**CONVENTION RELATIVE A LA PRISE EN CHARGE DES**

**EXAMENS POST MORTEMS**

**DE FŒTUS OU DE NOUVEAU-NES**

**Entre l’établissement** **XX**…………………………………………..

d'une part,

**Et l’établissement YY……………………………………………….**

d'autre part,

**LÉGISLATION**

**Vu les articles, décrets, arrêtés et circulaires suivants** :

* **Articles L 6134-1 et L 6134-2** relatifs aux conventions de coopération ;
* **Article** **L 6143-7** relatif aux champs de compétences du directeur d'un établissement public de santé ;
* **Articles L 1211-1, L 1211-2, L 1211-4, L 1241-5 et L 1241-6** relatifs au don et à l’utilisation des éléments et produits du corps humain ;
* **Décret n°2006-965** du 1er août 2006, relatif aux formalités générales incombant aux établissements publics de santé vis-à-vis des personnes hospitalisées et des enfants pouvant être déclarés sans vie à l'état civil ;
* **Articles R1112-71 et R1112-72**, modifié par le décret n°2006-965 du 1er août 200601/08/2006, relatifs aux modalités de déclaration des enfants déclarés sans vie à l'état civil ;
* **Article R1112-75**, modifié par le décret n°2006-965 du 1er août 2006, relatif au délai maximum de réflexion des parents pour exprimer leur choix quant aux obsèques de l’enfant mort-né ;
* **Article R1112-76**, modifié par le décret n°2006-965 du 1er août 2006, relatif aux délais maximum de restitution du corps aux proches ou à la famille par l’établissement de santé où l’enfant a été déclaré sans vie à l’état civil ;
* **Article R1112-76-1**, modifié par le décret n°2006-965 du 1er août 2006, relatif à la tenue d’un registre de suivi du corps des personnes décédées et des enfants déclarés sans vie à l'état civil ;
* **Articles R. 1335-9 à R.1335-11**, modifiés par le décret n°2006-965 du 1er août 2006, relatifs au délai maximum de réalisation des obsèques de l’enfant mort-né ;
* **Arrêté du 24 novembre 2003 modifié par l’arrêté 2006-01-06 article 1**, relatif aux emballages des déchets d’activité de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques d’origine humaine ;
* **Arrêté du 5 décembre 2002 modifiant l’arrêté du 1er juin 2001**, relatif au transport des marchandises dangereuses par route ;
* **Circulaire DGS/SD5C/DHOS/E2/DRT/CT1/CT2 n° 2004-382 du 30 juillet 2004** relative aux précautions à observer dans les services d'anatomie et cytologie pathologiques, les salles d'autopsie, les chambres mortuaires et les laboratoires de biologie « spécialisés ATNC », vis-à-vis du risque de transmission des agents transmissibles conventionnels (ATC) et non conventionnels (ATNC) ;
* **Circulaire interministérielle DGCL/DACS/DHOS/DGS du 19 juin 2009** relative à l'enregistrement à l'état civil des enfants décédés avant la déclaration de naissance et de ceux pouvant donner lieu à un acte d'enfant sans vie, à la délivrance du livret de famille, à la prise en charge des corps des enfants décédés, des enfants sans vie et des fœtus.

***Il est convenu ce qui suit :***

**PREAMBULE**

Le service/centre /UF de fœtopathologie du CHU/CHR/CH DE XX, assure la réalisation des examens post-mortem des fœtus et des nouveau-nés par les praticiens fœtopathologistes, titulaires d’un Diplôme de Fœtopathologie et travaillant en lien avec un/des Centre(s) Pluridisciplinaire(s) de Diagnostic prénatal, conformément aux bonnes pratiques énoncées au rapport d'élaboration relatif au [protocole type d’examen autopsique fœtal ou néonatal tel que publié par la HAS en Juin 2014](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1747470/fr/protocole-type-d-examen-autopsique-foetal-ou-neonata)

https://www.has-sante.fr/jcms/c\_1747470/fr/protocole-type-d-examen-autopsique-foetal-ou-neonatal

Le service/centre /UF de fœtopathologie ne peuvent actuellement fonctionner sur la base de la tarification CCAM actuelle d’où la nécessité de conventions pour contribuer au fonctionnement de cette activité.

