



**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ, DES FAMILLES,
DE L'AUTONOMIE
ET DES PERSONNES HANDICAPÉES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Instruction n° DGOS/P1/DGS/SP1/DREES/OSAM/BESP/2026/106 du 4 août 2026 relative à la généralisation des revues de morbi-mortalité (RMM) en périnatalité dans les établissements de santé

La ministre de la santé, des familles, de l'autonomie
et des personnes handicapées

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé (ARS)

Référence	NOR : SFHH2619391J (numéro interne 2026/106)
Date de signature	04/08/2026
Emetteurs	Ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées Direction générale de l'offre de soins (DGOS) Direction générale de la santé (DGS) Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
Objet	Généralisation des revues de morbi-mortalité (RMM) en périnatalité dans les établissements de santé.
Action à réaliser	Il est attendu des ARS une diffusion du présent document et de son annexe à l'ensemble des acteurs de la périnatalité du territoire régional.
Résultat attendu	La généralisation des RMM en périnatalité répond à l'objectif d'améliorer la compréhension des décès néonataux et in fine de les réduire.
Echéance	Début de la démarche au 1 ^{er} octobre 2026 et généralisation des RMM au 1 ^{er} janvier 2027.
Contacts utiles	Direction générale de l'offre de soins Sous-direction de la prise en charge hospitalière et des parcours ville-hôpital Bureau des prises en charge en médecine, chirurgie et obstétrique (P1) Frédérique COLLOMBET MIGEON Mél. : frederique.collombet-migeon@sante.gouv.fr Direction générale de la santé Sous-direction Santé des populations et prévention des maladies chroniques Bureau Santé des populations (SP1) Sixtine BRABANT Mél. : dgs-sp1@sante.gouv.fr

Nombre de pages et annexe	4 pages et 1 annexe (13 pages) Annexe - Détail de la méthodologie socle pour la généralisation des RMM sur l'ensemble du territoire
Résumé	La présente instruction porte à votre connaissance le projet de généraliser les revues de morbi-mortalité en périnatalité en établissement de santé, dont il vous est demandé d'accompagner la mise en place et de suivre la montée en charge. L'annexe, à transmettre aux acteurs, précise les réflexions à conduire par les maternités et les services de soins spécialisés néonataux, pour démarrer, à compter du 1 ^{er} octobre 2026, les travaux préparatoires nécessaires à cette généralisation. L'objectif est de parvenir à un déploiement des RMM au 1 ^{er} janvier 2027 au plus tard. Les RMM permettent une analyse des causes des décès et doivent conduire localement à des plans d'actions correctifs, dans un but d'amélioration continue des pratiques professionnelles et des organisations. Ces revues doivent aussi permettre de valider les données PMSI enregistrées sur les séjours accouchements et naissances de la population cible. La méthodologie décrite en annexe de la présente instruction décrit un socle devant être identique dans toutes les régions. Des initiatives régionales sont possibles, en fonction des spécificités de chaque région. Cette méthodologie précise en outre les indicateurs à faire remonter au niveau national pour un suivi précis de ce projet.
Mention Outre-mer	Le texte s'applique en Guadeloupe, en Martinique, en Guyane, à la Réunion, ainsi qu'à Mayotte.
Mots-clés	Mortalité périnatale et néonatale ; mortalité infantile ; Revue de morbi-mortalité ; nouveau-nés, maternités, Fédération française des réseaux de périnatalité (FFRSP) ; dispositifs spécifiques régionaux en périnatalité (DSRP).
Classement thématique	Etablissements de santé / Organisation
Texte de référence	Instruction n° DGOS/R3/DGS/SP1/2023/122 du 3 août 2023 relative à l'actualisation des missions des dispositifs spécifiques régionaux en périnatalité
Circulaire / instruction abrogée	Néant
Circulaire / instruction modifiée	Néant
Rediffusion locale	Dispositifs spécifiques régionaux en périnatalité et établissements de santé autorisés à la gynécologie-obstétrique.
Validée par le CNP du 24 juillet 2026 - Visa CNP 2026-52	
Document opposable	Non
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

La présente instruction porte à votre attention l'objectif national de généraliser les revues de morbi-mortalité (RMM) pour l'ensemble des décès péri et néonataux, inattendus au regard de la situation, constatés à terme ou à proximité du terme et décrit en annexe, à l'attention des acteurs, la méthodologie commune attendue de la démarche.

Vous veillerez à diffuser l'annexe jointe à l'instruction aux dispositifs spécifiques régionaux en périnatalité et aux établissements de santé autorisés à la gynécologie-obstétrique afin qu'ils les fassent suivre à tous les professionnels concernés, dans le service qualité de chaque établissement ainsi que dans les services de gynécologie-obstétrique et de soins spécialisés néonataux concernés.

