

	<b>DIRECTION ORGANISATION DES SOINS DEPARTEMENT DE L'OFFRE HOSPITALIERE</b>	
	<b>ICR Périnatalité : Réunion du 06 mars 2017 à l'Hôpital NORD</b>	
	Rédigé par : G.Védrines et H.Meur	

Participants :

<b>Nom / Prénom</b>	<b>Fonction/Service</b>
PHILIPPE Jean-Paul	Directeur Clinique Bouchard
HUGUES Julia	Déléguée Droit des femmes des BDR
DELOTTE Jérôme	Chef du pole femmes-enfants CHU Nice
FRANCESCHINI Jean-Claude	Pédiatre, URPS ML PACA
ROVELLO Florent	Directeur adjoint hôpital st joseph representant la FEHAP
OLIVIER Thierry	Pédiatre, Conseil départemental du Var
GILBERTAS Chantal	Sage-femme cadre AP-HM
PICARD Mélanie	Sage-femme référente conseil départemental 13
DURANT Maily	Médecin conseil départemental 06
CASAGRANDE Florence	Pédiatre, chef de service de la réanimation néonatale du CHU Nice
ELENI DIT TROLLI Sergio	Pédiatre, réanimation néonatale CHU Nice – Réseau méditerranée
MARCOT Michèle	Sage-femme coordinatrice Réseau Méditerranée
BARTOLI Jean-Michel	Pédiatre chef de service de la néonatalogie Hôpital Saint Joseph
MEUR Hervé	Chargé de mission ARS
RIMET Yves	Chef de service de pédiatrie CH du Pays d'Aix, représentant la FHF
TARDIEU Sophie	Médecin de santé publique APHM Service Evaluation Médicale
BRETELLE Florence	Gynécologue obstétricien ,PU-PH hôpital nord APHM
HENRY Florence	Médecin PMI 05
FRANÇOIS Beatrix	Médecin PMI 04
VEDRINE Geneviève	Référente périnatalité ARS

## 1. contexte

La loi de modernisation a pour objectif d'adapter le système de santé aux enjeux du vieillissement de la population et de la progression des maladies chroniques en combattant la persistance des fortes inégalités de santé. Ceci impose de passer d'une logique de structure à une logique de parcours (transversalité) dans la proximité autour du médecin traitant (territorialité) pour favoriser le maintien à domicile. Les travaux du PRS vont être organisés avec la mise en place d'ICR (instance collégiale régionale) parcours et thématiques. Des liens étroits existent entre les deux comme par exemple l'ICR périnatalité et les deux parcours santé mentale (psychiatrie périnatale) et le parcours petit enfant enfant jeune.

## 2. présentation du diaporama (joint au compte rendu)

## 3. Quelques points dans le bilan du PRS1

- Des problématiques importantes sont encore à travailler comme
  - Les «transferts et re-transferts » avec pour objectif de permettre des soins adaptés le plus souvent possible au plus proche des parents et de calibrer au mieux les capacités en néonatalogie nécessaires (REA,SI ,néonate)
  - L'articulation entre ville et hôpital dans le cadre du suivi des grossesses et des enfants vulnérables permettant d'optimiser l'accès aux soins de réduire les inégalités de santé.
  - La mise en place de consultations préconceptionnelles ; ce projet devra être travaillé avec les projets concernant la mise en place d'une organisation régionale de la prise en charge de la contraception (lien avec le COREVHI) et la santé environnementale (lien avec la plateforme CREER)
  - L'amélioration de l'accès aux examens de fœtopathologie
  - Une amélioration de la coordination des actions de prévention.

Des actions de prévention ont été menées auprès des publics jeunes et jeunes adultes recrutés dans la population classique (focus sur les publics défavorisés) et au sein des établissements scolaires (lien avec les objectifs de l'éducation nationale) et concerne essentiellement la contraception et la santé sexuelle globale ;( les chiffres concernant la population touchée par,ces actions seront transmises dans un deuxième temps ).

Le planning familial est un partenaire essentiel sur lequel on pourrait également s'appuyer pour recueillir les témoignages des femmes ayant vécu une IVG via un forum qui pourrait être ouvert sur leur site. Il semble nécessaire de travailler avec le comité scientifique du site.

