



**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE LA PRÉVENTION**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

INSTRUCTION N° DGOS/R3/2023/44 du 19 avril 2023 relative à la diffusion du cahier des charges des centres de référence de la mort inattendue du nourrisson

Le ministre de la santé et de la prévention

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé

Référence	NOR : SPRH2309040J (numéro interne : 2023/44)
Date de signature	19/04/2023
Emetteur	Ministère de la prévention et de la santé Direction générale de l'offre de soins
Objet	Diffusion du cahier des charges des centres de référence de la mort inattendue du nourrisson.
Commande	Les agences régionales de santé (ARS) sont invitées à la fois à diffuser le cahier des charges des centres de référence de la mort inattendue du nourrisson et à labelliser ces centres.
Action à réaliser	Diffusion du cahier des charges des centres de référence de la mort inattendue du nourrisson et soutien de l'action de ces structures au niveau régional.
Echéance	Immédiate
Contact utile	Sous-direction Régulation de l'offre de soins Bureau Plateaux techniques et prises en charge hospitalières aigües - R3 Frédérique COLLOMBET-MIGEON Tél. : 01 40 56 53 82 Mél. : frederique.collombet-migeon@sante.gouv.fr
Nombre de pages et annexe	4 pages + 1 annexe (11 pages) Annexe - Cahier des charges national des centres de référence de la mort inattendue du nourrisson et ses 3 annexes.
Résumé	L'objectif est de conforter l'organisation de la prise en charge de la mort inattendue du nourrisson (MIN) dans les centres de référence de la MIN.
Mention Outre-mer	Ces dispositions s'appliquent aux Outre-mer, à l'exception de la Polynésie française, de la Nouvelle-Calédonie, et de Wallis et Futuna.

Mots-clés	Mort inattendue du nourrisson (MIN) - Transport - Prise en charge - Organisation des centres de référence.
Classement thématique	Etablissements de santé - Organisation.
Texte de référence	- Loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017 ; - Circulaire n° DGS/225/2B du 14 mars 1986 relative à la prise en charge, par les établissements d'hospitalisation publics, des problèmes posés par la mort subite du nourrisson.
Circulaire / instruction abrogée	Néant
Circulaire / instruction modifiée	Circulaire n° DGS/225/2B du 14 mars 1986 relative à la prise en charge, par les établissements d'hospitalisation publics, des problèmes posés par la mort subite du nourrisson.
Rediffusion locale	Il est attendu des ARS une diffusion large auprès des établissements sanitaires et professionnels libéraux du territoire.
Validée par le CNP le 31 mars 2023 - Visa CNP 2023-19	
Document opposable	Oui
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

En France, chaque année, de 250 à 350 enfants de moins d'un an décèdent de mort inattendue du nourrisson (MIN), ce nombre de décès demeurant stable depuis les années 2000 en France et positionnant notre pays comme l'un des états à fort taux de MIN au niveau européen.

En 2007, la parution et l'implémentation des recommandations de 2007 de la Haute Autorité de santé (HAS)¹ sur la prise en charge de la MIN ont permis de structurer les trois étapes essentielles de ces parcours : la prise en charge pré-hospitalière sur le lieu du décès, avec le recueil de premières données² ; la prise en charge hospitalière dans un centre de référence spécialisé (CRMIN), incluant un entretien avec la famille, un examen clinique complet de l'enfant décédé ainsi qu'un ensemble large d'analyses³ ; la prise en charge post-hospitalière avec un suivi régulier des familles.

Dans ce parcours, le rôle des centres de référence de la mort inattendue du nourrisson (CRMIN), au nombre de 34 sur le territoire, et adossés à des centres hospitaliers, le plus souvent universitaires, s'est avéré déterminant. Il présente deux atouts majeurs : la réalisation, par les équipes spécialisées concernées des examens préconisés par la HAS et l'accueil et l'accompagnement des familles.

Face à un enjeu de santé publique qui demeure majeur, la consolidation de cette organisation est essentielle. Le plan de lutte contre les violences faites aux enfants 2020-2022 rappelle l'enjeu d'une prise en charge adaptée de ces situations et fixe en particulier l'objectif de renforcer l'accompagnement psychologique des familles.

¹ « Prise en charge en cas de mort inattendue du nourrisson (de moins de 2 ans), Haute Autorité de santé, février 2007.

² Les données incluent notamment les circonstances du décès ainsi que des données cliniques et environnementales concernant l'enfant et sa famille.

³ Il s'agit d'analyses biologiques, bactériologiques, virologiques, métaboliques, génétiques, toxicologiques et éventuellement, d'une autopsie.