I. Contexte du projet : un taux de mortalité périnatale qui ne s'améliore pas en France

D'après l'Insee, en 2025, 2 550 enfants de moins d'un an sont décédés en France, soit 4,0 décès pour 1 000 enfants nés vivants. Depuis 2011, le taux de mortalité infantile a augmenté jusqu'en 2024, passant de 3,5 ‰ à 4,1 ‰, avant d'amorcer une légère baisse en 2025 (4,0 ‰). Cette hausse concerne quasi exclusivement la mortalité néonatale de 1 à 27 jours de vie, qui est passée de 1,5 ‰ en 2011 à 2,0 ‰ en 2024. La mortalité périnatale quant à elle se compose de la mortinatalité (mort-nés) et de la mortalité néonatale précoce (décès survenant entre 0 à 6 jours de vie). En 2019, avec un taux de mortalité périnatale hors interruption médicale de grossesse (IMG) et à partir de 24 SA de 5,4 ‰, la France se situait au 16e rang européen sur 28 (Euro-Péristat, 2022).

II. Objectif du projet : la généralisation des RMM des décès périnataux et néonataux à terme et à proximité du terme

En 2024, une mission exploratoire pilotée par la Fédération française des réseaux de santé en périnatalité (FFRSP) à la demande du ministère en charge de la santé, a testé la mise en place de RMM systématiques et harmonisées, bénéficiant de l'appui du Dispositif spécifique régional en périnatalité (DSRP) du territoire concerné et visant à associer les différents professionnels concernés, dans plusieurs situations identifiées¹. Elle a permis de démontrer son intérêt pour l'amélioration des pratiques et des organisations en périnatalité. L'étude s'est accompagnée d'une bonne acceptabilité des professionnels. S'agissant de la cohorte des décès néonataux (soit un tiers des cas étudiés), les analyses ont mis en évidence des dysfonctionnements dans plus d'un cas sur deux.

Au regard de ces résultats concluants, le déploiement des revues de morbidité et de mortalité (RMM) systématiques des décès périnataux devra être engagé dans l'ensemble des régions **à compter du 1^{er} octobre 2026, pour une généralisation au plus tard au 1^{er} janvier 2027**, dans l'ensemble des maternités et services de réanimation néonatale, soins intensifs néonataux, et néonatalogie, quel que soit le type de maternités ou leur niveau d'activité.

Des indicateurs communs à tous les territoires devront être recueillis et remontés au niveau régional, puis transmis au niveau national, pour valider et enrichir les données existantes. Ces indicateurs permettront à la fois de suivre le déploiement des RMM, d'améliorer les connaissances sur la mortalité périnatale et de valider et d'améliorer la qualité des données du PMSI utilisées comme source de référence pour l'enregistrement de la mortinatalité en France.

Cette généralisation intervient en cohérence avec les démarches découlant de la déclaration obligatoire des événements indésirables graves associés aux soins et des bonnes pratiques professionnelles dans les situations de décès², comme rappelé dans le guide produit par la HAS en 2009³.

¹ Décès néonataux à terme, morts fœtales *in utero* et interruptions médicales de grossesse.

² Décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients.

³ Revue de mortalité et de morbidité, Guide HAS, 2009.

Au-delà du socle méthodologique commun, décrit en annexe, des démarches régionales spécifiques peuvent être engagées. Ainsi, si la RMM est obligatoire pour les décès inattendus de nouveau-nés $\geq 36+0$ SA issus d'une naissance unique, rien n'exclut, au niveau régional ou local, d'étendre cette démarche à d'autres cas relevant d'une analyse des pratiques professionnelles. De même, il est possible, au niveau régional, de mettre en place des RMM complémentaires à celles de chaque établissement, afin de permettre un partage d'expérience à cette échelle.

Il vous est demandé d'accompagner la mise en place du projet dans le calendrier mentionné ci-dessus et de suivre annuellement les résultats de l'activité de RMM de votre région (vous serez destinataire de la part du ou des DSRP de votre territoire, au plus tard au 30 avril de chaque année, d'un relevé d'activité de l'année précédente, dans le cadre prévu par l'annexe).

Une évaluation de la démarche sera réalisée au bout de deux années de fonctionnement, avec un ajustement éventuel possible du dispositif.

