

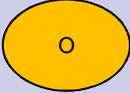
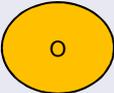
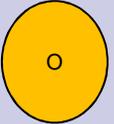
Bilan d'étape de la mise en œuvre du volet périnatalité
du SROS IV révisé
COPIL de suivi

Dr Elisabeth d'Estaintot référente Périnatalité et PMA
direction de l'offre de soins et du médico- sociale

3 avril 2015

Tableau de synthèse des principaux objectifs
volet périnatalité du SROS IV révisé relevant
de la planification



Objectifs	Tendance*	Commentaires liés à la tendance	Livrables	Echéances
Mieux adapter l'offre de soins en néonatalogie aux Besoins de la région		Adaptation en cours mais plus par augmentation de capacité en périphérie que par redéploiement des capacités existantes . Démographie médicale bloquante À penser dans le cadre des GHT ou CHT	SO	2017
Améliorer l'accessibilité géographique à l'assistance médicale à la procréation AMP		Autorisation accordée dans le 77 sur Meaux Reflexion en cours sur le 91 Ralentissement à cause de la Procédure d'accréditation Coffrac des laboratoires et du décret sur la biologie	Ouverture prévue en 2016	2017
Evaluer le dispositif de prise en charge des hémorragies de la délivrance		Doit se faire en lien avec les référents du SROS imagerie . Réévaluation de l'organisation du dispositif au regard de l'utilisation de la méthode de tamponnement	Groupe de travail prévu en 2015	2017
Mener une concertation régionale sur l'organisation des lactarium		Groupe à mettre en place en fonction des priorités à gérer		2017

*Tendance :  Vert : bon avancement global

 Orange : quelques difficultés rencontrées

 Rouge : risque de blocage

Les autorisations en périnatalité



Les autorisations: publication le 12 mars du SROS – PRS IV révisé

5 juin 2014 décision Comex de la révision du certain volet hospitalier du SROS paru en décembre 2012 pour 5ans

En périnatalité seules les autorisations de PMA ont été révisées dans leurs implantations selon la « procédure à minima »

Procédure à minima : le copil périnatalité n'a pas été réuni

les modifications ont été présentés le 4 décembre 2014 au copil de suivi du SROS hospitalier

Présentation du volet hospitalier révisé devant les instances pour avis : CRSA, CSOS, 8 conférences de territoire, URPS, collectivités territoriales, préfet puis Avis de la CRSA réunie en AG plénière le 17 février

Publication le 12 mars 2015 du SROS-PRS IV révisé, nouveau SROS prévu pour fin 2017, début 2018

Bilan des objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS) pour l'activité de gynécologie-Obstétrique ,néonatalogie et réanimation néonatale (juillet 2015)

Implantations						
Région	Situation actuelle		Situation future		Ecart constaté par rapport à la borne haute	Demandes nouvelles recevables
			Borne basse	Borne haute		
Ile-de-France	Type I	30	24	31	-1	OUI
	Type IIA	27	24	27	0	NON
	Type IIB	18	18	18	0	NON
	Type III	15	15	15	0	NON
Total		90	81	91		

la maternité de type 1 de l'hôpital Begin (HIA) est hors SROS

1 implantation théorique possible de maternité de type 1 dans le 77 suite à la fermeture en 2014 de la maternité Saint-Jean de type 1

aucune implantation possible en type 2A, 2B et type 3

diminution possible de sites de type 1 et de sites de type 2A

Variation possible de l'offre en maternités par département au regard des implantations prévues dans le SROS IV révisé

Variation à la borne basse/ total de maternités	75	77	78	91	92	93	94	95	total
Type 1	0/6	0/3	1/3	2/6	2/6	1/3	0/2	1/2	7/30
Type 2 A	0/4	0/2	1/4	0/3	0/5	1/2	1/4	0/3	3/28
Type 2B	0/2	0/3	0/2	0/2	0/2	0/4	0/1	0/2	0/18
Type 3	0/4	0/1	0/1	0/1	0/2	0/2	0/2	0/2	0/15
total	0/16	0/9	2/10	2/12	2/15	2/11	1/8	1/9	10/90