La présente instruction rappelle la nécessité d'un travail coordonné des acteurs en faveur de ces situations, autour du rôle majeur des CRMIN, et précise les conditions de fonctionnement de ces derniers, dans le cadre d'un cahier des charges « type » annexé. Elle attend des ARS une diffusion large de ces éléments auprès des professionnels susceptibles d'intervenir dans le cadre d'une MIN : professionnels hospitaliers, en particulier des urgences et services de pédiatrie, mais également services de secours et professionnels libéraux susceptibles d'intervenir sur le lieu du décès, étant précisé que cette diffusion sera parallèlement relayée par une dépêche du Ministère de la Justice.

1) Un enjeu de meilleure lisibilité de l'offre des CRMIN

En application de l'instruction qui a instauré les CRMIN en 1986⁴ et conformément aux recommandations de 2007 de la HAS, il est rappelé que ces structures ont pour objectif de prendre en charge l'ensemble des thématiques liées à la MIN : prise en charge systématique et la plus précoce possible des enfants décédés et de leur famille, mais aussi missions générales de prévention, d'information et de formation des professionnels de santé et du public ainsi que de développement de connaissances sur ce sujet.

Pour que ces structures de recours soient parfaitement identifiées par les acteurs susceptibles d'intervenir dans la prise en charge d'une MIN, vous voudrez bien diffuser largement la liste des 34 centres actuellement en fonctionnement sur le territoire français, figurant en annexe 3 au cahier des charges joint de ces structures.

2) Un enjeu de systématisation du transport des corps des enfants décédés vers les CRMIN

Selon les retours des professionnels, les pratiques demeurent diverses en terme d'orientation des corps des enfants décédés vers les CRMIN, en dépit de recommandations claires de la HAS sur ce point et alors que cette orientation optimise les chances d'identifier la cause du décès et permet de mieux accompagner la famille, en particulier sur un plan psychologique. L'article 79 de la loi du 23 décembre 2016⁵ a en outre levé les blocages préexistants à ce transport en autorisant les structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) à le réaliser et les frais en sont entièrement pris en charge par l'établissement du centre de référence MIN.

Pour favoriser cette orientation, le cahier des charges joint en annexe à la présente instruction détaille, à l'attention des professionnels, la procédure à suivre lors du constat de décès :

- Il rappelle qu'en l'absence de motif pour cocher l'obstacle médico-légal sur le certificat de décès, le principe doit être d'organiser le transfert systématique de l'enfant au CRMIN, accompagné de ses parents ;
- Lorsque l'obstacle médico-légal est coché sur le certificat de décès, le corps peut être transféré au CRMIN pour la réalisation de la première phase d'investigations cliniques et paracliniques, sur décision du procureur de la République, immédiatement avisé par l'officier de police judiciaire ;
- Enfin, le cahier des charges identifie en annexe 1, en guise d'outil aux professionnels non spécialisés chargés de constater le décès, une liste de situations dans lesquelles ils peuvent être amenés à poser un obstacle médico-légal dans le contexte d'une MIN, dans l'objectif là encore de favoriser l'homogénéité des pratiques. Cette liste n'est toutefois ni exhaustive ni opposable.

3) Un enjeu d'articulation des acteurs autour des situations de MIN

Au-delà du positionnement central des CRMIN, la prise en charge des situations de MIN fait intervenir une diversité d'acteurs avec lesquels le cahier des charges des centres prévoit de renforcer les liens.

⁴ Circulaire n° DGS/225/2B du 14 mars 1986 relative à la prise en charge par les établissements d'hospitalisation publics, des problèmes posés par la mort subite du nourrisson.

⁵ Loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017.

Les échanges qui doivent avoir lieu, tout au long du processus d'investigations cliniques, avec l'autorité judiciaire sont en particulier précisés pour garantir la bonne information réciproque des acteurs. Le CRMIN a ainsi l'obligation d'informer systématiquement le procureur de la République et de lui adresser un signalement si la phase d'investigation clinique fait soupçonner une infraction pénale. Outre cette situation, il devra transmettre à l'issue des explorations cliniques, un courrier au procureur de la République compétent. De même, le procureur de la République informera dans les meilleurs délais le CRMIN de toute décision d'ouverture d'enquête s'agissant d'un enfant pris en charge initialement par celui-ci.

De la même façon, est recherchée une collaboration du CRMIN avec les acteurs intervenant dans des champs connexes de la MIN. Les équipes des unités d'accueil pédiatrique enfants en danger (UAPED) ainsi que des équipes pédiatriques régionales référentes enfance en danger (EPRRED) ont ainsi vocation à être sollicitées par les CRMIN au titre de leur expertise particulière et pour assurer la bonne prise en charge des fratries d'enfants décédés si besoin.

4) Un enjeu de renforcement de l'accompagnement psychologique des familles

Ainsi que le rappelle l'action 20.2 du plan de lutte contre les violences faites aux enfants, l'accompagnement psychologique apporté aux familles, et en particulier aux fratries, est essentiel pour la suite de leur parcours et le cahier des charges des CRMIN fixe des objectifs précis, applicables à chacune de ces structures, pour parvenir à une prise en charge plus harmonisée de ce point de vue sur le territoire.

