est de 800 euros en Grande-Bretagne et de 1200 euros aux Etats-Unis.

Nous avons pris connaissance de la note d'information concernant la modélisation de la MIG « mortalité périnatale » campagne 2015 (annexe 4) : une enveloppe de 1.5 million d'euros est proposée pour la prise en charge des **foetus de plus de 22 semaines d'aménorrhée ou pesant plus de 500g** (redéploiement depuis la MERRI Centre pluridisciplinaires de diagnostic prénatal CPDPN : prélèvement d'un montant de 10% de la dotation de chaque CPDPN). Concernant cette MIG « mortalité périnatale », nous souhaitons souligner que :

- 1/ **Les autopsies fœtales ne concernent pas que les foetus de plus de 22 semaines d'aménorrhée ou pesant plus de 500g**, puisque des autopsies sont de plus en plus souvent réalisées sur des foetus de moins de 22 SA, les interruptions médicales de grossesse étant effectués de plus en plus tôt au vues des progrès de l'imagerie anténatale qui permettent un dépistage de plus en plus précoce des malformations fœtales.
- 2/ **Toutes les autopsies fœtales ne transitent pas par les CPDPN**, ceux-ci étant chargés de statuer sur les indications **d'interruption médicale de grossesse**, régies par le **code de la santé publique, art. L. 2213-1 et s. et R. 2213-1 et s** : « L'interruption volontaire d'une grossesse peut, à toute époque, être pratiquée si deux médecins membres d'une équipe pluridisciplinaire attestent, après que cette équipe a rendu son avis consultatif, soit que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme, soit qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic". **Les morts fœtales *in utero* et fausses couches spontanées précoces, qui représentent 2/3 des autopsies fœtales, peuvent survenir dans n'importe quel service d'obstétrique, et ne transitent pas par les CPDPN.** Des conventions basées sur les AHC avaient été établies avec de nombreux établissements de santé publics et privés pour la réalisation d'autopsies fœtales provenant de ces établissements ne disposant pas de fœtopathologistes ou de laboratoires agréés ou équipés pour cette pratique. Avec la disparition des AHC, **ces conventions risquent d'être considérées comme caduques et de créer une inégalité de prise en charge sur le territoire.**
- 3/ Selon cette même note d'information, une enveloppe de 2.2 millions d'euros pour la prise en charge des morts inattendues du nourrisson (décès inexplicés d'enfants de moins de 2 ans) est déployée au centre MIN régional. **Les nouveau-nés hospitalisés qui décèdent dans les services de néonatalogie** (exemple de naissance prématurée, nouveau-nés naissants malformés en cas de grossesse non-suivie ou non souhait d'IMG) **ou de pédiatrie** (d'une pathologie non expliquée) **ne relèvent pas des centres MIN : 433 autopsies d'enfants ont été réalisées en France métropolitaine en 2013 (cf rapport de l'Académie de Médecine).**
- 4 / En 2013, **6541 actes de fœtopathologie** ont été recensés en France métropolitaine (annexe 5 : rapport de l'Académie de médecine, chiffres issus de l'enquête nationale de la SOFFOET). Cette enveloppe, dont par ailleurs on ne sait comment se ferait le redéploiement, n'est pas suffisante puisqu'elle **ne couvrirait que 229 euros pour une autopsie fœtale** effectuée en France métropolitaine en tenant compte du nombre d'actes de fœtopathologie réalisés en 2013.

Au total ne sont pas prises en compte par le législateur, les autopsies de foetus de moins de 22 SA et/ou moins de 500g et toutes les autopsies pédiatriques hors cas de MIN. Les montants estimés par le législateur pour les autopsies fœtales, néonatales et pédiatriques ne sont pas adaptés aux coûts réels de ces actes.