Vu au titre du CNP par la secrétaire générale adjointe,



Sophie BARON

Pour la ministre et par délégation :
Le directeur général de l'offre de soins,



Hugo GILARDI

Pour la ministre et par délégation :
La directrice générale adjointe de la santé,



Sarah SAUNERON

Pour la ministre et par délégation :
La cheffe de service auprès du directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques,



Christelle MINODIER

ANNEXE 1 : Détail de la méthodologie socle pour la généralisation des RMM sur l'ensemble du territoire

Dans les annexes suivantes seront présentées :

- *Annexe 1.1 : Les définitions en mortalité périnatale et infantile*
- *Annexe 1.2 : Fiche « type » de déclaration d'un cas éligible à une RMM au DSRP concerné*
- *Annexe 1.3 : Organisation d'une RMM*
- *Annexe 1.4 : Fiche de recueil des items annuels de l'activité par établissement*
- *Annexe 1.5 : Fiche de recueil annuel d'activité régionale*

Le déploiement des revues de morbidité et de mortalité (RMM) systématiques des décès périnataux devra être engagé dans l'ensemble des régions **à compter du 1^{er} octobre 2026, pour une généralisation au plus tard au 1^{er} janvier 2027**, dans l'ensemble des maternités et services de réanimation néonatale, soins intensifs néonataux, et néonatalogie, quel que soit le type de maternités ou leur niveau d'activité. Le présent document précise la méthodologie, commune à tous, à appliquer.

1) Objet et domaine d'application de la RMM

Cette démarche sera mise en œuvre sous l'impulsion des directions d'établissements (et notamment de leurs directions qualité), qui désigneront le référent RMM périnatalité de l'établissement. Cette démarche devra être intégrée au dispositif de gestion des risques de l'établissement et constitue un volet des différentes procédures existantes de gestion de risque. Les directions qualité s'assureront de l'élaboration d'une procédure écrite de description de la démarche RMM suivant le modèle du guide de la HAS¹.

Elles archiveront les comptes rendus de RMM et le relevé annuel d'activité. Ces éléments ont vocation à être pris en compte dans le cadre des démarches d'évaluation externe, notamment celle de la certification des établissements de santé par la HAS.

Le département d'information médicale (DIM) de l'établissement fournira au moins une fois par semestre au référent RMM-périnatalité les données des séjours PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information) enregistrées pour l'ensemble des décès périnataux constatés sur la période semestrielle considérée.

a. Définition de la RMM

D'après le guide de la HAS :

« Une revue de mortalité et de morbidité (RMM) est une analyse collective, rétrospective et systémique de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication, ou d'un événement qui aurait pu causer un dommage au patient, qui a pour objectif la mise en œuvre et le suivi d'actions pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins. »

Cette démarche s'inscrit dans une logique de compréhension des événements afin d'identifier d'éventuels dysfonctionnements de l'organisation collective, et non des fautes individuelles.

L'utilisation de la grille ALARM² doit permettre de classer les différents niveaux de contexte attachés à l'évènement, allant d'une sphère proche de l'acte de soin (patient, tâche à accomplir, soignant) vers des strates organisationnelles de plus en plus éloignées (équipe, environnement de travail, organisation et management, contexte institutionnel).

¹ [Haute Autorité de Santé - Revue de mortalité et de morbidité \(RMM\)](#)

² Grille ALARM : La méthode d'analyse ALARM a pour objectif, à partir de l'identification de la ou des causes immédiates d'un événement, de rechercher les facteurs contributifs à la survenue de ces erreurs pour les corriger en installant des actions correctrices. Cette grille a été validée par la Haute Autorité de santé. [Haute Autorité de Santé - Grille ALARM](#)

b. Recensement de tous les décès périnataux et néonataux

Il est demandé aux établissements de **déclarer, via l'annexe fiche de déclaration des cas, au DSRP de leur ressort la totalité des décès survenus à partir de 36⁺⁰ SA**, grossesse unique dont :

- Les enfants nés sans vie, suite à une interruption médicale de grossesse (IMG) ;
- Les morts fœtales spontanées (MFS), y compris les MFS « consenties³ » ;
- Les enfants nés vivants et décédés jusqu'à leur 28^{ème} jour de vie ;
- Les décès néonataux « consentis » c'est-à-dire les cas pour lesquels une décision de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques actives (LATA) a été prise en période anténatale, de façon multidisciplinaire.

Ce recensement doit permettre le dénombrement de tous les cas de décès et le suivi de ceux pris en compte en RMM. Le service qualité et gestion des risques de l'établissement doit être également informé de l'évènement.