Janvier 2014 : fermeture de la maternité Saint –Jean (77) 580 ACC en 2013

Année 2015 : regroupement CH4V en mars 2015 sur le site de Saint- Cloud des 2 sites de maternités

fermeture prévue d'une maternité de type 1

fermeture prévue pour juin 2015 de la maternité de l'hôpital Bégin 2 regroupements prévus de 2 plateaux techniques de maternités sur 1 seul site

Regroupement souhaité de 2 sites avec création d'un centre périnatal de proximité

Reconnaissance contractuelle: capacités en service de néonatalogie, SI et réanimation

Le comité des contrats :

- Une fois par mois
- Pour toutes demandes d'augmentation de capacités d'activités de soins bénéficiant d'un supplément tarifaire entre autre NN,SI,REA
- Envoi d'un dossier à la DT ARS qui l'instruit en lien avec le référent thématique du siège
- Avis donné par le comité des contrats: DT,siège ,directrice du pôle ES
- Notification de l'augmentation de capacité par avenant au CPOM

Si diminution de capacité :

- Envoi par l'établissement d'un courrier à l'ARS
- Examen en interne de la demande
- Nouvel avenant au CPOM

Reconnaissance contractuelle : capacités en néonatalogie ; SI et réanimation

Planification difficile car :

Inadéquation actuellement pour certains établissements entre les capacités reconnues dans le socle de base du CPOM signé en décembre 2013 et les capacités installées plus élevées

- Fermeture de capacités

Régularisation à faire par instruction d'un dossier en comité des contrats ou par courrier

Depuis janvier 2013 : **comité des contrats**

- 4 dossiers soit pour augmentation de capacité de lits soit pour modification des ratio entre lits de soins intensifs et lits de réanimation (CH Lariboisière , CH de Pontoise , CH de Saint-Denis et CHSF)
- 4 dossiers en cours d'instruction CHSF, CH Aulnay, CH de Meaux et CH de Marne la Vallée

Les autorisations en PMA : SROS-PRS IV révisé

- les modifications ont consistées à prononcer les caducités pour les autorisations non mise en œuvre dans certaines modalités
- à mettre en cohérence les implantations des modalités cliniques et biologiques au regard de la réglementation sur un plateau technique regroupé
- Acter l'existant sans ouvrir de nouvelles implantations dans les différentes modalités



Les autorisations en PMA : SROS-PRS IV révisé

Autorisations restant disponibles

Pour le département 91 : Pour AMP clinique

AMP clinique - Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP

AMP clinique - Prélèvement de spermatozoïdes

AMP clinique - Transfert des embryons en vue de leur implantation

Pour AMP biologique

AMP biologique - Préparation et conservation du sperme en vue d'insémination artificielle

AMP biologique - Activités relatives à la FIV sans ou avec micromanipulation

AMP biologique - Conservation des embryons en vue de projet parental

Les autorisations en PMA : SROS-PRS IV révisé

Autorisations restant disponibles :

Pour la Seine et Marne (77)

AMP clinique - Prélèvement de spermatozoïdes

Pour le Val de Marne (94)

AMP biologique - Préparation et conservation du sperme en vue d'insémination artificielle

Pour Paris (75)

AMP clinique - Mise en œuvre de l'accueil des embryons

AMP biologique - Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en oeuvre de celui-ci

Évolutions des autorisations en PMA depuis la parution du SROS en décembre 2012

Autorisation d'un centre de PMA à l'hôpital de Meaux en Seine et Marne :

- Autorisations AMP clinique portée par l'établissement
- Autorisations AMP biologique portée par un laboratoire privé

Régularisation des autorisations de l'hôpital Delafontaine

Autorisation de prélèvement de spermatozoïdes accordée au CHIC

Autorisation de conservation à usage autologue des gamètes et des tissus germinaux accordés au CHIPS

Transfert des autorisations de PMA à l'exception de la modalité IAC de l'hôpital Neuilly Courbevoie Puteaux sur l'hôpital Foch

La démographie des professionnels de la Naissance



Evolution de la répartition de la démographie en IDF (2040)

Population	1975	2010	Evolution 1975 /2010		Prévision 2040	Evolution prévue 2010 /2040
IDF	9 878 565	11 786 234	+ 19 %		12 766 000	+ 8 %
Paris intramuros	2 299 830	2 246 995	- 2 %		2 211 000	- 2 %
Petite couronne (92,93,94)	3 976 731	4 426 596	+ 11 %		4 838 000	+ 9 %
Grande couronne (77,78,91,95)	3 602 004	5 123 430	+ 42 %		5 717 000	+ 12 %