Nous rappelons enfin que les autopsies fœtales, néonatales et pédiatriques sont des **examens longs et complexes, qui s'étalent souvent sur plusieurs jours, voire plusieurs semaines, devant être nécessairement pratiqués par une équipe expérimentée et profondément motivée. Le temps médical moyen est évalué à au minimum 5 heures, pour une autopsie fœtale, est au minimum 8h pour une autopsie néonatale ou pédiatrique. Le temps technicien varie de 1h à parfois plus de 3 heures, le temps aide laboratoire est estimé à 2 h en moyenne et le poste secrétariat à 1h30.**

Les actes AHC nous permettaient jusqu'alors de faire valoir cette activité au sein des services et de l'institution. Leur disparition met en péril cette activité puisqu'en 8 h (temps pour une autopsie non cotée ou sous cotée), nos confrères prennent en charge 10 tumeurs et 20 biopsies (actes bien cotés à la CCAM). Au même titre que la prise en charge d'une biopsie ou d'une pièce opératoire adressée pour suspicion de tumeur, il s'agit d'une activité à visée diagnostique.

La disparition des AHC pour les autopsies de fœtus et la faible cotation des actes de la liste complémentaire proposée pour les autopsies pédiatriques risquent, d'entraîner un abandon progressif de cette activité par les rares services hospitaliers qui les pratiquent, de conduire à une inégalité de soins sur le territoire avec un retentissement dans le cadre de la politique de santé publique, dont une des priorités est d'améliorer les taux de mortalité périnatale, la France étant actuellement classée au 17^{ème} rang, altérant gravement la prise en charge des patients et de leur famille.

Il est donc impératif et urgent de trouver une solution soit en maintenant les AHC en liste complémentaire à leur juste valeur, soit en revalorisant ces actes à la CCAM. Une solution serait d'appliquer un coefficient multiplicateur à l'activité des pathologistes qui effectuent des autopsies, à l'instar de nos collègues nord-américains (annexe 6: John H. Sinard, 2013).

Nous restons à votre disposition pour de plus amples renseignements, et discuter toute autre solution que vous pourriez avoir envisagé.

Nous vous prions d'agréer, Mesdames, Messieurs, nos respectueuses salutations.

Pour le bureau de la SOFFOET,
Dr Sophie COLLARDEAU-FRACHON et Pr Annie LAQUERRIERE,
Vice-Présidentes et responsables nomenclature

Pr Tania ATTIE-BITACH,
Présidente



Contact : Lilia Ben Slama, chargée de Mission SoFFoet
Filière de Santé maladie rares AnDDI-Rares
Institut Imagine – Hôpital Necker-Enfants Malades
1^{er} étage- bureau 150
24 boulevard du Montparnasse 75015 Paris
Tel. 01 44 49 54 57
Mail: contact@soffoet.fr

Annexe 1 : détails des AHC qui pouvaient jusqu'à présent être appliqués

AHC qui pouvaient être appliqués jusqu'à présent pour cette activité :

Autopsie de fœtus et nné jusqu'à 4 jours de vie	AHC	Nombre (moyenne)		Total en euros (1AHC à 0.28 euros)
	dénomination	valeur	nombre	
Bloc en paraffine fœtus et placenta	A005	100	20	560
Fœtus: congélation par tube	A051	100	1	28
Fœtus: dossier d'imagerie annexé au dossier	A052	150	1	42
Fœtus: examen radiographique : squelette total, face et profil	A057	32	1	8.96
Fœtus: prélèvement et dissection du bloc viscéral	A058	360	1	100.8
Fœtus prélèvement et examen macroscopique de l'encéphale	A059	120	1	33.6
Enregistrement et gestion des données dans logiciel tissuthèque, par demande d'examen	A066	10	1	2.8
TOTAL			2772	776.16 euros

autopsie enfant > 4j de vie jusqu'à 2 ans	AHC	Nombre (moyenne)		Total en euros (1AHC à 0.28 euros)
	dénomination	valeur	nombre	
Autopsie enfant 4j à 2 ans	A089	45	1	12.6
Bloc en paraffine autopsie	A011	100	35	980
Nécropsie : examen macroscopique et histologique/organe individualisé	A012	120	5*	168
Nécropsie : dossier imagerie annexé au dossier	A013	150	1	42
Nécropsie: prélèvement et dissection du bloc viscéral	A086	360	1	100.8
Nécropsie: examen macroscopique externe	A087	120	1	33.6
Examen macroscopique du cerveau	A047	120	1	33.6
Congélation de tissu non tumoral (par tube)	A107	45	1	12.6
Enregistrement et gestion des données dans logiciel tissuthèque, par demande d'examen	A066	10	1	2.8
TOTAL			4950	1386 euros