Par ailleurs il convient, au niveau de chaque établissement, de vérifier pour l'ensemble de ces décès, l'adéquation entre les informations codées dans le PMSI et les informations notées dans le dossier médical. Cette vérification permet de s'assurer que les critères de sélection des cas à analyser en RMM (cf. infra.) sont correctement respectés et de vérifier la qualité du codage des données du PMSI qui servent à établir des statistiques de références, pour le suivi de la mortalité périnatale. L'expertise des DIM est donc indispensable pour cette étape. La confrontation des données codées dans le PMSI et du type de déclaration effectuée (enfant né vivant et viable puis décédé avec remplissage d'un certificat médical de décès ou certificat d'accouchement pour enfant né sans vie) doit permettre de s'assurer de la cohérence des déclarations sur le type de décès. En fonction de l'organisation interne mise en place, le DIM assurera cette vérification en lien avec le référent RMM, les équipes cliniques (salle de naissance, soins spécialisés néonataux), et les services administratifs (admissions). Il est rappelé qu'en cas d'erreur constatée *a posteriori* sur un certificat médical de décès, le Cépidec peut être contacté.

c. Périmètre des cas à examiner en RMM

Le périmètre défini pour sélectionner les cas susceptibles de faire l'objet d'une RMM, en application de la démarche nationale, correspond aux décès périnataux et néonataux **inattendus**, naissance **unique**, à terme et à proximité du **terme (≥ 36⁺⁰ SA)** c'est-à-dire les décès d'enfants nés sans vie ou **nés vivants et décédés de J0 à J27** (période périnatale et néonatale).

Les cas éligibles à une RMM comprennent :

- Les morts fœtales spontanées survenues pendant le travail, (MFS *perpartum*) sans critère d'exclusion (environ 75 cas par an).
- Les morts fœtales spontanées survenues avant le début du travail (MFS *ante partum*) sans critère d'exclusion (environ 900 cas / an).
- Tous les décès néonataux (J0 – J27), (environ 560 cas/an).

L'obligation de RMM pour les décès inattendus des nouveau-nés ≥ 36⁺⁰ SA, naissance unique n'exclut pas la possibilité, au niveau régional ou local, d'étendre cette démarche à d'autres cas relevant d'une analyse des pratiques professionnelles.

³ Il s'agit de dossiers examinés par un CPDPN, qui auraient pu donner lieu à une autorisation d'IMG en raison d'anomalies fœtales graves, mais sans demande d'attestation par les familles et avec évolution de la grossesse vers une mort fœtale spontanée. Il peut aussi s'agir de morts fœtales spontanées survenues avant la réalisation d'une IMG autorisée.

d. Estimation du nombre de cas et montée en charge

À titre indicatif, selon les données du PMSI 2023, 35 établissements seront amenés, au vu des décès les concernant, à réaliser plus de 10 RMM/an avec les critères proposés (avec un maximum de 34 cas dans l'établissement le plus concerné en France métropolitaine avant exclusion des décès néonataux « consentis »).

Durant les deux premières années de mises en œuvre, les maternités, dont le nombre de cas éligibles excède 10 par an, **pourront ne sélectionner qu'une partie des cas** pour un examen en RMM, en prenant en compte par ordre de priorité, les critères suivants :

- Les morts néonatales (enfants nés vivants, et décédés entre J0 et J27), hors décès consentis.
- Les MFS survenues pendant le travail.
- Les MFS avec décès certain $\geq 36^{+0}$ SA mais intervenues avant le travail.

Dans tous les cas, les maternités en difficulté pour réaliser l'exhaustivité de ces analyses sont invitées à se rapprocher de leur DSRP, qui pourra les appuyer dans leur démarche (cf. paragraphe 2.c. Appui du DSRP).

e. Circuit de déclaration des événements indésirables graves associés aux soins(EIGS)

Il convient de rappeler que tout événement indésirable grave associé aux soins (EIGS) qu'il s'agisse d'un décès ou d'une mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent y compris une anomalie ou une malformation congénitale doit faire l'objet d'une déclaration par un professionnel de santé, quel que soit son lieu et mode d'exercice, ou par un représentant légal d'établissement de santé, via le portail des signalements des événements sanitaires indésirables <https://signalement.social-sante.gouv.fr/> auprès du directeur général de l'agence régionale de santé⁴. La démarche de RMM en périnatalité **ne modifie en rien le circuit préexistant de déclaration des EIGS**.

La RMM réalisée au titre de la démarche nationale de généralisation des RMM pour les décès périnataux peut ainsi servir si besoin de support pour compléter le 2^e volet du formulaire de déclaration de l'EIG correspondant.

2) Organisation de la RMM

a. Au niveau de l'établissement de santé

- Le référent RMM périnatalité de l'établissement

Il est indispensable d'identifier un professionnel de santé volontaire pour coordonner l'organisation de la RMM des services pour une durée déterminée. Ce professionnel sera le référent RMM périnatalité de son établissement. Il sera appuyé par le médecin DIM et le service qualité gestion des risques de l'établissement. Il sera le correspondant du DSRP.