5) Un enjeu pour l'exhaustivité du recensement des MIN

Enfin, l'implémentation de chaque mort inattendue du nourrisson par les CRMIN dans le registre de l'observatoire de la mort inattendue du nourrisson (OMIN) doit être systématique.

Afin de s'assurer de la conformité des CRMIN présents ou en projet sur votre territoire avec les orientations nationales, une procédure de labellisation de ces structures devra être conduite par vos soins au regard du cahier des charges national. Elle devra être renouvelée tous les trois ans afin de prendre en compte les évolutions éventuelles de fonctionnement et d'organisation des centres concernés.

Enfin, en définissant clairement les rôles attendus de chaque acteur autour d'une situation de MIN, le cahier des charges national des CRMIN est un support utile pour produire au niveau local les protocoles d'organisation territoriale des acteurs autour de la mort inattendue des nourrissons, prévus par la mesure 20.1 du plan de lutte contre les violences faites aux enfants.

Vu au titre du CNP par le secrétaire général
des ministères chargés des affaires sociales,



Pierre PRIBILE

Pour le ministre et par délégation :
La directrice générale de l'offre de soins,



Marie DAUDÉ



**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE LA PRÉVENTION**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Cahier des charges national des centres de référence de la mort inattendue du nourrisson

PJ :

- **Annexe 1** : Aide à la décision d'un obstacle médico-légal (OML)
- **Annexe 2** : Exemple de courrier du CRMIN à l'attention du procureur de la République
- **Annexe 3** : Liste des centres de référence de la mort inattendue du nourrisson

La « mort inattendue du nourrisson (MIN) » est une circonstance de décès, définie par la Haute Autorité de santé (HAS) dans ses recommandations professionnelles de 2007 comme « *une mort survenant brutalement chez un nourrisson alors que rien, dans ses antécédents connus, ne pouvait le laisser prévoir* ». La MIN est une entité reconnue dans la classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) – CIM-11.

Le terme de mort inattendue du nourrisson ne doit pas être confondu avec celui de mort subite du nourrisson (MSN) : ce dernier constitue une catégorie diagnostique, réservée aux cas survenant avant l'âge de 1 an et pour lesquels il n'est pas retrouvé de cause médicale, chirurgicale ou traumatique au décès.

Les recommandations de la HAS s'appliquent aux morts inattendues survenant entre la naissance et les deux ans de l'enfant. Elles préconisent toutefois d'étendre autant que possible les protocoles décrits aux rares cas de décès inattendus survenant chez des enfants plus âgés.

En application du plan de lutte contre les violences faites aux enfants, la HAS a été saisie pour actualiser ses recommandations et évaluer notamment l'opportunité de les étendre aux situations de mort inattendue de l'enfant de 2 à 6 ans. Selon ses conclusions, le présent cahier des charges pourra s'appliquer à ces enfants.

L'objet de ce cahier des charges est de définir les missions des centres de référence MIN, leur organisation ainsi que leurs partenariats, avec pour but de rendre les prises en charges des MIN homogènes sur l'ensemble du territoire français.

1- Définition du centre de référence MIN

- Le centre de référence de la mort inattendue du nourrisson réunit un ensemble de compétences pluridisciplinaires médicales et médico-techniques organisées par une structure hospitalo-universitaire ou hospitalière en lien avec le centre hospitalier universitaire (CHU).
- Il a pour objectif de prendre en charge l'ensemble des thématiques liées à la MIN : prévention, information et formation des professionnels de santé et du public, prise en charge systématique et la plus précoce possible des enfants décédés et de leur famille, développement de connaissances (recherche, épidémiologie...).
- Il met en place une coordination avec l'ensemble des partenaires impliqués dans cette prise en charge (professionnels de santé, dispositifs spécifiques régionaux en périnatalité¹, unités d'accueil pédiatrique enfants en danger (UAPED), équipes pédiatriques régionales référentes enfance en danger (EPRRED), professionnels de la petite enfance, services d'aide médicale urgente (SAMU), structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR), sapeurs-pompiers, agences régionales de santé, autorités judiciaires, représentants et services de l'État (préfecture, mairie, police et gendarmerie), transporteurs et opérateurs funéraires, associations de familles endeuillées...).

2- Missions des centres de référence MIN

Les centres de référence MIN mettent en œuvre les recommandations de la HAS concernant « La prise en charge en cas de mort inattendue du nourrisson (moins de deux ans) » (2007). Ils assurent leur diffusion auprès des autres acteurs impliqués.

2.1 : Assurer la prise en charge de l'enfant décédé et de sa famille

a) Sur le lieu du décès

La prise en charge de l'enfant est assurée par l'équipe de secours.