**OBJET DE LA CONVENTION**

La présente convention a pour objet de définir les modalités de prise en charge et de facturation, par le service/centre /UF de fœtopathologie du CHU/CHR/CH XX, des examens post-mortem de fœtus ou de nouveau-nés et l’examen de leur placenta.

***La convention ne concerne pas :***

* les autopsies médico-légales
* les autopsies des enfants de plus de 28 jours de vie
* les autopsies de mort inattendue du nourrisson.

**MODALITÉS D’ORGANISATION**

Le service/centre /UF de fœtopathologie (et/ou la chambre mortuaire en fonction de la situation) du CHU/CHR/CH XX, prenant en charge les examens doit être **contacté en amont :**

Téléphone : xxxxx

Mail : xxxxxxx

**Le transport du corps et du placenta**, jusqu’au CHU/CHR/CH XX, ainsi que le retour éventuel du corps à la demande des familles, relève de la responsabilité de l'établissement demandeur (organisation du transport, respect de la réglementation, prise en charge financière). Ce transport doit être effectué dans les conditions précisées dans la procédure d'acheminement (cf annexe 1).

En cas d’enfant né vivant et viable puis décédé, sauf dispositions dérogatoires, les opérations de transport de corps avant mise en bière du corps d’une personne décédée doivent être achevées dans un délai maximum de quarante-huit heures à compter du décès (Article R2213-11 modifié décret N° 2011-121 du 28 janvier 2011, art.15). Lorsque l’autopsie médicale est réalisée en vue de diagnostiquer l’une des infections transmissibles dont la liste est fixée dans l’article R2213-2-1, le délai est porté à 72 heures. Il est donc impératif de s’entendre avec le laboratoire en cas de décès survenant le week-end, la veille du week-end, ou les jours fériés.

**Toute demande d’examen post-mortem doit être accompagnée des documents suivants** :

* Le bon de demande d’examen post-mortem et le cas échéant des autres examens devant être pratiqués (cf. annexe 2)
* La prescription médicale, signée par un médecin thésé, de demande d’examen post-mortem (cf. annexe 3)
* Le consentement parental signé (cf. annexe 4)
* La fiche de renseignements cliniques (cf. annexe 5)
* Le bordereau de transport et la fiche de traçabilité (cf. annexe 6)
* Le formulaire de liaison inter-hôpitaux (cf. annexe 7)

Enl'absence de l’ensemble de ces documents, les examens ne pourront être réalisés par le service de fœtopathologie du CHU/CHR/CH XX.

*En cas d’évolution concertée entre les deux établissements, la dernière version mise à jour des documents annexés à la présente convention sera utilisée.*

**MODALITES FINANCIERES**

**L’établissement demandeur YY accepte de prendre en charge les frais:**

* des examens post-mortem des fœtus ou des nouveau-nés réalisés à sa demande et des autres examens pouvant en découler : examens à visée diagnostique (microbiologie, biochimie, génétique…) ;
* de crémation du corps organisée par le CHU/CHR/CH XX en cas d'enfant né vivant mais non viable ou en cas d'enfant mort-né non réclamé par la famille dans un délai de 10 jours ;
* de prestation de la chambre mortuaire ;
* de transport des corps tels que décrits dans cette convention.

**L’établissement demandeur s'engage à payer les actes réalisés**, dans un délai maximal de X jours, à compter de la réception du titre de recettes émis par le CHU/CHR/CH XX par voie de virement adressé au Trésorier Public du CHU/CHR/CH XX (coordonnées bancaires en annexe 8). Ces frais ne peuvent en aucun cas être imputés ou refacturés à la famille.

A l’issue de l’envoi des résultats des examens qui seront adressés au médecin prescripteur par le service/centre /UF de fœtopathologie (du CHU/CHR/CH XX, le service financier du CHU/CHR/CH XX adressera la facture des actes réalisés dans le cadre de la présente convention. La facturation s’appuie sur la tarification des actes inscrits à la nomenclature CCAM en vigueur et des actes hors-nomenclature AHC (annexe 9).

Les équipes du CHU/CHR/CH XX sont à la disposition de l’établissement demandeur pour toute participation et collaboration concernant les dossiers médicaux et tous cas particuliers concernant la présente convention.

**RESPONSABILITÉS**

La responsabilité de l’établissement demandeur demeure engagée jusqu’à la prise en charge effective du corps par l’établissement prestataire.