Tableau 2 : démographie de la région Ile de France et prévisions. Sources INSEE - IAURIF

Démographie des professionnels de santé de la naissance

Une démographie des médecins marquée par une grande fragilité et de fortes disparités géographiques inter régionales et intra départementales

- Une grande fragilité démographique des spécialités médicales de la naissance

Prévisions établies par la DREES en 2009 pour 2030

2030	Anesthésistes	Pédiatres	Gynéco-Obstétriciens
Selon flux d'entrée et flux de sortie	- 4,9 %	+19,9 %	+12,8 %

- La perspective du départ massif à la retraite entraine à plus court terme un déficit transitoire à partir de 2018-2020

Pyramide des âges	Anesthésistes -réanimateurs	pédiatres	Gynéco-obstétriciens
> 60 ans	27% des effectifs;25,6% ttes spé, confondues	22,3%	15,5% des effectifs
> 55 ans	46,9%des effectifs;46,1% ttes spé confondues	41,3%	30,8% des effectifs

Démographie des professionnels de santé de la naissance

- une simulation des départs entre 2009 et 2020 réalisée par le centre national de gestion montre que le situation est particulièrement difficile pour les MAR et G.O praticiens hospitaliers à temps plein

Départs entre 2009- 2020	PH hospitalier TP	PH CHIR GENERALE	PH ARE	PH GO	PH PEDIATRE
prévision	43% en moyenne				
Simulation		75 %	55% (44% pour retraite)	52% (39 % pour retraite)	31% (23% pour retraite)

- départs à la retraite n'ont compensés par des flux de formation qui sont en hausse mais de manière limitée .Dans les trois spécialités, le nombre de praticiens nouvellement formés progresse moins que le total de postes ouvert à l'internat.
- malgré une augmentation régulière du nombre de praticiens formés, l'effort reste limité puisque la part de ces spécialités dans le total des postes prévus reste en baisse .

Démographie des professionnels de santé de la naissance

présence de plus en plus importante de médecins à diplômes étrangers, notamment dans les maternités permettant:

- aux effectifs totaux des professions concernées de demeurer globalement à un niveau élevé
- de remédier partiellement à des disparités territoriales qui pourtant restent considérable

Ordre national des médecins : le nombre de médecins en activité régulière , titulaires d'un diplôme étranger a augmenté de 43 % depuis 2008 atteignant en 2013, le nombre de 17835 ; leur effectif devant croitre encore de 34% d'ici à 2018

- la part des médecins à diplômes étrangers dans les effectifs totaux de médecins en activité régulière devrait passer de 6,3% en 2008 à 12% en 2018

Part des médecins à diplôme étranger en activité régulière / médecins à diplôme français	Ttes spécialités confondues	ARE	GO	pédiatres
Année 2012	7,9%	13,7%	14,8%	15,2%
Année 2014		17,5%	17,3%	17, 3%

Démographie des professionnels de santé de la naissance

A contrario la démographie des sages femmes est très dynamique :

- quasi doublement du nombre de sage –femmes entre 1990 et 2010 avec un quota annuel de recrutement maintenu au plus haut niveau
- augmentation des effectif de 7% depuis 2011 soit 20235 professionnelles en 2013
- Stabilité des effectifs de sage femmes salariées autour de 16 000
- Les nouvelles sages- femmes se dirigeant désormais vers l'activité libérale



Démographie des professionnels de santé de la naissance

Au total : Des perspectives démographiques plutôt favorables pour les obstétriciens et les sages femmes, préoccupantes pour les anesthésistes et les pédiatres :

- Une médiane actuelle des âges entre 50 ans et 60 ans pour les pédiatres ,les anesthésistes, les gynéco – obstétriciens et les gynécologues médicaux .
- Une féminisation de ces disciplines pour les plus jeunes générations à hauteur de la moitié ou plus entraînant une organisation différente de l'exercice .
- Un non renouvellement prévus à 7ans pour les pédiatres, les anesthésistes et les gynécologues médicaux .
- Démographie des sages - femmes très favorable population jeune dont l'âge moyen est de 45 ans en IDF . Installations de plus en plus nombreuses en libéral

Périnatalité : Données de cadrage démographique régional sur cinq professions de santé

Données issues du Répertoire Partagés des Professionnels de Santé (RPPS)
Elles ont été obtenues via l'application interne RH-Diamant, en :

- comptabilisant les médecins enregistrés au Conseil de l'Ordre avec une profession « médecin » et une spécialité (« Savoir-Faire ») pédiatrie, gynécologie obstétrique, gynécologie-médicale ou anesthésie-réanimation; ou une profession « sages-femmes ».