- Les participants et les conditions d'engagement des professionnels aux RMM

La RMM concerne tous les acteurs impliqués dans la prise en charge de la mère et du nouveau-né concernés. Toutes les personnes qui assistent à ces réunions sont tenues au secret professionnel.

⁴ Décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients.

Les dossiers présentés sont anonymisés. Ils ne comportent aucune information permettant d'identifier, directement ou indirectement, les patients et les professionnels concernés. Par ailleurs, les documents relatifs à la RMM (comptes rendus et bilan d'activité annuel) sont anonymes et archivés avec les autres documents qualité du secteur d'activité.

- La répartition des tâches et les modalités d'organisation

En annexe figure un modèle de déroulement des réunions et un tableau de répartition des tâches s'inspirant de l'organisation proposée par la FFRSP pour les RMM inter-établissements.

À l'occasion de l'examen d'un cas difficile, la HAS recommande d'inviter un professionnel expérimenté en méthodologie et soutien pour l'analyse approfondie de la situation.

b. Appui du DSRP

Le DSRP s'organise pour désigner en son sein un référent pour la démarche RMM.

Ce référent a notamment pour mission de :

- Collecter et consolider les indicateurs au niveau régional et les transmettre au niveau national (FFRSP) ainsi qu'à l'ARS ; cette transmission intervient au plus tard le 30 avril de chaque année N pour les données N-1 ;
- Appuyer les établissements qui en font la demande (notamment établissements ayant à faire face à un nombre important de RMM, établissements dépourvus de directions qualité, etc.), en délivrant son expertise en termes de mise en place des RMM, de préparation de celles-ci, d'analyse des cas ainsi que d'élaboration et de suivi des plans d'action en découlant ;
- Coordonner les RMM inter-établissements, pour différentes situations spécifiques, à titre d'exemple, les décès survenus consécutivement à un transfert inter-établissements, qui nécessite d'associer à la RMM, au-delà de l'équipe de la maternité de rattachement, les autres acteurs concernés (établissement destinataire du transfert, transporteur, etc.). Pour ces RMM inter-établissements, les DSRP pourront, en fonction du volume de dossiers à analyser et s'ils le jugent utile, mettre en place une organisation prévoyant une préanalyse des cas et permettant de ne soumettre à la RMM, pour examen approfondi, qu'une sélection de dossiers. Par ailleurs, durant les deux premières années de mise en œuvre, les DSRP pourront, eu égard à la charge que représente ce dispositif, limiter l'analyse réalisée en RMM inter établissements à une partie seulement des cas éligibles.
- S'assurer de l'exhaustivité d'examen en RMM des cas de décès de l'établissement conforme à la cible de déploiement des RMM ;
- Apporter un appui sur les actions correctrices à mettre en œuvre si besoin.

En fonction de l'impulsion régionale, portée par les ARS : coordonner les RMM permettant un partage d'expérience au niveau régional, et en complément des RMM de chaque établissement.

3) Le suivi des plans d'action

Au-delà de la réalisation des revues de cas et de la RMM, les maternités et services de soins spécialisés néonataux veilleront à assurer la mise en œuvre effective et le suivi rigoureux des actions correctrices, en réponse aux dysfonctionnements identifiés.

Il est souhaitable que chaque DSRP organise, en présence des professionnels de santé référents RMM des établissements, une réunion annuelle consacrée au suivi et à l'évaluation des actions mises en œuvre lors des RMM ou à la préparation du relevé d'activité.

4) Les indicateurs de suivi

a. Le relevé annuel d'activité

Conformément aux préconisations de la HAS, les établissements rédigeront un relevé annuel d'activité des RMM réalisées au titre de la démarche nationale, qui comprendra :

- Le nombre total de réunions de morbidité-mortalité réalisées au titre de l'année civile considérée en incluant celles réalisées par l'établissement et celles le cas échéant conduites par le DRSP au titre de décès de nouveau-nés ou de morts fœtales, suite à des prises en charge initiales par l'établissement ;
- Le nombre de cas analysés dans l'année ;
- Le nombre de cas ayant donné lieu à des actions d'amélioration ;
- La liste des actions d'amélioration mises en œuvre ;
- Les modalités de suivi des actions engagées.

Un modèle de fiche de recueil des indicateurs pour le relevé d'activité est proposé en annexe. Ce recueil devra être transmis une fois par an, au 31 mars de l'année N pour l'année N-1, par chaque établissement au DSRP concerné. Le relevé d'activité sera consolidé au niveau régional par le DSRP puis envoyé à l'ARS et à la FFRSP au 30 avril de l'année N.

b. Les autres indicateurs

Les indicateurs suivants doivent être transmis tous les ans au 31 mars de l'année N pour l'année N-1, par le référent RMM de l'établissement au référent DSRP afin d'avoir des indicateurs agrégés au niveau du DSRP.