¹ Les dispositifs spécifiques régionaux en périnatalité - ex réseaux de santé - participent à l'information et à la formation des professionnels de la périnatalité.

Conformément aux recommandations de la HAS², après constatation du décès et son annonce aux parents, sont recueillies par l'équipe médicale les circonstances de décès, les données cliniques et environnementales concernant l'enfant et sa famille : examen clinique complet de l'enfant, entretien avec les personnes présentes, examen du lieu de décès, recueil du carnet de santé, etc.

Lorsqu'elles sont présentes, les forces de l'ordre recueillent les informations qui leur sont utiles.

Lorsque le décès de l'enfant ne conduit pas le médecin établissant le certificat de décès à cocher l'obstacle médico-légal (OML), le corps de l'enfant décédé est transféré systématiquement au CRMIN accompagné de ses parents.

Dans les cas où le médecin coche l'OML sur le certificat de décès, le corps peut également être transféré au CRMIN pour la réalisation de la première phase d'investigations cliniques et paracliniques (selon les recommandations de la HAS), sur décision du procureur de la République, immédiatement informé par l'officier de police judiciaire avisé, en application des dispositions de l'article 74 du Code de procédure pénale.

En ce cas, sous réserve de l'appréciation du procureur de la République et en l'absence de signes évidents d'infraction, le corps est par principe transféré au CRMIN.

b) Le transport du corps de l'enfant

Il doit être réalisé par les services mobiles d'urgence en application de la loi ([loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 - art 79](#)). L'ensemble des frais est pris en charge par l'établissement du centre de référence MIN³. En collaboration avec les SAMU départementaux et les autorités administratives concernées, le centre coordonne en amont l'organisation de la prise en charge et du transport médicalisé⁴ du corps de l'enfant décédé et de sa famille, du lieu de décès vers le centre de référence MIN. Le transport du corps de l'enfant décédé est ainsi effectué à l'aide de moyens de transports terrestres ou aériens sanitaires spécialement adaptés à cet effet et agréés conformément à l'article L. 6312-2 du Code de la santé publique (CSP).

- ♦ En lien avec la régulation du SAMU, les SMUR et les autorités compétentes (préfectures, mairies, police ou gendarmerie), le CRMIN précise en amont les procédures administratives spécifiquement requises pour le transport du corps de l'enfant vers le centre de référence MIN.
- ♦ En lien notamment avec les SAMU, le CRMIN précise également en amont les modalités de prise en charge et de transport de la famille vers le centre de référence MIN.
- ♦ Il diffuse, auprès des responsables du SAMU, la procédure permettant l'organisation et la réalisation dans de bonnes conditions de la prise en charge et du transport de l'enfant et de sa famille vers le centre de référence MIN : fiche d'information sur les procédures administratives destinée aux médecins régulateurs des SAMU et aux médecins intervenant sur place en particulier les médecins SMUR, fiche de procédure de prise en charge médicale conforme aux données actualisées de la science, fiche de premières constatations médicales (observations, investigations, premières conclusions faites sur le lieu du décès, aide à la rédaction du certificat de décès [annexe 1]) et de conseils de prise en charge de la famille destinée au médecin régulateur et au médecin sur place (recommandation HAS : fiche de recueil de données).

² https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/recommandations_mort_inattendue_nourrisson.pdf (p. 11 et s).

³ L'article R. 2213-14 du Code général des collectivités territoriales prévoit que « Les frais de transport aller et retour du lieu de décès à l'établissement de santé et les frais de prélèvement sont à la charge de l'établissement de santé dans lequel il a été procédé aux prélèvements ».

⁴ Le transport médicalisé est considéré comme un transport sanitaire au regard de l'article L. 6312-1 du CSP, qui précise que « Le transport médicalisé d'enfants décédés de cause médicalement inexpliquée, en vue de prélèvements à des fins diagnostiques et scientifiques, ainsi que le transport de leurs représentants légaux en vue d'une prise en charge adaptée, effectué à l'aide de moyens de transport terrestres, aériens ou maritimes spécialement adaptés à cet effet, est considéré comme un transport sanitaire depuis le lieu de prise en charge de l'enfant décédé jusqu'à l'établissement de santé appelé à réaliser les prélèvements. ».

Les responsables des SAMU veillent à ce que les services de SMUR et antennes de SMUR qui sont de son ressort disposent de cette procédure.

♦ Le CRMIN, avec l'aide des SAMU de la région, organise régulièrement une information des médecins de sa région, des autorités administratives (préfecture, mairie, police ou gendarmerie...) et des services des collectivités territoriales (sapeurs-pompiers, observatoires départementaux de la protection de l'enfance...) susceptibles d'intervenir dans la gestion de la mort inattendue d'un nourrisson concernant les procédures mises en place pour le transport du corps et la prise en charge et le transport des familles.

c) L'accueil et la prise en charge de l'enfant et de sa famille au CRMIN

Le médecin du centre de référence MIN organise l'accueil et la prise en charge de l'enfant et de sa famille au sein de la structure et est l'interlocuteur privilégié des parents qu'il informe et accompagne tout au long de leur parcours.