Il s'agit des médecins :

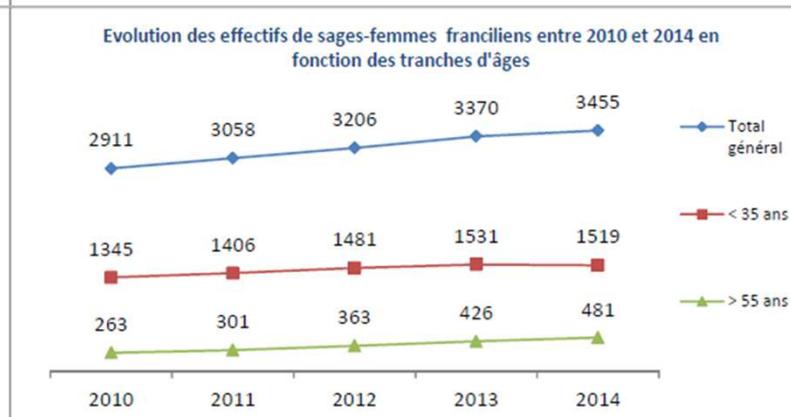
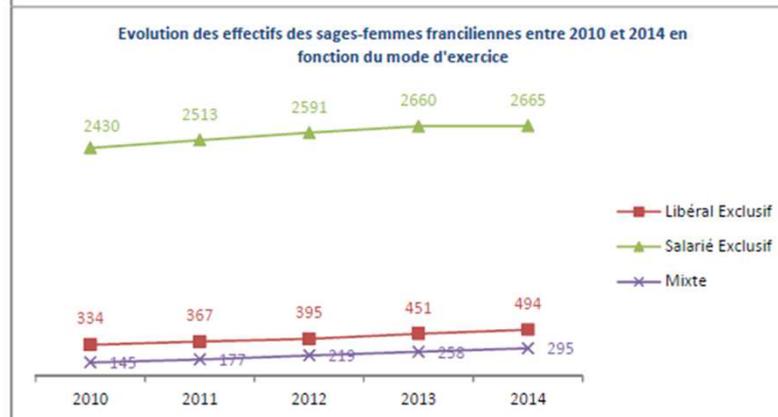
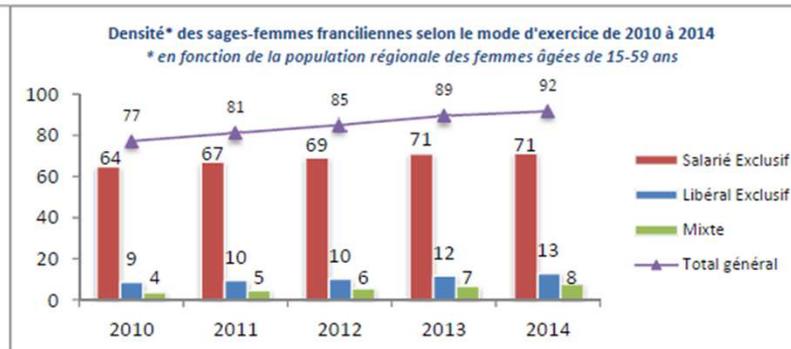
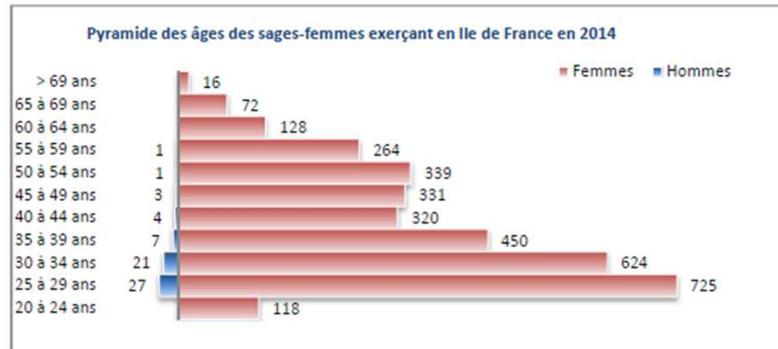
- spécialistes en activité en fin d'année.
- tous types d'activité confondus (standard, non médicale, non soignante et remplaçants).