Indicateurs inspirés de la grille ALARM de la HAS, portant sur les cas analysés en RMM et permettant d'identifier si les décès constatés étaient évitables et à quelles causes ils sont liés :

- Nombre de décès jugés évitables (selon le modèle du volet 2 de déclaration des EIGS).
- Nombre de décès dus à des soins sous optimaux.
- Nombre de décès liés à la situation de la patiente.
- Nombre de décès liés aux professionnels de santé.
- Nombre de décès liés à l'environnement de travail.
- Nombre de décès liés aux méthodes employées.
- Nombre de décès liés aux matériels utilisés.

Indicateurs de qualité des données, portant sur les cas analysés en RMM, à l'issue de celles-ci.

Les données PMSI étant les seules données nationales permettant d'identifier les circonstances de décès des enfants nés sans vie, et d'en tirer des enseignements généraux, au-delà de ceux portés localement, leur qualité est essentielle. Pour contribuer à la qualité de cette source, il est demandé au référent RMM, en lien avec le DIM, de remonter au DSRP :

- Le nombre de codages modifiés à l'issue de la comparaison entre les conclusions de la RMM et le codage PMSI, sur le type de mortalité : MFS, IMG et décès néonatal ;
- Le nombre de codages modifiés (en plus des corrections sur le type de mortalité) à l'issue de la comparaison entre les conclusions de la RMM et les informations présentes sur le résumé standardisé de sortie (RSS) des séjours de la mère et de l'enfant.

Indicateurs portant sur l'ensemble des cas de décès recensés (y compris hors cas soumis à RMM) :

- Nombre de cas de MFS et de décès néonataux exclus des RMM car décès « consentis » ;
- Nombre de cas de MFS et décès néonataux exclus des RMM pour motif de priorisation en période dérogatoire ;
- Nombre de cas d'incohérence sur le type de décès entre le PMSI et le certificat de décès effectué dans l'établissement = nombre de mort-nés selon le codage PMSI pour lesquels un certificat de décès a été rempli par l'établissement + nombre d'enfants codés comme nés vivant puis décédé (PMSI) mais ne présentant pas de certificat de décès rempli par l'établissement.

La liste des indicateurs susmentionnés pourra être revue à l'issue de l'évaluation prévue à deux ans du démarrage du dispositif.

5) Les ressources et outils à utiliser

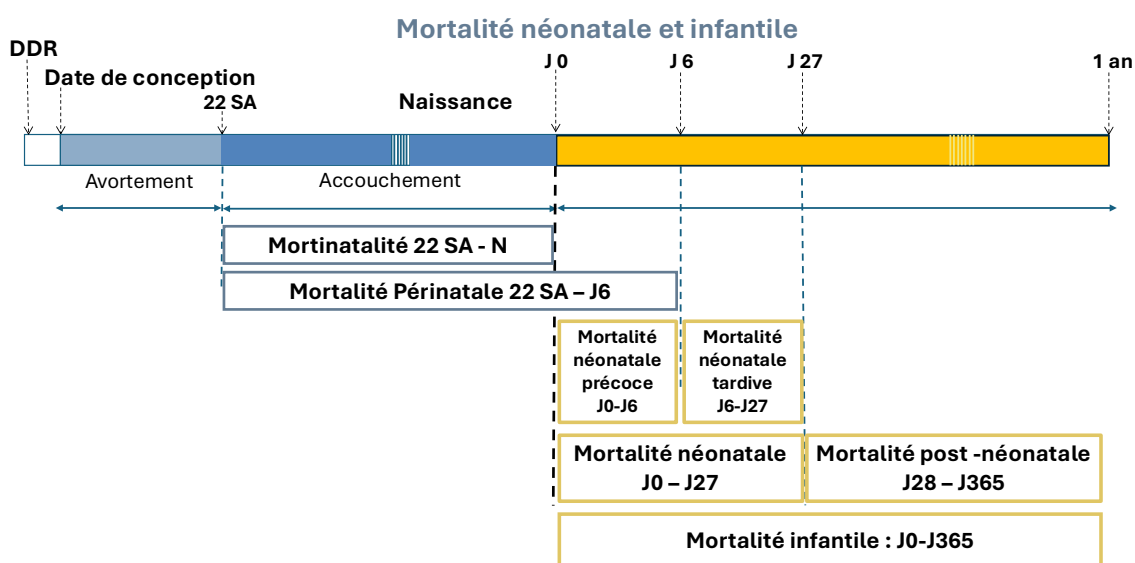
Un appui national de la FFRSP est prévu par la mise en place d'une formation initiale à la méthodologie pour les dispositifs spécifiques régionaux en périnatalité (DSRP) qui en auraient besoin. Les structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients (SRAQSSP), structures expertes, missionnées réglementairement pour l'analyse des EIGS⁵, peuvent par ailleurs également contribuer à cet accompagnement.