♦ Le médecin accueillant le corps confirme le décès et procède à un examen clinique et biométrique de l'enfant avec l'aide de l'équipe paramédicale du CRMIN.

♦ Il réalise l'accueil et l'accompagnement des parents et de l'entourage (fratrie) à leur arrivée, leur confirme le décès, si possible assisté par le psychologue du centre.

♦ Afin de préciser la ou les cause(s) du décès, il réalise les explorations médicales post mortem, selon un protocole multidisciplinaire conforme aux recommandations⁵ (cliniques, biologiques, radiologiques) ; il propose systématiquement à la famille la réalisation d'une autopsie médico-scientifique et recueille leur consentement écrit.

♦ Il contacte l'ensemble des partenaires médico-sociaux ayant pris en charge l'enfant auparavant (pédiatre, médecin généraliste, protection maternelle et infantile [PMI], etc.) ; il analyse le carnet de santé et il le photocopie.

♦ À chaque étape de ces explorations, **en cas de suspicion d'infraction pénale ou d'intervention d'un tiers, le centre de référence MIN informe immédiatement le procureur de la République et lui adresse un signalement.**

À l'issue des explorations, et sauf si un signalement est réalisé, le centre de référence MIN transmet systématiquement et sans délai un courrier au procureur de la République compétent en raison du lieu de découverte du corps (annexe 2).

À réception de ce courrier ou du signalement, le procureur de la République peut décider :

- De classer sans suite cette transmission et, le cas échéant, la procédure ouverte lors de la découverte du corps ;
- D'ouvrir une enquête pénale sur la base de ces éléments ;
- De modifier le cadre de l'enquête précédemment ouverte.

Il informe le centre de référence MIN de sa décision en application des dispositions de l'article 40-2 du Code de procédure pénale. Afin de permettre la conduite rapide des investigations médicales et scientifiques, cette information est communiquée dans les meilleurs délais, selon des modalités de transmission définies localement (écrit, contact téléphonique...).

- En cas d'ouverture d'une enquête, le procureur de la République fait diligenter des investigations notamment médico-légales (examen externe, scanner, autopsie judiciaire).

⁵ Recommandations professionnelles, Prise en charge en cas de mort inattendue du nourrisson (moins de 2 ans), Haute Autorité de santé 2007.

- En cas de classement sans suite, le centre de référence MIN pourra poursuivre les explorations médicales et notamment procéder à une autopsie scientifique⁶ dans le cadre établi par le protocole de la HAS par le médecin pathologiste, s'il en a obtenu l'accord écrit recueilli au terme d'un entretien personnalisé avec les représentants légaux de l'enfant. **Si les constatations effectuées lors de l'autopsie révèlent la suspicion d'une infraction pénale ou d'une intervention d'un tiers, le procureur de la République en est immédiatement informé par le biais d'un signalement.** Il pourra, dès lors, décider de l'ouverture d'une enquête pénale⁷.

- ♦ Le médecin pathologiste consigne l'ensemble des informations recueillies sur un dossier de prise en charge, conçu à cet effet.
- ♦ Le médecin du centre de référence met en place une réunion de concertation pluridisciplinaire avec l'ensemble des partenaires (pédiatres, pathologistes, médecins légistes, biologistes, radiologues... et partenaires extérieurs ayant pris part à la prise en charge médico-sociale de l'enfant) afin de confronter les données concernant l'enfant et établir les éventuelles causes ou facteurs favorisant du décès.
- ♦ Il veille à ce que les conditions matérielles et humaines d'accompagnement de la famille soient réunies : aide et simplification des formalités administratives, mise à disposition d'un lieu adapté pour se recueillir auprès de l'enfant, organisation des transports aller/retour en cas d'explorations externalisées, permettant un retour rapide de l'enfant sur le site de référence initial ...).
- ♦ Il informe les parents et assure leur suivi et celui de la fratrie avec l'aide du psychologue et en lien avec les partenaires extérieurs (médecin traitant, assistant social...). Pour assurer la continuité de la prise en charge des familles, il développe en tant que de besoin des liens avec les structures de suivi social et psychothérapeutique du territoire susceptibles de prendre le relais.
- ♦ **Si une cause violente est suspectée en cours de prise en charge au CRMIN, la délivrance de l'information à la famille est soumise à l'accord préalable du procureur.** L'accompagnement des familles se fera en lien avec les UAPED, les EPRRED travaillant étroitement avec les CRMIN et les équipes du conseil départemental compétent.
- ♦ Pour chacune des étapes de la prise en charge du corps de l'enfant décédé et de sa famille, aucun reste à charge ne peut être appliqué aux familles.