Densité calculée en prenant en compte la population légale de l'année N-3,

- - population des moins de 15 ans pour les pédiatres
- - population des femmes de 15 à 59 ans pour les gynécologues obstétriciens, gynécologues médicaux et sages-femmes
- - population totale pour les anesthésistes-réanimateurs

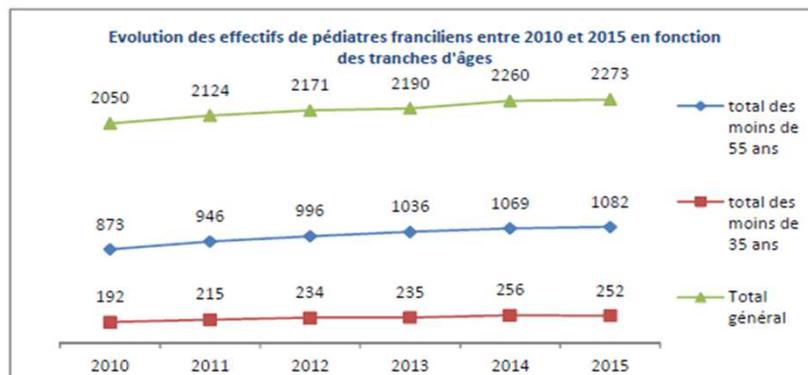
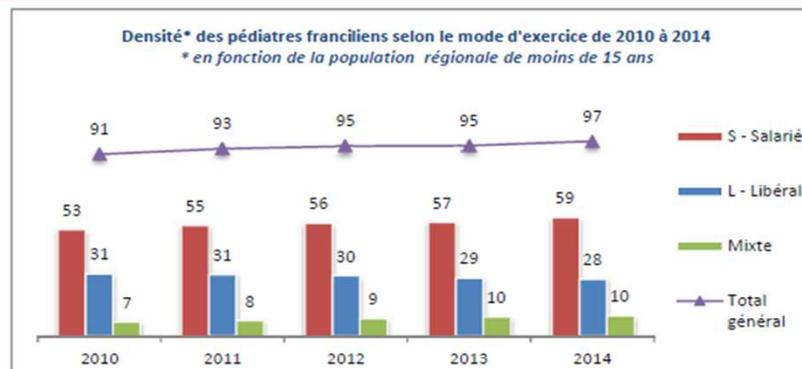
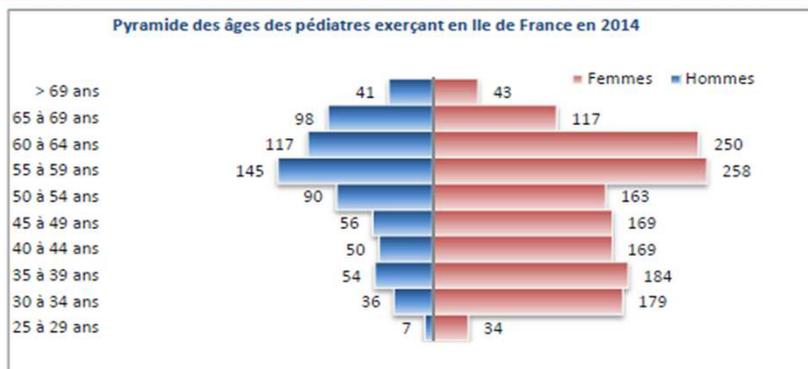
Les sages-femmes franciliennes entre 2010 et 2014

	Effectif	Densité	Part des femmes	Part des moins de 35 ans	Part des plus de 55 ans	Part des salariés exclusifs	Part des libéraux exclusifs	Part des mixtes
2010	2911	77	99%	46%	9%	84%	11%	5%
2011	3058	81	99%	46%	10%	82%	12%	6%
2012	3206	85	98%	46%	11%	81%	12%	7%
2013	3370	89	98%	45%	13%	79%	13%	8%
2014	3455	92	98%	44%	14%	77%	14%	9%
Evolution des effectifs 2010-2014	19%		18%	13%	83%	10%	48%	103%