*5 appareils : cardiorespiratoire (cœur et poumons), digestif, génito-urinaire, endocrine (pancréas, surrénales, thyroïde) et hématopoïétique (rate, foie, thymus, moelle osseuse)

Annexe 2 : communiqué de l'Académie de médecine



Accueil > Actualité > Le coût des autopsies médico-scientifiques doit être justement évalué

Le coût des autopsies médico-scientifiques doit être justement évalué

Publié le 6 octobre 2015

Communiqué de presse

Le coût des autopsies médico-scientifiques doit être justement évalué

L'Académie nationale de médecine a rappelé, dans son rapport du 7 avril 2015^[1], la contribution majeure de l'autopsie médico-scientifique dans l'amélioration du diagnostic médical, la qualité des soins, la santé publique, l'épidémiologie et la recherche médicale. Elle a souligné la quasi-disparition de cet acte en France. Elle en a énuméré les causes et recommandé que leur financement soit assuré au titre des MIGAC et/ou MERRI. En effet, l'une des causes qui dissuadent de la pratique des autopsies est le défaut de financement. La «mort annoncée de l'autopsie médicale»² ne peut être combattue que si cet acte devient justement rémunéré.

L'Académie nationale de médecine a pris connaissance du référentiel des actes innovants hors nomenclature de biologie et d'anatomocytopathologie (RIHN) et de la liste complémentaire d'actes «pouvant faire l'objet d'une évaluation par la Haute Autorité de Santé (HAS) et, le cas échéant, d'une prise en charge ultérieure de droit commun par la collectivité ou de l'obtention d'un service attendu Insuffisant par la HAS», datés du 20 août 2015³.

L'Académie s'alarme de la modicité des cotations des actes d'autopsie médico-scientifique. L'autopsie sans examen du système nerveux est rémunérée 140 € à l'Hôpital. Lorsque le cerveau ou la moelle sont étudiés, la rémunération supplémentaire versée à l'Hôpital est de 33,60 €. Ces montants sont sans rapport avec la complexité de l'acte, les multiples techniques qu'il nécessite et les informations qu'on peut en tirer.

A titre comparatif, la rémunération des autopsies aux Etats-Unis (Harvard Medical School) est de 1 500 US \$ (soit 1 325 €), lorsqu'elle est limitée au cerveau, et de 2 500 US \$ (2 200 €), si elle est complète. Au Royaume-Uni (MRC) l'autopsie médico-scientifique limitée au cerveau est rémunérée 2000 livres (soit 2 800 €).

En conclusion, l'Académie nationale de Médecine recommande une réévaluation financière des autopsies médico-scientifiques par la Commission de nomenclature de la CNAM, en prenant en compte l'importance pour la collectivité de la réalisation de cet acte.

[1] Hauw JJ, Lecomte D, au nom d'un Groupe de travail: Les autopsies médico-scientifiques sont indispensables au progrès médical. Rapport publié le 7 avril 2015

2 Hauw JJ. Mort annoncée de l'autopsie médicale chez l'adulte. Perte de solidarité après la mort. Revue Hospitalière de France, 2013 ; 552 : 62-5.

3 Liste_complementaire_V2015.xlsx <http://www.sante.gouv.fr/le-referentiel-des-actes-innovants-hors-nomenclature-de-biologie-et-d-anatomocytopathologie-rihn.html>

« Déplister la dyslexie et les troubles associés Communiqué de presse, le 7 octobre 2015 : L'exposition à la lumière la nuit peut nuire à la santé »

Publié dans Actualité

Annexe 3 : proposition actuelle de la DGOS, liste complémentaire

A091	Autopsie enfant (> 4 jours et < 15 ans et 3 mois) : bloc viscéral	AHC 500	140,00 €
A092	Autopsie enfant (> 4 jours et < 15 ans et 3 mois) : cerveau	AHC 120	33,60 €
A093	Autopsie enfant (> 4 jours et < 15 ans et 3 mois) : moelle épinière	AHC 120	33,60 €

Annexe 4

**Note d'information concernant la modélisation de la MIG
« Mortalité périnatale »
Campagne 2015**

Cette nouvelle MIG est issue de la modélisation de la MERRI historique « Centres de référence sur la mort inattendue du nourrisson » avec intégration de la prise en charge des mort-nés.