2.2 : Élaborer et mettre en place une information et une formation sur la prise en charge des MIN pour les professionnels de santé, professionnels sociaux, judiciaires de sa région

Ces actions s'inscrivent dans le cadre d'actions concertées avec les autres centres de référence MIN, les professionnels impliqués, les associations de familles endeuillées et d'usagers de la santé, les dispositifs spécifiques régionaux en périnatalité et les autorités de tutelles. Elles ciblent notamment :

- Les médecins : pédiatres, généralistes, médecins SAMU/SMUR, urgentistes, médecins légistes, pathologistes, psychiatres et pédopsychiatres, réanimateurs, biologistes, radiologues, obstétriciens... ;
- Les infirmier(e)s, puériculteur(trice)s, auxiliaires de puériculture des services de PMI, de maternité et de pédiatrie ;
- Les sages-femmes ;
- Les psychologues ;
- Les services d'incendie et de secours (sapeurs-pompiers) ;

⁶ Selon les recommandations en vigueur pour l'exploration d'une mort inattendue du nourrisson, qui s'inscrivent dans le respect de la procédure d'une autopsie médico-légale, au cas où celle-ci s'avérerait nécessaire (découverte, au cours de l'autopsie, de signes faisant suspecter un décès par maltraitance ou homicide).

⁷ Il convient en effet de noter que la décision de classement sans suite n'est pas un acte définitif. Le procureur de la République, qui dispose du libre exercice de l'action publique, peut revenir sur sa décision de classement sans suite à tout moment, notamment en cas de transmission d'un nouvel élément.

- Les magistrats ;
- Les préfetures de département ;
- Les services de police ou de gendarmerie ;
- Le personnel des mairies chargé de l'état civil ;
- Les opérateurs funéraires.

2.3 : Élaborer et mettre en place des actions de prévention de la mort inattendue du nourrisson en informant le grand public et les professionnels concernés

Ces actions s'inscrivent dans le cadre d'actions concertées avec les autres centres de référence MIN, les professionnels de santé impliqués, les professionnels de la petite enfance, les services de PMI, les associations de familles endeuillées et d'usagers de la santé, les dispositifs spécifiques régionaux en périnatalité et les autorités de tutelles.

Elles ciblent particulièrement les futurs parents durant le suivi de la grossesse, les jeunes parents et leur famille.

L'information délivrée porte sur les facteurs de risque de la mort inattendue du nourrisson et leur mode de prévention, selon les recommandations professionnelles établies.

Cette information est également délivrée aux structures de protection des consommateurs, avec mise en place d'un dispositif d'alerte lorsqu'un objet matériel ou un dispositif de couchage est en cause.

3- Modalités d'organisation d'un centre de référence MIN

3.1 : Compétences médicales et médico-techniques requises

a) Les compétences humaines « socle » requises pour un centre de référence en « propre » ou par convention avec d'autres structures :

- ◆ Pédiatres expérimentés dans l'accueil et la prise en charge des enfants décédés de MIN et de leurs familles. Ils sont aidés, en tant que de besoin, par des médecins de l'établissement sensibilisés à cet accueil et ces prises en charge afin que le centre puisse être opérationnel en continu par une présence pédiatrique sur site ou par téléphone ;
- ◆ Médecin légiste avec si possible une expérience pédiatrique ;
- ◆ Pathologiste avec si possible une expérience pédiatrique, mobilisable pour la réalisation d'un examen dans les 48 heures ;
- ◆ Psychologue formé au suivi de ces situations (soutien des familles et des équipes des CRMIN) ;
- ◆ Assistant(e) social(e) ;
- ◆ Cadre de santé et infirmier diplômé d'État (IDE) spécialisé en puériculture ;
- ◆ Secrétaire médicale.

b) Les compétences médico-techniques requises :

Le centre doit disposer, au sein du centre hospitalo-universitaire ou hospitalier, d'un plateau médico-technique adapté à la réalisation des explorations préconisées dans les recommandations professionnelles comprenant :

- ◆ Un laboratoire de biologie médicale ;
- ◆ Un service d'imagerie médicale ;
- ◆ Un service d'anatomopathologie ;
- ◆ Un plateau technique permettant la réalisation des autopsies, avec si possible un référent pédiatrique.

Ces compétences médico-techniques doivent pouvoir être mobilisées dans les meilleurs délais. En cas d'organisation multi-sites du centre de référence MIN, ces compétences doivent être accessibles quel que soit le site annexe correspondant à la prise en charge initiale. Pour ce faire, une procédure aller/retour de transport du corps doit être prévue pour la réalisation d'explorations éventuelles.

c) L'appui logistique du département d'information médicale peut être utile pour concourir au recueil de données à des fins épidémiologiques.