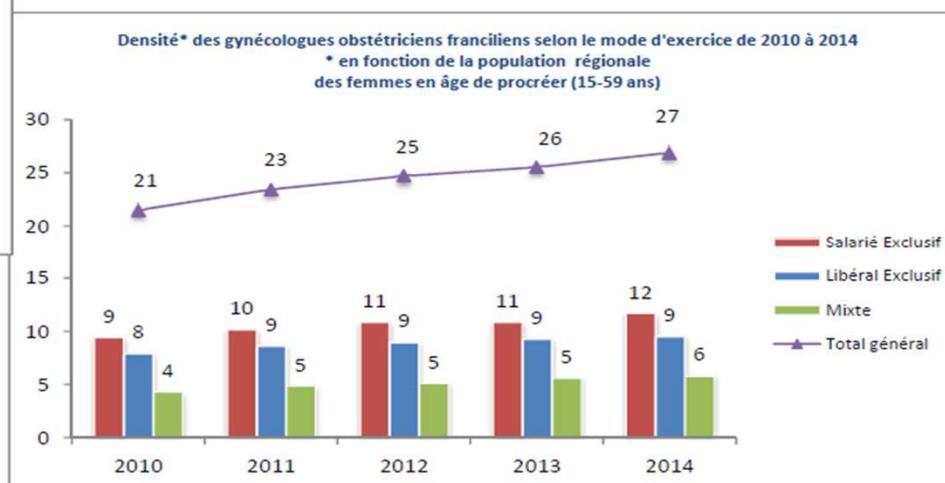
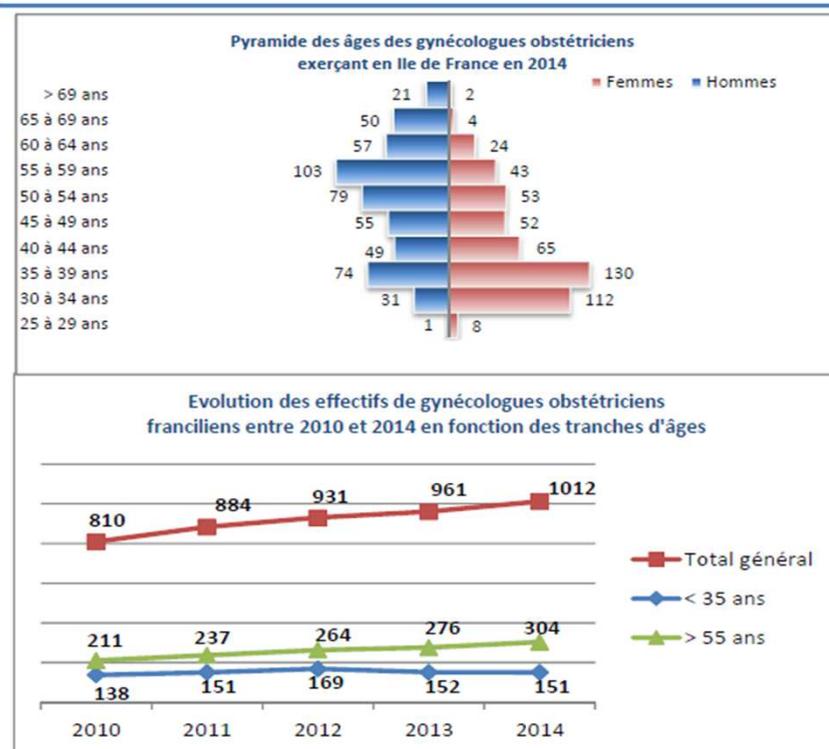
Les pédiatres franciliens entre 2010 et 2015

	Effectif	Densité	Part des femmes	Part des moins de 35 ans	Part des plus de 55 ans	Part des salariés exclusifs	Part des libéraux exclusifs	Part des mixte
2010	2050	91	67%	9%	43%	58%	34%	8%
2011	2124	93	68%	10%	45%	59%	33%	8%
2012	2171	95	68%	11%	46%	59%	32%	9%
2013	2190	95	69%	11%	47%	60%	30%	10%
2014	2260	97	69%	11%	47%	61%	29%	10%
2015	2273		69%	11%	48%	60%	30%	10%
Evolution des effectifs 2010-2014	10%		13%	33%	22%	14%	-5%	48%