1. Contexte et enjeux

La MERRI « Centres de référence sur la mort inattendue du nourrisson » (MIN) finançait les centres de référence dédiés à la prévention, à la formation des professionnels et à la prise en charge des enfants décédés et de leur famille.

En 2007, la Haute Autorité de santé a publié des recommandations de prise en charge des MIN. Après enquête de l'Institut de veille sanitaire en 2009, ces recommandations s'avèrent très inégalement suivies.

Des campagnes de prévention menées dans les années 1990 ont permis de diminuer sensiblement le nombre des MIN. Cette pathologie concerne cependant encore 400 à 500 nourrissons par an, dont 50 à 70% demeurent des décès inexpliqués. Elle constitue ainsi la première cause de mortalité entre 1 mois et 1 an en France. Selon l'Association des centres de référence sur la mort inattendue du nourrisson (ANCREMIN), un décès sur deux est évitable grâce à la diffusion des conseils de prévention (sur le matériel de puériculture, le partage du lit, la position de couchage, le portage...). Ces centres ont également vocation de participer à la recherche sur les causes de MIN, notamment grâce à la participation à l'observatoire national des MIN (basé au CHU de Nantes).

Des travaux visant à modéliser la MIG « mort inattendue du nourrisson » ont été initiés début 2014 afin de permettre le financement équitable de tous les centres ainsi que de surcoûts liés à la prise en charge des mort-nés.

La prise en charge des mort-nés est un enjeu de santé publique majeur. En effet, comparativement aux autres pays de l'UE, la France présente un nombre de mort-nés important, elle est au 17^e rang en matière de mortalité néonatale : la sécurité de la naissance doit être encore améliorée⁴. La très faible part d'autopsies réalisées (estimée à 10%) ne permet pas la plupart du temps, au niveau individuel, de définir les causes du décès alors que cette recherche constitue une nécessité pour prévenir les complications lors des grossesses ultérieures ; elle ne permet pas non plus de comprendre le fort taux de mortalité constaté en France, ni de développer la recherche et les actions correctrices nécessaires. Le manque de compréhension des causes de décès reste un enjeu important pour adapter si besoin la politique de périnatalité.

2. Analyse de la situation

Historiquement, les centres de référence sur la mort inattendue du nourrisson ont été désignés par la circulaire DGS/DH du 23 décembre 1987. Cette liste des centres doit cependant être actualisée : 30 centres de référence sont recensés actuellement.

Financement de la prise en charge des mort-nés

Le futur modèle proposé intègre le financement des surcoûts de la prise en charge des mort-nés, dans un contexte national et international qui nécessite une mobilisation sur ce sujet : fin du moratoire de l'Union Européenne pour le décompte des mort-nés, taux de mortalité très élevé en France par rapport à nos voisins européens, publication de la recommandation de la HAS sur la fœtopathologie en 2014, remontées par les ARS de difficultés d'organisation et de financement de la prise en charge des mort-nés.

⁴ Rapport cour des comptes, janvier 2015, Les Maternités

La publication par la HAS en janvier 2014 d'un protocole type d'examen foeto-placentaire (EFP) décrit les moyens à mettre en œuvre par les établissements de santé. Toute mort foetale ou néonatale spontanée doit pouvoir faire l'objet d'un EFP complet après l'accord de la famille. Pour les Interruptions Médicales de Grossesse, l'indication d'un EFP est posée par le Centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CPDPN).

L'activité de fœtopathologie est en grande partie liée à la prise en charge en Centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CPDPN). Environ 2/3 des examens fœtopathologiques concernent des morts fœtales in utero, 1/3 concerne des IMG. Les autopsies toutefois sont réalisées en dehors du périmètre du CPDPN, dans des services d'anapathologie spécialisés qui prennent le plus souvent également en charge le corps des enfants décédés par MIN.

