

Groupe de travail du Groupe « Pré-SROS » Juin 2015 à Juillet 2016

Compte rendu des travaux effectués et perspectives au 15/9/2016

Ce groupe est réuni à l'initiative du Dr Elisabeth DESTAINTOT (Direction de l'Offre de Soins de l'ARS) dans les suites du COPIL SROS du 20/4/15

<http://www.perinat-ars-idf.org/downloads/SROS/SROS%20copil%203%20avril%202015%20V4.pdf>

Membres du groupe de travail :

Mme Nathalie Bil (SF représentante URPS), Mme Annie Cessateur (SF coordinatrice RPVO), Mme Anne Lefèbvre (SF Hôpital Privé Nord Parisien), Mme Hélène Pavaux (SF CH de Gonesse), Mme Véronique Tessier (SF coordinatrice DHU « Risques et grossesse »)

Dr Jean-Louis Chabernaud (pédiatre néonatalogiste , SMUR pédiatrique), Dr Philippe Foucaud (pédiatre néonatalogiste, CH de Versailles), Dr Michèle Granier (pédiatre néonatalogiste, CH Sud Francilien, Réseau Périnatal IF Sud, GENIF)

Pr Marc Dommergues (obstétricien, Réseau Périnatal Parisien), Dr Roland Jaeger (obstétricien, Hôpital Privé Nord Parisien, réseau RPVO), Pr Laurent Mandelbrot (obstétricien, Hôpital L Mourier, représentant Collégiale APHP), Dr Estelle Wafo (obstétricienne, CH Lagny-Marne La Vallée, CEGORIF)

Dr Philippe Cadi (anesthésiste, hôpital Privé de l'Ouest Parisien), Dr Jean-Charles Lorenzo (anesthésiste, CH Sud-Essonne)

Dr Catherine Crenn Hebert (obstétricienne), Dr Claudie Menguy (pédiatre néonatalogiste et DIM), Melle Elodie Lebreton et Melle Chloé Poulain (statisticiennes), (Système d'information Périnatal-ARS-IDF)

Fonctionnement du groupe de travail :

Le groupe a souhaité travailler de façon multidisciplinaire et réfléchir aussi en parcours de soins (ex consultation initiale de suivi et inscriptions en maternités). Elargissement à d'autres personnes compétentes en tant que de besoin, soit en préparation des réunions, soit lors de présentations au groupe de travail.

Documents partagés par le groupe sur le site www.perinat-ars-idf.org, en accès réservé pour partie ; une partie des documents de bibliographie sont en accès libre (http://www.perinat-ars-idf.org/SROS_perinat.php).

Objectifs du groupe de travail :

Apporter une expertise avec propositions de principes généraux argumentés pour servir de références lors des décisions de planification (Direction de l'Offre de Soins de l'ARS : DOS) : dans le contexte de renouvellement des autorisations de gynécologie-obstétrique et néonatalogie (mars-juin 2016).

Ces principes doivent permettre d'assurer sécurisation de la prise en charge et amélioration de l'efficacité (dans le contexte du plan d'économies national).

Questions posées au groupe de travail :

- 1/ Peut-on garder un service de gynécologie-obstétrique sans service de chirurgie générale H24, dans quelles conditions de qualité et sécurité des soins et d'efficacité ?
- 2/ Peut-on garder une maternité de type III sans réa adulte ? Si oui à quelles conditions ? (principes à écrire)
- 3/Peut-on définir des seuils d'activité minimum pour une maternité de type 1, de type 2a, de type 2b et de type 3.Si oui lesquels ?
- 4/Sous quelles conditions peut-on garder une maternité avec ou sans pédiatre sur place
- 5/Peut-on envisager des CPP avec hébergement en IDF ?
- 6/ Quels Ratios définir pour les capacités de néonatalogues en rapport avec le personnel nécessaire
- 7/ Faut-il réviser les indices de besoins en Nb lits de Néonatalogie, SI, Réa néonatale /1000 naissances (cf indices de besoins de 1999 cités dans les SROS 2 et3)

Les réponses :

Le groupe de travail n'a pas toujours estimé disposer des informations nécessaires permettant de répondre à ces questions de façon précise ni qu'il soit possible d'y répondre de façon uniforme pour toute la région ; par exemple :

1- Est-il possible de garder une Maternité sans autorisation d'activité de chirurgie ?

Réponse des professionnels : Analyser au cas par cas... la compétence chirurgicale des obstétriciens a été mise en avant, mais sans pouvoir mesurer les conséquences en terme de plateau technique d'une suppression d'autorisation de chirurgie.

Le Ministère (DGOS) a répondu à la question suivante : « Lorsqu'un établissement est autorisé à réaliser une activité de « gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale » mais n'est pas autorisé à réaliser une activité de chirurgie, celui-ci peut – il au titre de son autorisation de « gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale » réaliser une activité de chirurgie gynécologique (pas forcément en lien avec une grossesse, par exemple : kyste ovarien, fibrome, hystérectomie (hors chirurgie des cancers), ligature des trompes, chirurgie réparatrice...) ?

La réponse est que l'activité de chirurgie gynécologique doit être réalisée dans le cadre d'une autorisation de chirurgie (si cancer, alors il faut une autorisation de chirurgie carcinologique ad hoc).