.Hervé Meur précise qu'il y a très peu d'association qui répondent aux appels à projet concernant la grossesse, la plupart des actions financées

le sont pour des actions « petite enfance ». Il est important de mener des actions de prévention primaire développant les compétences parentales des futurs jeunes adultes. Il est nécessaire de former des éducateurs à la santé sexuelle (projet régional en cours)

#### 4. les propositions

- 3 axes concernant la prévention et promotion de la santé pourraient être développés auprès des jeunes :
  - Formation du futur père à la santé du jeune enfant et de la femme enceinte
  - Promouvoir l'allaitement maternel chez les parents potentiels
  - Lutter contre la « dysnutrition » maternelle ce qui permettrait de prévenir certaines maladies métaboliques. Cette action pourrait être menée dans le cadre du parcours « petit enfant-enfant jeune et maladie chronique ». Une articulation avec la plateforme CREER est essentielle (analyse des problèmes de fertilité en lien avec l'environnement global).
- Concernant la prise en charge certains points ont été évoqués :
  - Les morts maternelles : toute mort maternelle dans la première année après l'accouchement doit être signalée à l'ARS et au réseau de périnatalité. Il est obligatoire de faire ces signalements à l'ARS (plateforme régionale par ailleurs il est proposé de faire une demande conjointe « ARS-réseau » au rythme déjà établi soit tous les trimestres. Il est rappelé que ces dossiers difficiles doivent faire l'objet d'une présentation en RMM régionale.
  - le devenir des maternités faisant moins de 500 accouchements par an. Au nombre de 4 dans la région, il est nécessaire de les sécuriser même si elles sont appelées à fermer à moyen terme. Il est proposé :
    - des équipes médicales mobiles qui pourraient aller renforcer les équipes sur le terrain dans le cadre du GHT ? de conventions spécifiques avec les CHU ? (cf maternité de Puycerdat)
    - d'équiper par des moyens de transports pour des transferts rapides : nécessité de prendre l'avis des urgentistes
    - l'ouverture d'hôtels hospitaliers
  - Face à la constatation de la démographie baissante des effectifs en gynécologues-obstétriciens et celle augmentant des sages-femmes, il conviendrait de :
    - Mettre en place des consultations d'orientation qui permettrait de mieux lutter contre les risques de prématurité (travail démarré dans le cadre du réseau de périnatalité)
    - Favoriser le suivi des grossesses physiologiques par les sages-femmes ce qui leur permettrait d'améliorer le taux de suivi au retour à domicile (PRADO précoce)

- Permettre aux sages -femmes d'accéder au plateau technique des établissements et les inciter à s'installer dans les maisons de santé pluridisciplinaire.
- concernant la qualité des prises en charge :
  - continuer à faire diminuer le taux de césarienne en région en reprenant l'étude réalisée en 2015, mettre en place une fiche de 1ere césarienne, contractualisé avec l'ARS sur la mise en place d'un staff « 1ere césarienne » dans le cadre de la pertinence des soins.
  - Améliorer le parcours de soins en AMP notamment en ce qui concerne le don d'ovocytes, (les tarifs, délais d'attente) et la préservation de la fertilité.
  - Améliorer les délais d'accès aux consultations dans les CPDPN : objectif à atteindre : moins de 15 jours d'attente
  - Il est nécessaire de mettre des objectifs de qualité et éthiques dans les prises en charge de la prématurité extrême soit <24SAet qui passent dans l'accompagnement des familles dans le cadre des soins de développement. Il est important de prendre en compte les projets architecturaux des établissements pour les 10 ans à venir (chambre parents-enfants, lits kangourou...) il faudrait profiter de la diminution de la DMS pour intégrer les lits de néonate en maternité. Bien qu'il faille garder à l'esprit la sécurité des patients avant tout, il faut envisager de plus en plus des soins à la carte prenant en compte l'environnement ; la reconnaissance des compétences de chaque acteur est nécessaire.
  - Améliorer la prise en charge du suivi des prématurés : délai d'attente et prise en charge optimale en CAMSP

### **Tois groupes de travail se dessinent**

Groupe 1 : comment permettre aux femmes qui vivent dans des lieux éloignés de site de maternité d'accoucher dans des conditions sécurées

Groupe 2 : la néonatalogie : évaluation des capacités nécessaires sur la région compte tenu des modifications de pratiques et de la prise en charge de nouveau-nés dont le terme va être de plus en plus bas Répartition des rôles entre les différents niveaux et propositions d'amélioration de la prise en charge en replaçant les parents dans le suivi.

Groupe 3 : organisation régionale de la prise en charge de la contraception en lien avec l'ICR « petit enfants, enfants jeunes »

GV/HM – 20.03.2017