3.2 : Organisation interne

Le centre de référence MIN peut être organisé selon plusieurs configurations :

- ♦ Soit, à partir d'un pôle unique, regroupant l'ensemble des services médicaux et médico-techniques d'un établissement ;
- ♦ Soit, se composer de plusieurs sites géographiquement distincts qui se coordonnent pour mobiliser l'ensemble des services médicaux et médico-techniques à l'appui de la prise en charge des MIN.

Par exemple : le centre de référence MIN peut s'organiser ainsi :

- Plusieurs sites « annexes » en proximité (centre hospitalier régional [CHR], centre hospitalier général [CHG]), en lien avec le centre hospitalier universitaire (CHU) dont il dépend, réalisent l'accueil des enfants et des familles par un pédiatre confirmé ainsi que les constatations cliniques et les explorations de base (biologie, radiologie, etc.) et organisent la prise en charge au cas par cas en lien avec le pédiatre coordonnateur du « site de référence ». Le référent du site annexe-est également responsable de la tenue du dossier ;
- Un site « ressources » (CHU le plus souvent) regroupant, autour d'un plateau technique, les compétences médico-techniques spécifiques nécessaires (autopsie, toxicologie, imagerie par scanner ou imagerie par résonance magnétique [IRM], banque de tissu, conservation de la sérothèque, etc.) ;
- Une coordination d'ensemble, effectuée par un pédiatre hospitalier du CHU porteur du CRMIN.

Dans le cas d'une organisation multi-sites, des conventions sont passées entre chacun des établissements concernés, afin de préciser le rôle de chacun dont l'accueil des familles, l'organisation du transport du corps de l'enfant vers le site où seront réalisés les examens puis le retour rapide de l'enfant vers l'établissement de santé initial.

3.3 : Organisation territoriale avec les acteurs concourant à la prise en charge des enfants décédés de manière inattendue

L'agence régionale de santé, en concertation avec les professionnels concernés, définit l'organisation territoriale retenue qui doit permettre de couvrir l'ensemble du territoire régional (cf. listes et coordonnées des CRMIN en annexe 3).

Chaque centre de référence MIN dispose d'un médecin coordonnateur.

Un protocole médical formalisant leurs relations est signé entre le centre de référence et les établissements susceptibles de prendre en charge en première intention les situations de mort inattendue du nourrisson (établissements ayant un service d'urgences pédiatriques, établissements sièges d'un SAMU, établissements sièges d'un SMUR, maternités etc.). Ce protocole permet de définir les rôles de chacun, formaliser les procédures et diffuser les informations nécessaires à la bonne prise en charge de l'enfant décédé et de sa famille.

3.4 : Collaboration avec les acteurs intervenant dans des champs connexes de la MIN

Les équipes des UAPED peuvent être sollicitées par les CRMIN en raison de leur expertise en pédiatrie médico-légale⁸ et pour le traitement de ces situations, notamment s'agissant de l'identification des suites à donner et des démarches à accomplir pour le reste de la fratrie.

Les EPRRED, qui sont en lien étroit avec les UAPED du territoire et le CRMIN, sont présentes lors des réunions annuelles des CRMIN et apportent leur expertise professionnelle en tant que de besoin.

4- Contribution au développement de la connaissance et à la surveillance

4.1 : Rapport d'activité

Chaque année, le centre de référence MIN établit un rapport d'évaluation précisant :

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

Le rapport d'activité PIRAMIG (pilotage des rapports d'activité des missions d'intérêt général) est complété chaque année avec l'aide de la direction de l'établissement au sein duquel est implanté le centre de référence MIN. Les données financières relevant du suivi PIRAMIG sont par ailleurs transmises à l'équipe PIRAMIG (Sous-direction de la stratégie et des ressources, Direction générale de l'offre de soins, Ministère de la santé et de la prévention) par la direction de l'établissement. Ce rapport est ensuite mis à la disposition du directeur de l'agence régionale de santé concernée.

4.2 : Participation à l'Observatoire national de la mort inattendue du nourrisson

Afin d'améliorer l'exhaustivité et la qualité des données sur la mort inattendue du nourrisson, chaque centre de référence MIN participe systématiquement au recueil des données épidémiologiques ainsi qu'à la constitution de la biocollection tels qu'ils sont préconisés par l'Observatoire national des MIN, labellisé « registre national » en avril 2021 par la CER (Commission d'évaluation des registres).

⁸ Instruction n° DGOS/R4/R3/R2/2021/220 du 3 novembre 2021 relative à la structuration de parcours de soins pour les enfants victimes de violences, concernant le déploiement des unités d'accueil pédiatriques enfant en danger (UAPED) et la création d'équipes régionales référentes de l'enfance en danger ([BO Santé - Protection sociale - Solidarité n° 2021/23 du 15 décembre 2021, page 54 et s.](#)).