Un redéploiement de la MERRI CPDPN vers la MERRI « mortalité périnatale » est ainsi effectué afin de financer les surcoûts de la prise en charge des mort-nés et regrouper ainsi les sujets relatifs aux décès périnataux. Un montant de 10% de la dotation de chaque CPDPN est prélevé à cet effet. Ce redéploiement est homogène à chaque centre dans la mesure où chacun d'entre eux induit des examens de fœtopathologie.

Cette clarification dans l'attribution des financements permettra de donner un signal aux établissements pour investir le sujet de la prise en charge des mort-nés, en contrepartie du financement alloué.

L'examen autopsique décrit par la HAS comprend :

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

Au cours de cet examen, il est procédé à un inventaire exhaustif des lésions et à de multiples prélèvements. Le plus souvent, le diagnostic est établi soit directement, soit au cours d'une réunion pluridisciplinaire. D'autres fois, on se limitera à un inventaire devant un ensemble lésionnel qu'on ne peut pas, en l'état actuel des connaissances, rattacher à une pathologie précise.

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

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

Les ARS devront inciter les établissements à organiser cette prise en charge complète. Il est escompté à terme la réalisation d'un plus grand nombre d'autopsies à fins de prévention.

Il est à noter que la prise en charge des frais de transport ne revient pas à la famille, mais à l'établissement. En cas de transfert du corps, les modalités de facturation sont définies par convention entre les établissements.

3. Modélisation de la MIG « Mortalité périnatale » pour la campagne 2015

1/ Mise à jour de la circulaire de 1986 via la publication d'un cahier des charges des centres

La mise à jour de la circulaire prendra la forme d'un cahier des charges, réalisé en concertation avec les sociétés savantes et des représentants des ARS. Il permettra de :

- Rappeler les missions des centres ;

- préciser nos attentes vis-à-vis de ces centres : notamment sur la communication des rapports d'activité, le respect de la recommandation HAS, la participation à l'observatoire national des MIN et à la recherche.

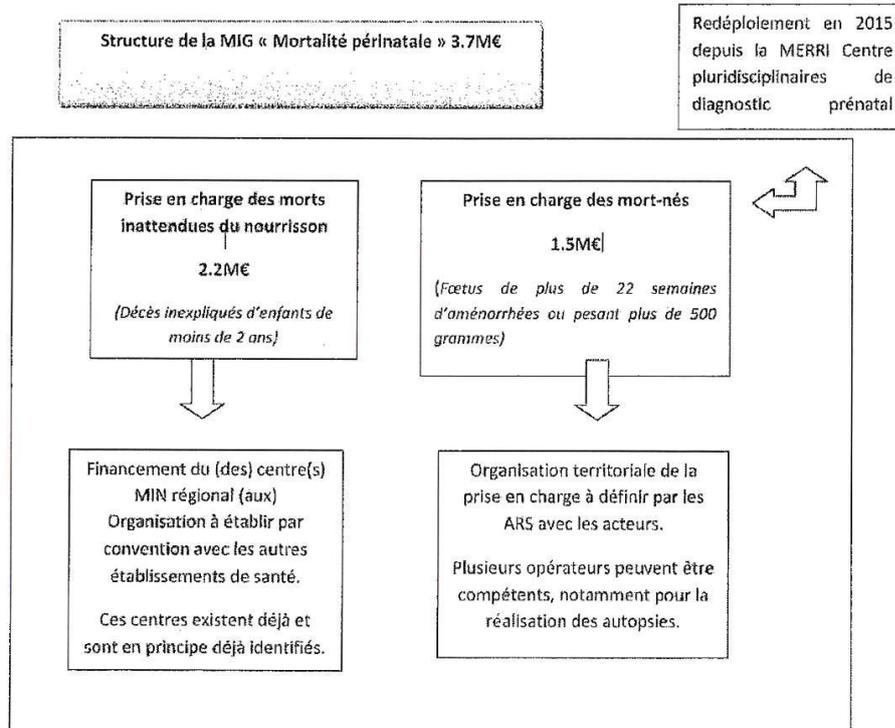
La publication du cahier des charges relatif aux missions des centres en 2015 permettra aux ARS de contractualiser sur les missions attendues.