⁵ En application du décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients.

Annexe 1.1 : Les définitions en mortalité périnatale et infantile

Le schéma ci-dessous est issu de la note d'information n° DREES/BESP/DGS/SP1/DGOS/R3/2023/90 du 4 juillet 2023, relative à la diffusion de définitions harmonisées dans le champ de la mortalité périnatale permettant un recueil homogène des données d'enregistrement des naissances et des décès périnataux dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

Il a pour objectif de définir une terminologie commune en matière de définition des indicateurs périnataux de mortinatalité et mortalité infantile, qui doit être utilisée pour permettre un recueil homogène des données et des comparaisons internationales valides.



Annexe 1.2 : Fiche « type » de déclaration d'un cas éligible à une RMM au DSRP concerné

Cette fiche doit être adressée pour information au DSRP de

À l'adresse :@.....
avec copie au service qualité de l'établissement. Vous serez recontacté par le DSRP si besoin.

Définition des cas : décès inattendu survenu à partir de 36⁺⁰ SA et jusqu'au 28^e jour de vie.

Date de l'évènement : / /

Établissement déclarant :

Référent périnatalité RMM de l'établissement (Nom, prénom, fonction) :

.....

Téléphone ou adresse mail :

.....

Parcours périnatal impliquant plusieurs structures (SAMU, libéraux, établissements, ...) :

☐ Oui

☐ Non

Date de passage en RMM dans l'établissement prévue le : / /

Soutien du DSRP demandé pour :

☐ Appui méthodologique à la tenue de la RMM et à l'analyse de ses implications

☐ Coordination d'une RMM inter-établissements

☐ Pas de nécessité de soutien

Annexe 1.3 : Organisation d'une RMM

Les informations intégrées dans le tableau ci-dessous, décrivant le déroulement d'une RMM, sont issues du guide HAS sur les RMM et du rapport établi par la FFRSP à l'issue de l'étude pilote de réalisation de RMM en périnatalité.

Le guide HAS, téléchargeable en suivant ce lien [Haute Autorité de Santé - Revue de mortalité et de morbidité \(RMM\)](#), propose des outils d'aide à l'analyse des cas (annexes 1.2 et 1.3 du guide) et des fiches de suivi des plans d'action (annexe 1.4 du guide).

Le nombre de cas maximum conseillé à analyser par réunion est de 4.

La HAS met à disposition des professionnels de santé des supports de présentation et d'aide à la discussion, en format power point prêts à l'emploi (format long, court ou ultra-court en fonction de la maîtrise de la méthode des utilisateurs).

Quoi ?	Qui ?	Comment ?
Modalité d'annonce	Le référent RMM périnatalité de l'établissement	Diffusion d'un ordre du jour, avec un rappel de la date et du lieu de la tenue de la réunion
Début de la réunion	Référent RMM périnatalité de l'établissement	Rappel des objectifs de l'analyse Rappel de ce que n'est pas l'analyse (pas de recherche de la « faute ») Respect du secret médical et professionnel
Présentation du cas	Un professionnel senior / cadre de la maternité de l'établissement déclarant.	Présentation complète, claire, précise (factuelle et chronologique), non interprétative et anonyme de la situation clinique. Présentation du code PMSI correspondant au cas.
Discussion	Tous	Identification des dysfonctionnements et de leurs causes en utilisant la méthode ALARM. Modification éventuelle du code PMSI initial au regard de l'analyse.
Proposition d'actions d'amélioration	Tous	Proposition de ou des actions correctrices à mettre en œuvre et désignation d'un pilote par action pour sa mise en place et son suivi.
Synthèse	Le référent RMM périnatalité de l'établissement	Synthèse orale des dysfonctionnements et actions d'amélioration retenues par les participants puis hiérarchisation de leur mise en œuvre.

https://www.has-sante.fr/jcms/c_434817/fr/revue-de-mortalite-et-de-morbidite-rmm

Annexe 1.4 : Fiche de recueil des items annuels de l'activité par établissement

Cette fiche doit être remplie chaque année avant le 31 mars au titre des données de l'année N-1 par le référent RMM périnatalité de l'établissement et transmise à cette échéance au DSRP.