**DURÉE DE LA CONVENTION**

La présente convention est conclue pour une durée de 1 an à compter du xx/xx/xxxx, renouvelable chaque année par tacite reconduction dans une limite maximale de 5 ans.

**MODIFICATION DE LA CONVENTION**

Toute nouvelle disposition dont la prise d’effet interviendrait au cours de la période d’application de la présente convention, en impactant significativement la collaboration organisée contractuellement entre les deux parties, donnerait alors lieu à un **avenant.**

**Cette convention pourra être dénoncée** par l'une ou l'autre des parties trois mois avant la date anniversaire par lettre recommandée avec accusé de réception adressée au Directeur Général de l’autre partie.

**Résiliation de la convention**

Sans ouvrir une possibilité de demande de dommages et intérêts par l’autre partie, chacune des parties peut également résilier la convention sans préavis, en cas de :

* non-respect par l’autre partie de ses obligations contractuelles, notamment celles relatives au paiement par l'Établissement demandeur ;
* force majeure au sens de l'article 1218 du Code Civil.

Dans ce cas, la partie à l’origine de la démarche de résiliation informera l’autre partie par lettre en recommandé avec accusé de réception qu’elle met fin aux dispositions de la présente convention.

**LITIGES**

Les parties contractantes conviennent de mettre en œuvre tous les moyens dont elles disposent pour résoudre de façon amiable tout litige qui pourrait survenir quant à l’exécution ou l’interprétation de cette convention.

Tous litiges relatifs à l’interprétation ou à l’exécution de la présente convention seront soumis, en tant que de besoin, au Tribunal compétent.

Fait en deux exemplaires originaux,

A …….., le ………

|  |  |
| --- | --- |
| Le directeur général du CHU/CHR/CH XX  Madame/Monsieur X | Le directeur de l’établissement YY  Madame/Monsieur Y |

**ANNEXES**

1. procédure d'acheminement
2. bon de demande d’examen post-mortem et le cas échéant des autres examens devant être pratiqués
3. prescription médicale, signée par un médecin thésé, de demande d’examen post-mortem
4. consentement parental signé
5. fiche de renseignements cliniques
6. bordereau de transport et la fiche de traçabilité
7. formulaire de liaison inter-hôpitaux
8. coordonnées bancaires de l’établissement prestataire
9. conditions tarifaires

**ANNEXE 1 : PROCEDURE D'ACHEMINEMENT**

Le transport des échantillons est à la charge financière de l’Établissement demandeur et relève de sa responsabilité.

L’Établissement demandeur s’engage à faire respecter par les personnes auxquelles il fait appel pour le transport des échantillons :

* + les exigences réglementaires en matière de transport et de confidentialité
  + les conditions de transport requises par le Laboratoire

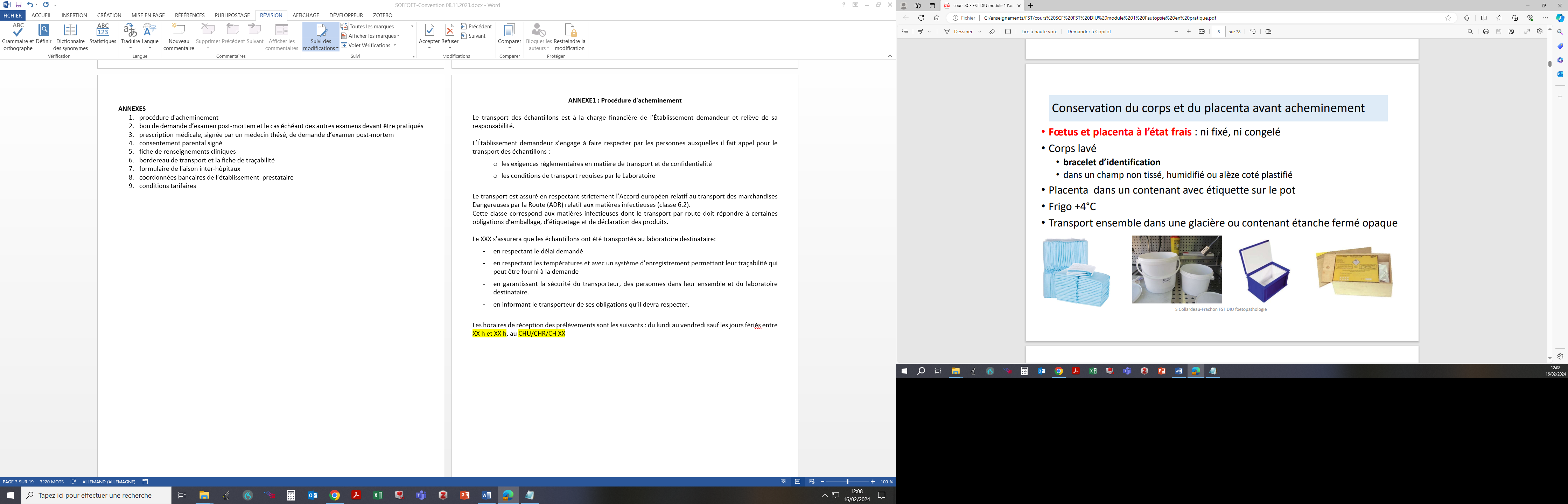
Le transport est assuré en respectant strictement l’Accord européen relatif au transport des marchandises Dangereuses par la Route (ADR) relatif aux matières infectieuses (classe 6.2).