2/ Eléments de modélisation de la MIG

Les dotations sont définies au niveau régional, de manière indicative (non JPE) pour permettre aux ARS de moduler les dotations en fonction des centres s'il y en a plusieurs (cas de la Bretagne et de l'Île-de-France). Les dotations régionales sont basées sur des indicateurs de santé publique : le nombre de mort-nés et de MIN, corrélé au nombre de naissances de la région. Le tableau ci-dessous précise la part de la dotation qui revient à minima au centre MIN.

Les dotations régionales intègrent également une partie destinée au financement des surcoûts de la prise en charge des mort-nés que l'ARS déléguera aux établissements concernés selon l'organisation territoriale qu'elle souhaite retenir.

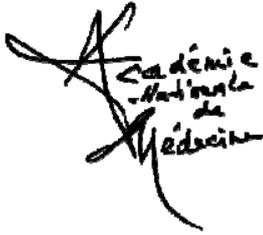
En l'absence de prise en charge spécialisée dans certaines régions, le financement sera attribué à une autre région qui devra réaliser la prise en charge des mort-nés et/ou des MIN.



Documents de référence :

- Futur cahier des charges définissant les missions des centres sur la mort inattendue du nourrisson
- Recommandation HAS : « Protocole type d'examen autopsique foetal ou néonatal »
http://www.afaqap.org/IMG/pdf/protocole_examen_foetal_neonatal_rapport_elaboration_cd_2014_0528_vd.pdf
- Recommandation HAS : « Prise en charge en cas de mort inattendue du nourrisson » :
http://www.has-sante.fr/portail/icms/c_533467/fr/prise-en-charge-en-cas-de-mort-inattendue-dunourrisson-moins-de-2-ans

Annexe 5 :



ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE

16, rue Bonaparte - 75272 PARIS CEDEX 06
Tél. : 01 42 34 57 86

RAPPORT Les autopsies médico-scientifiques sont indispensables au progrès médical

Medical and scientific autopsies are essential to progress in medicine

MOTS-CLÉS: AUTOPSIE MÉDICO-SCIENTIFIQUE, UTILITÉ, DÉCLIN, COÛT, ENSEIGNEMENT.

KEY-WORDS: AUTOPSY FOR MEDICAL AND RESEARCH PURPOSES, USEFULNESS, DECLINE, COST, TEACHING.

Dominique LECOMTE, Jean-Jacques HAUW (Rapporteurs)

Au nom d'un groupe de travail de la commission I (Biologie)

Membres du groupe de travail: Dominique Carles, Jean-Jacques Hauw (Secrétaire), Michel Huguier, Dominique Lecomte (Présidente), Christian Nézelof, Guy Nicolas, Bernard Salle.

Les membres du groupe de travail déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt en relation avec le contenu de ce rapport.

RÉSUMÉ

L'autopsie médico-scientifique (distincte de l'autopsie médico-légale et du don d'organe ou de tissu à la science ou à visée thérapeutique) est en voie de disparition en France chez l'adulte et l'enfant. L'utilité de cet acte, comme celle de la foetopathologie bien plus largement pratiquée, est pourtant incontestable pour la santé publique et l'épidémiologie: il révèle un nombre non négligeable d'erreurs diagnostiques, parfois majeures et multiples ayant échappé aux techniques d'investigation les plus modernes; il est nécessaire au diagnostic de certaines maladies et à certaines recherches... L'Académie nationale de Médecine rappelle les dispositions réglementaires qui en garantissent l'éthique. Elle analyse les causes de sa désaffection: réglementation parfois mal adaptée, tabous sociologiques, raisons religieuses erronées, croyance tant des médecins que des familles en l'infaillibilité des techniques modernes de diagnostic ante-mortem qui contraste, dans une société imprégnée de multiples cultures, avec la remise en question du pouvoir médical et la crainte de poursuites judiciaires. S'y ajoutent le coût de l'autopsie, des techniques modernes qui doivent lui être associées et de la mise aux normes des salles d'examen. L'Académie nationale de Médecine rappelle enfin la raréfaction des spécialistes de cette pratique et son absence du cursus d'enseignement médical. Elle préconise six mesures susceptibles de remédier à cette situation.