Annexe 1 : Aide à la décision d'un obstacle médico-légal (OML)

Préambule :

Cette annexe vise à préciser, pour un clinicien non spécialisé chargé de constater le décès, les situations dans lesquelles il peut être amené à poser un OML dans le contexte d'une mort inattendue d'un nourrisson (0-2 ans). Cette liste est non exhaustive et non opposable.

Sur le lieu de découverte du corps :

- Survenu du décès alors que l'enfant est confié ou avec un tiers ;
- Explications floues, contradictoires, fluctuantes dans le temps ;
- Refus des parents du transport de l'enfant vers le CRMIN ;
- Lésions cutanées d'allure suspecte (ecchymose, hématome, abrasion, brûlure, plaie, morsure) avec distinction des lésions entre l'enfant déambulant et non déambulant ;
- Signes de strangulation et/ou présence de pétéchies au niveau de la face ;
- Éléments cadavériques incompatibles avec les éléments de l'anamnèse.
- Aspect de dénutrition

Lors de la prise en charge au CRRMIN :

- Absence de suivi médical sur l'étude du carnet de santé, absence de vaccination ;
- Notion de décès d'un autre enfant dans la fratrie sans explication médicale ;
- Notion de malaises à répétition avec consultation/hospitalisation itératives sans explication médicale ;
- Consultation pour une pathologie/hospitalisation récente (72 heures) avant le décès ;
- Inquiétude sur la famille rapportée par la PMI et/ou le médecin traitant.

Annexe 2 : Exemple de courrier du CRMIN à l'attention du procureur de la République

Madame ou Monsieur le procureur,

Le centre de référence de la mort inattendue du nourrisson de

a reçu le corps de l'enfant (prénom et nom)

né(e) le

à

de (prénom et nom) et de (prénom et nom)

décédé(e)

le

à

Au terme des explorations cliniques et paracliniques initiales coordonnées par notre unité et menées conformément aux recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS), et notamment de l'autopsie scientifique réalisée [*mention à rayer en cas d'absence d'autopsie scientifique*] nous ne disposons pas d'argument justifiant qu'un signalement vous soit adressé.

Respectueusement,

Pour le CRMIN de

Dr

Mail :

Téléphone :

Date :

Signature :

Annexe 3 : Liste des centres de référence de la mort inattendue du nourrisson

RÉGION	ÉTABLISSEMENT SIÈGE D'UN CRMIN	COMMUNE CONCERNÉE	NOMBRE DE CRMIN PAR RÉGION
Auvergne Rhône-Alpes	CHU de Clermont	CLERMONT-FERRAND	4
	CHU de St-Étienne	SAINT-ÉTIENNE	
	CHU de Grenoble	GRENOBLE	
	HCL	LYON	
Bourgogne-Franche-Comté	CHRU de Dijon	DIJON	2
	CHU de Besançon	BESANCON	
Bretagne	CHRU de Rennes	RENNES	2
	CHU de Brest	BREST	
Centre-Val de Loire	CHRU de Tours	TOURS	2
	CHR d'Orléans	ORLEANS	
Corse	Absence de centre identifié - Mutualisation avec la région PACA		0
Grand Est	CHU de Strasbourg	STRASBOURG	3
	CHU de Reims	REIMS	
	CHRU de Nancy	NANCY	
Hauts-de-France	CHU de Lille	LILLE	2
	CHU d'Amiens	AMIENS	
Île-de-France	APHP - Hôpital Antoine BÉCLÈRE	CLAMART	4
	CH Sud Francilien	CORBEIL-ESSONNES	
	APHP-Hôpital Jean VERDIER	BONDY	
	Centre hospitalier René DUBOS	PONTOISE	
Normandie	CHU de Caen	CAEN	2
	CHRU de Rouen	ROUEN	
Nouvelle-Aquitaine	CHU de Poitiers	POITIERS	3
	CHU de Limoges	LIMOGES	
	CHU de Bordeaux	BORDEAUX	
Occitanie	CHU de Montpellier	MONTPELLIER	3
	CHU de Toulouse	TOULOUSE	
	CHIC de Tarbes	TARBES	
Pays de la Loire	CHU de Nantes	NANTES	2
	CHU d'Angers	ANGERS	
Provence-Alpes-Côte d'Azur	CHU de Nice	NICE	2
	APHM - Hôpital de la Conception	MARSEILLE	
Guadeloupe	CHU de Pointe-à-Pitre	LES ABYMES	1
Martinique	CHU Fort-de-France	FORT-DE-FRANCE	1
Guyane	Absence de centre identifié		0
La Réunion	CHRU St-Denis de la Réunion	SAINT-DENIS DE LA REUNION	1
Mayotte	Absence de centre identifié		0