Cette classe correspond aux matières infectieuses dont le transport par route doit répondre à certaines obligations d’emballage, d’étiquetage et de déclaration des produits.

Le XXX s’assurera que les échantillons ont été transportés au laboratoire destinataire:

* en respectant le délai demandé
* en respectant les températures et avec un système d’enregistrement permettant leur traçabilité qui peut être fourni à la demande
* en garantissant la sécurité du transporteur, des personnes dans leur ensemble et du laboratoire destinataire.
* en informant le transporteur de ses obligations qu’il devra respecter.

Les horaires de réception des prélèvements sont les suivants : du lundi au vendredi sauf les jours fériés entre XX h et XX h, au CHU/CHR/CH XX



**ANNEXE 2 : BON DE DEMANDE D’EXAMEN**

|  |  |
| --- | --- |
| **REFERENCE CLIENT A RAPPELER :** | **DESTINATAIRE CHU/CHR/CH :** |
| Etablissement demandeur (cachet)  Nom  Adresse  Tel :  Fax : | Coordonnés :  Tel :  Fax : |
| **PATIENT :** | **PRELEVEMENT :** |
| Nom usuel :  Nom de naissance :  Prénom :  Sexe : 🗆 F 🗆 M  Date de naissance : / /  Lieu de naissance :  N° SS : | Date du prélèvement : / /  Heure du prélèvement : / /  Conditions pré-analytiques :  Nature du prélèvement : |

|  |
| --- |
| **PRESCRIPTEUR :** |
| Nom, prénom : |
| Coordonnées : |

|  |
| --- |
| **EXAMEN DEMANDE :** |
| Commentaires :  Référence à rappeler sur le compte rendu : |

**ANNEXE 3 : BON de PRESCRIPTION**

Adresse du service destinataire

Tampon service demandeur

**DEMANDE MEDICALE D’EXAMEN POST-MORTEM**

***Etiquette mère ou parent 1 ou responsable légal (si fœtus)***

***ou***

***Etiquette enfant (si enfant né vivant)***

Médecins destinataires du compte-rendu :

Numéro de Téléphone du médecin demandeur :

Je, soussigné Docteur

Demande qu’un examen post-mortem soit pratiquée sur le corps de l’enfant ou du foetus :

Né le à h et décédé le à h

J’autorise la prescription d’examens microbiologiques, génétiques, radiologiques, de biologie moléculaire, de culture cellulaire si nécessaire.

L’établissement s’engage à régler les factures de tous les examens réalisés lors de l’autopsie.

Fait à ……………………….

Le …………………………..