2- Maternité de type III sans réa adulte ? La réflexion sur la gradation des soins sur le plan de la santé maternelle ne fait pas encore l'unanimité parmi les obstétriciens de la région ; l'articulation des nécessités pour la santé maternelle et pour celle de l'enfant est

encore à développer (14/1/2016) ; une proposition de nouvelle structure est cependant faite (30/5/2016 M Dommergues , E Wafo) :

« Nous proposons la création de centres d'orientation, et le cas échéant, de prise en charge des patientes à risques.

Ces centres pourraient être répartis par groupement hospitalier de territoire. Ils seraient financés sur appel d'offre de l'ARS.

Ce financement aurait pour but de permettre aux centres d'orientation :

- de répondre aux demandes d'orientation
- de faire circuler l'information des réunions de concertation transdisciplinaires
- d'évaluer leur action
- d'améliorer une offre de soins déjà existante et active

Les centres devraient disposer d'une veille téléphonique et mail, et visio-consultation, pouvoir effectuer des consultations multidisciplinaires rapides, et orienter les personnes en cours de grossesse et dès la période pré-conceptionnelle. Ils devraient également assurer des réunions de concertation multi-disciplinaires formalisées, et rendre publique leur offre de soin spécifique (parcours de soins). »

3- **Seuils d'activité** minimum pour une maternité (**1500 accouchements**) ? et maximum (5000) ?

C'est le seuil minimum de 1500 accouchements qui est retenu de façon « générale ».

Il reste cependant nécessaire d'analyser le rôle de la maternité en fonction de l'activité de l'établissement dans lequel elle est implantée, de son isolement...

Mais avoir un objectif de zéro transfert pour raison organisationnelle (complémentarités sur un bassin géographique, capacités organisationnelles H24).

4- **Maternité : les conditions de fonctionnement avec ou sans pédiatre sur place** n'ont pas été définies de façon nouvelle, en dehors des réflexions présentées sur les maisons de naissance avec la sélection de patientes éligibles pour une filière physiologique (cf recommandations HAS). La mutualisation selon les territoires avec complémentarités entre SF, généralistes et pédiatres sur la prise en charge des nouveau-nés relevant de la maternité a été évoquée.

5- **Les CPP avec hébergement en IDF** ? ne semblent pas répondre à la même problématique qu'en province ; par contre l'augmentation de places d'hébergement de femmes enceintes et de mère-enfant pour vulnérabilité répondrait à un besoin spécifique en Ile de France (12/11/2015)

Un sous-groupe de travail pédiatrique restreint a répondu de façon plus tranchée en faisant des propositions à valider par un groupe élargi pressenti de pédiatres de la région sur la définition des structures, les seuils d'activité, le nombre de personnels...

6- **Ratios pour les capacités de néonatalogie** (5/10/2015)

. Maternités de type 1 : photothérapie et antibiothérapie possibles si puéricultrice H24 et possibilité de bénéficier d'un forfait de néonatalogie pour les séjours concernés

- . Maternité type 2a :
 - Kangourou si \geq 2000 naissances, 6 lits minimum, 1 puéricultrice + 1 auxiliaire
 - Néonatalogie : 6 lits / 9 lits/ 12 lits ; personnel dédié ; 1 puer+ 1 auxiliaire de puériculture /6 lits
- . Maternité type 2b : 6 lits SI /6 lits néonatal, personnel dédié, garde de pédiatre dédiée
- . Maternité type 3 : 20-26 lits tous secteurs confondus, dont 8 lits de réanimation minimum, personnel cf décrets + auxiliaire de puériculture, IDE référente (soins de développement, consultante en lactation)

La caractérisation des nouveau-nés à prendre en charge selon que les unités sont isolées ou pas (ex unité de Néonatalogie en type 2a ou au sein d'un 2b ; Soins intensifs en 2b ou au sein d'un type 3) a été validée par le GEN-IF (document définitif du 21/5/2017).

7- **Les indices de besoins** : la nécessité d'une révision n'est pas argumentée pour l'instant.

Perspectives

- Approfondir l'analyse des données déjà disponibles et mises à disposition
- Partager ces analyses avec la cellule de transfert in utero et des représentants des usagers comme envisagé au début du travail
- Mettre en relation ce bilan avec le bilan du Projet Régional de santé
- Extraire une analyse de la situation à partir des dossiers d'autorisation (données déclaratives / données de routine) ?
- Poursuivre la réflexion sur la gradation des soins maternels en articulation avec la gradation des soins pour le nouveau-né
- Développer des mesures de charge en soins en néonatalogie après avoir généralisé l'analyse selon les actes marqueurs au-delà de la réanimation néonatale.

Références

Communications en congrès :

ORAHS, Montreal, Juillet 2015 et SFMP, Brest, Octobre 2015 :

<http://www.perinat-ars-idf.org/downloads/Com/Perinat-ARS-IDF%20envoyé%20ORAHS%202015.pdf>

<http://www.perinat-ars-idf.org/downloads/Com/SFMP%202015%20Perinat-ars-idf.pdf>

Mémoire de stage ENSAE (Pierre Laforgue) Septembre 2015:

« Prévoir le nombre de naissances et adapter l'offre de lits en périnatalité »

<http://www.perinat-ars-idf.org/SROS/downloads/Rapport%20sans%20synthèse.pdf>