Établissement :	Secteur(s) d'activité concerné(s) :	FINESS :
Relevé annuel des revues de mortalité - morbidité en périnatalité (RMM) Année civile 20XX		
Date :		Rédigé par :
		Nom :
Consolidé par (DSRP) :		Prénom :
		Qualité :
Nombre de décès éligibles à une analyse en RMM pour l'année civile selon le périmètre défini par l'instruction nationale :		
Nombre total de cas cliniques examinés en RMM dans l'année civile :		
Nombre de cas cliniques examinés en RMM rapportés au nombre de décès éligibles à une RMM au cours de l'année considérée : %		
Nombre de cas ayant donné lieu à des actions d'amélioration :		
<i>Indicateurs inspirés de la grille ALARM de la HAS, portant sur les cas analysés en RMM :</i> • Nombre de décès jugés évitables (selon le modèle du volet 2 de déclaration des EIGS). • Nombre de décès dus à des soins sous optimaux. • Nombre de décès liés à la situation de la patiente. • Nombre de décès liés aux professionnels de santé. • Nombre de décès liés à l'environnement de travail. • Nombre de décès liés aux méthodes employées. • Nombre de décès liés aux matériels utilisés.		
<i>Indicateurs de qualité des données, portant sur les cas analysés en RMM :</i> • Nombre de codages modifiés à l'issue de la comparaison entre les conclusions de la RMM et le codage PMSI, sur le type de mortalité : MFS, IMG et décès néonatal ; • Nombre de codages modifiés (en plus des corrections sur le type de mortalité) à l'issue de la comparaison entre les conclusions de la RMM et les informations présentes sur le résumé standardisé de sortie (RSS) des séjours de la mère et de l'enfant.		

Indicateurs portant sur l'ensemble des cas recensés (y compris hors RMM) :

- Nombre de cas avec erreur de codage dans le PMSI.
- Nombre de cas MFS et décès néonataux exclus des RMM car décès « consentis ».
- Nombre de cas MFS et décès néonataux exclus des RMM pour d'autres motifs (préciser les motifs).
- Nombre de cas d'incohérence sur le type de décès entre le PMSI et le certificat de décès effectué dans l'établissement = nombre de mort-nés selon le codage PMSI pour lesquels un certificat de décès a été rempli par l'établissement + nombre d'enfants codés comme nés vivant puis décédé (PMSI) mais ne présentant pas de certificat de décès rempli par l'établissement.

Synthèse de l'activité de l'année

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Annexe 1.5 : Fiche de recueil annuel d'activité régionale

Cette fiche doit être remplie chaque année par le référent RMM du DSRP et transmise à l'ARS et à la FFRSP avant le 30 avril de chaque année considérée pour les données d'activité de l'année N-1.

Nom du DSRP :	Région	
Relevé régional annuel des revues de mortalité - morbidité en périnatalité (RMM) Année civile 20XX		
Date :	Rédigé par : Nom : Prénom : Qualité :	
Nombre de décès éligibles à une analyse en RMM pour l'année civile selon le périmètre défini par l'instruction nationale :		
Nombre total de cas cliniques examinés en RMM dans l'année civile :		
Nombre de cas cliniques examinés en RMM rapportés au nombre de décès éligibles à une RMM au cours de l'année considérée : %		
Nombre de cas ayant donné lieu à des actions d'amélioration :		
<i>Indicateurs inspirés de la grille ALARM de la HAS, portant sur les cas analysés en RMM :</i> • Nombre de décès jugés évitables (selon le modèle du volet 2 de déclaration des EIGS). • Nombre de décès dus à des soins sous optimaux. • Nombre de décès liés à la situation de la patiente. • Nombre de décès liés aux professionnels de santé. • Nombre de décès liés à l'environnement de travail. • Nombre de décès liés aux méthodes employées. • Nombre de décès liés aux matériels utilisés.		
<i>Indicateurs de qualité des données, portant sur les cas analysés en RMM :</i> • Nombre de codages modifiés à l'issue de la comparaison entre le codage RMM et le codage PMSI, sur le type de mortalité : MFS, IMG et décès néonatal ; • Nombre de codages modifiés à l'issue de la comparaison entre les conclusions de la RMM et le codage PMSI (RSS) sur les diagnostics et actes de la mère, sur les diagnostics et actes de l'enfant.		

Indicateurs portant sur l'ensemble des cas recensés (y compris hors RMM) :

- Nombre de cas avec erreur de codage dans le PMSI.
- Nombre de cas MFS et décès néonataux exclus des RMM car décès « consentis ».
- Nombre de cas MFS et décès néonataux exclus des RMM pour d'autres motifs (préciser les motifs).
- Nombre de cas d'incohérence sur le type de décès entre le PMSI et le certificat de décès effectué dans l'établissement = nombre de mort-nés selon le codage PMSI pour lesquels un certificat de décès a été rempli par l'établissement + nombre d'enfants codés comme nés vivant puis décédé (PMSI) mais ne présentant pas de certificat de décès rempli par l'établissement.

Synthèse de l'activité de l'année

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....