Annexe 6 :

Accounting for the Professional Work of Pathologists Performing Autopsies

John H. Sinard, MD, PhD, for the Autopsy Committee of the College of American Pathologists

• **Context.**—With an increasing trend toward fee-code-based methods of measuring the clinical professional productivity of pathologists, those pathologists whose clinical activities include the performance of autopsies have been disadvantaged by the lack of generally accepted workload equivalents for autopsy performance and supervision.

Objective.—To develop recommended benchmarks to account for this important and often overlooked professional activity.

Design.—Based on the professional experience of members of the Autopsy Committee of the College of American Pathologists, a survey of autopsy pathologists, and the limited additional material available in the literature, we developed recommended workload equivalents for the professional work associated with performing

an autopsy, which we elected to express as multiples of established Current Procedural Terminology codes.

Results.—As represented in Table 3, we recommend that the professional work associated with a full adult autopsy be equivalent to $5.5 \times 88309-26$. Additional professional credit of $1.5 \times 88309-26$ should be added for evaluation of the brain and for a detailed clinical-pathologic discussion. The corresponding value for a fetal/neonatal autopsy is $4.0 \times 88309-26$.

Conclusion.—Although we recognize that autopsy practices vary significantly from institution to institution, it is hoped that our proposed guidelines will be a valuable starting point that individual practices can then adapt, taking into account the specifics of their practice environment.

(*Arch Pathol Lab Med.* 2013;137:228–232; doi: 10.5858/arpa.2012-0012-CP)

More and more, both academic pathology departments and private pathology practices have begun using professional relative value unit (RVU) workload values to measure the clinical productivity of their faculty and/or members, and to compare that productivity with national averages. This metric is being used to determine such things as salaries, bonuses, access to additional resources, etc. **Those pathologists who spend a significant portion of their clinical time performing and reviewing autopsies are at a disadvantage when RVUs are used as the metric because RVUs have never been formally established for autopsy procedures.** Although the American Medical Association has created Current Procedural Terminology (CPT) codes for autopsies, neither they nor the Centers for Medicare and Medicaid Services have ever established recommended RVUs for these codes.

The Autopsy Committee of the College of American Pathologists sought to assist practices in developing their own practice-specific assessment of the professional work involved in the performance of autopsy by determining

proposed values for typical autopsy activities. The Autopsy Committee includes members who practice in academic and/or community hospital settings, as well as in medical examiner offices, and each has at least 10 years of experience performing autopsies.

Members of the Autopsy Committee chose to express their perspective on practice-specific autopsy professional work by relating selected professional autopsy activities to established surgical pathology CPT codes rather than attempting to assign specific RVU values to the existing, but typically not used, autopsy CPT codes. This approach was chosen for a number of reasons. Depending upon the table a particular practice may decide to use, the listed RVU values associated with CPT codes may include adjustments for geographic practice cost indices. The professional RVU component includes not only physician work values (a relative measure of the time, skill, training, and intensity needed to provide a particular service) but also practice expense adjustments and malpractice adjustments. These can vary from year to year and region to region. If the professional work associated with the performance of autopsies is expressed as multiples of established surgical pathology CPT codes, the precise RVU values do not need to be further adjusted for these factors. Finally, however, and perhaps most practically, the main reason for determining the amount of professional work associated with autopsy performance is to assist practices in recognizing this work. In many settings, individual productivity is measured by counting up the number of fee codes each pathologist has billed during a particular period of time. These numbers are then entered

Accepted for publication March 13, 2012.

From the Department of Pathology, Yale University School of Medicine, New Haven, Connecticut.

The authors have no relevant financial interest in the products or companies described in this article.

The Autopsy Committee during the period of time covered by this project included Cassie Boggs, MD; Elizabeth Burton, MD; Richard Conran, MD, PhD, JD; Michael Bell, MD; Charles Hitchcock, MD, PhD; Jody Hooper, MD; Patrick Lento, MD; Dylan Miller, MD; Joseph Parisi, MD; Harold Sanchez, MD; and Camella Tan, MD.

Reprints: John H. Sinard, MD, PhD, 310 Cedar St, BML B38, PO Box 208023, New Haven, CT 06520-8023 (e-mail: john.sinard@yale.edu).