Signature et cachet :

**ANNEXE 4 : CONSENTEMENT PARENTAL**

Destinataire

Tampon service prescripteur

***Etiquette mère ou parent 1 ou responsable légal (si fœtus)***

***ou***

***Etiquette enfant (si enfant né vivant)***

**CONSENTEMENT PARENTAL D’EXAMEN POST MORTEM DE FŒTUS OU DE NOUVEAU-NE**

Je (Nous) soussigné(s) :

Renseignements HCL :

0 820 0 820 69 (0,12 €/mn)

- Mère ou Parent 1 (responsable légal) (Nom, prénom, DDN) :

- Père ou Parent 2 (Nom, prénom, DDN) :

**Autorise (ons) l'hôpital ,** **dans le respect du secret médical, à pratiquer sur le corps de mon (notre) enfant mort-né ou décédé après la naissance** :

**Entourez votre choix :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Des examens à visée diagnostique** (permettant de rechercher la cause du décès ou des anomalies dont mon enfant était atteint) incluant : | | |
| * un examen clinique externe avec réalisation de photographies et radiographies | **OUI** | **NON** |
| * un examen interne/ autopsie complète avec réalisation et conservation de prélèvements à visée diagnostique (examens histologique, biologique, biochimique) | **OUI** | **NON** |
| * des prélèvements pour examen génétique (caryotype et/ou étude en biologie moléculaire). En cas de refus d’examen interne/autopsie complète, des prélèvements superficiels peuvent être réalisés (peau, muscle) ou à défaut sur le placenta. | **OUI** | **NON** |
| **La conservation de prélèvements** **en vue d’éventuelle(s) recherche(s) scientifique(s)** afin d’améliorer les connaissances sur le développement embryo-fœtal normal et/ou pathologique. Ils ne modifient en rien la procédure diagnostique. | **OUI** | **NON** |

**Date**:

**Signature de la mère ou Parent 1 (obligatoire) : Signature du Parent 2 (facultative\*) :**

***\* L'autorisation doit être obligatoirement donnée par les 2 parents lorsque l'enfant est né vivant et viable.***

**Attestation d’information à remplir par le personnel médical :**

*Je certifie avoir informé les représentants légaux sur les caractéristiques de la maladie recherchée, les moyens de la diagnostiquer, les possibilités de prévention et de traitement, le stockage de son prélèvement, et avoir recueilli le consentement du (ou de la) patient(e) ou de sa tutelle dans les conditions prévues par le code de la santé publique (articles R1131-4 et 5).*

**Informations données au(x) parent(s) le**:

**par : (Médecin, sage-femme, conseiller en génétique**)

**Signature et cachet :**

***Ce document ne constitue pas un simple formulaire. Il doit être complété à l’issue d’un entretien avec l’équipe hospitalière, permettant aux parents de recevoir les informations appropriées quant à la nature, les buts et les modalités de l’autopsie et pouvoir poser les questions qu’ils jugent nécessaires. En cas de besoin de l’équipe hospitalière ou des parents, l’équipe de fœtopathologie reste disponible***.

**Données nominatives :**

Les données nominatives et l’imagerie (photographies, radiographies, scanner, IRM...) utiles à la gestion de la démarche diagnostique sont conservées dans les outils de gestion institutionnels, des bases de données informatiques déclarées à la CNIL (Commission Nationale Informatique et Libertés) comme BaMaRa (notice d’information : http://www.bndmr.fr/informations-legales/).

Les données anonymisées et l’imagerie peuvent être utilisées à des fins statistiques ou dans le cadre de travaux médico-scientifiques, sur le principe de non-opposition.

Le dossier peut être discuté lors de Réunions de Concertation Pluridisciplinaires locales ou nationales afin d’avancer dans le diagnostic ou le partage des connaissances.

*Merci de signaler toute opposition au secrétariat du service de fœtopathologie de l’hôpital au (téléphone)* : …….

**Une plaquette d’information et une vidéo de 8 minutes peuvent vous aider à prendre votre décision :**

Vidéos



Plaquette d’information

Film «L'examen fœtopathologique » disponible également sur YouTube, réalisé par la société française de fœtopathologie (SOFFOET) avec le soutien de la [filière de santé maladies rares AnDDI-Rares](http://anddi-rares.org/). Ce film est également disponible en [VF sous-titrée en français](https://youtu.be/AHtS_x--vIc), [VF sous-titrée en anglais](https://youtu.be/yV8qApY7M3s) ou [Version Anglaise](https://youtu.be/r1oCNCqKBlQ).

**ANNEXE 5 : FICHE DE RENSEIGNEMENTS CLINIQUES**

**Fiche complète téléchargeable:** <https://www.has-sante.fr/jcms/c_1748466/fr/protocole-type-d-examen-autopsique-foetal-ou-neonatal-modele-de-feuille-de-renseignements-cliniques>

**Fiche simplifiée de renseignements cliniques avec minimum à préciser:**

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES**

⃝ **IMG** à .... **SA**  ***joindre CR du* DAN**

***Etiquette mère ou parent 1 ou responsable légal (si fœtus)***

***ou***

***Etiquette enfant (si enfant né vivant)***

⃝ **FCS** expulsée à **..... SA**

⃝ **MFIU** constatée à.... **SA**  avec accouchement à **.... SA**

⃝ **décès néonatal** à .... **SA**

**Mère :** gestité parité : **G...P....**

**Si atcd de perte(s) fœtale(s) ou d’enfant(s):** préciser date et pathologie/contexte

-

-

-

Notion de **consanguinité** : ⃝ oui ⃝ non

**Contexte**: préciser si :

- pathologie maternelle: avant ou pendant la grossesse, la ou lesquelles et si traitement :

- notion d’exposition à toxiques/drogues/conduites addictives : et si oui la ou lesquelles

- atcd familiaux particuliers :

-anomalies à l’imagerie anténatales : ⃝ oui ⃝ non ***si oui joindre les CR échographiques et IRM***

**Bilan effectué** :

- Caryotype ⃝ oui ⃝ non ***si*** oui résultats :

- Autres examens et résultats :

**Autre(s) élément(s) que vous jugez important à signaler :**

**ANNEXE 6 : BORDEREAU DE TRANSPORT ET LA FICHE DE TRAÇABILITE**

Bordereau de transport

Pour le corps d’un enfant décédé ou d’un fœtus

Nom de l’enfant :

Nom, prénom de la mère :

Nom, prénom du père :

🗆 Enfant décédé le :…………………………………………(jour, heure)

🗆 Fœtus décédé le : …………………………………………(jour, heure)

Etablissement où l’enfant/le fœtus est décédé :

……………………………………………………………………………………………………………………………………….

Le :

A :

* Arrivée du corps à l’hôpital XX,

Le : ……………………………………………………..(date)

A :………………………………………………………..(heure)

Nom, prénom et signature de l’agent assurant le transport du corps :

Nom, prénom et signature de l’agent ayant réceptionné le corps :

Contrôler à partir de liste les éléments à transmettre à la chambre mortuaire

* Départ en retour de l’hôpital XX vers le centre hospitalier

Le : ……………………………………………………..(date)

A :………………………………………………………..(heure)

Nom, prénom et signature de l’agent de la chambre mortuaire présent lors du transport du corps : ……………………………………………………………………………………………………………………………………….

Nom, prénom et signature de l’agent assurant le transport du corps : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Observations :

**ANNEXE 7 : FORMULAIRE DE LIAISON INTER-HOPITAUX**

***Etiquette chambre mortuaire***

***Etiquette mère ou parent 1 ou responsable légal (si fœtus)***

***ou***

***Etiquette enfant (si enfant né vivant)***

Date :

Service :

Poste téléphonique :

Le correspondant (médecin, psychologue, infirmier(e)) :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

En référence au certificat médical, faut-il prendre des précautions particulières ?

🗆 oui 🗆 non

Numéro de téléphone des parents :

Unité de soins initiale où l’enfant était hospitalisé : …………………………………………………………………………….

Date et heure du décès : ……../………/…………….. à …..........h……………………………………………………….

Consentement pour autopsie :

🗆 Non adapté 🗆 Accord 🗆 Refus

La famille est venue voir le patient décédé dans l’unité : 🗆 oui 🗆 non

La plaquette « Accompagnement des familles en deuil » a-t-telle été remise à la famille :

🗆 oui 🗆 non

Indications relatives à une demande particulière des parents (ex : objet accompagnant l’enfant, rite religieux..) : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Renseignements complémentaires : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et signature de l’agent qui effectue le transfert de corps à la chambre mortuaire | Nom et signature de de l’infirmier(e) présent(e) lors du transfert |

**ANNEXE 8 : COORDONNEES BANCAIRES DE L’ETABLISSEMENT PRESTATAIRE**

Le règlement devra être effectué à l'ordre de :

Monsieur le Trésorier

Titulaire : Trésorerie du CHU/CHR/CH XX

Code banque :

Code guichet :

N° de compte :

Clé RIB :

**ANNEXE 9 : CONDITIONS TARIFAIRES**