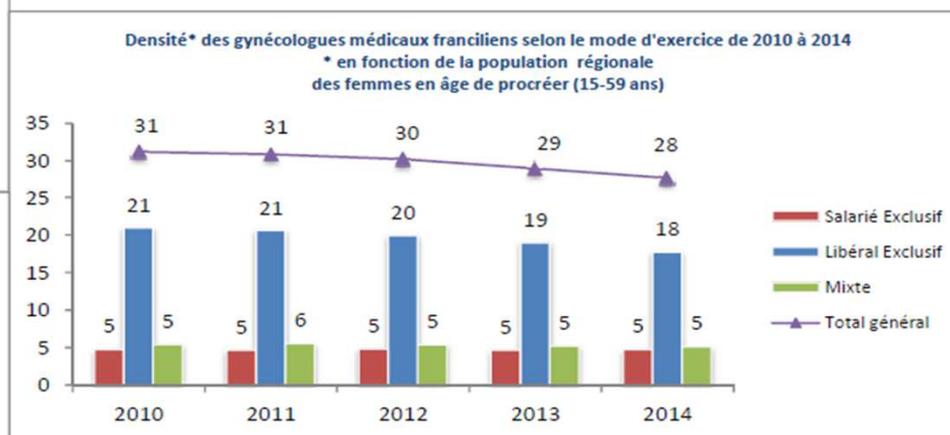
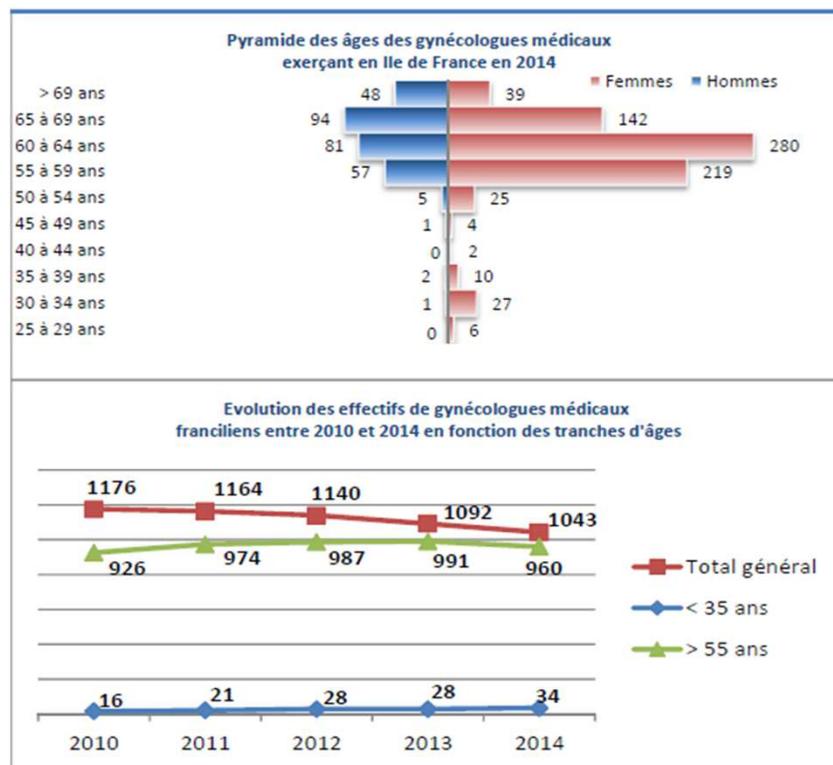
Les gynécologues obstétriciens franciliens entre 2010 et 2014

	Effectif	Densité	Part des femmes	Part des moins de 35 ans	Part des plus de 55 ans	Part des salariés exclusifs	Part des libéraux exclusifs	Part des mixte
2010	810	21	42%	17%	26%	44%	37%	20%
2011	884	23	44%	17%	27%	47%	37%	22%
2012	931	25	46%	18%	28%	50%	36%	23%
2013	961	26	47%	16%	29%	50%	36%	26%
2014	1012	27	49%	35%	30%	54%	35%	27%
Evolution des effectifs 2010-2014	+25%		+44%	+9%	+44%	+23%	+20%	+37%



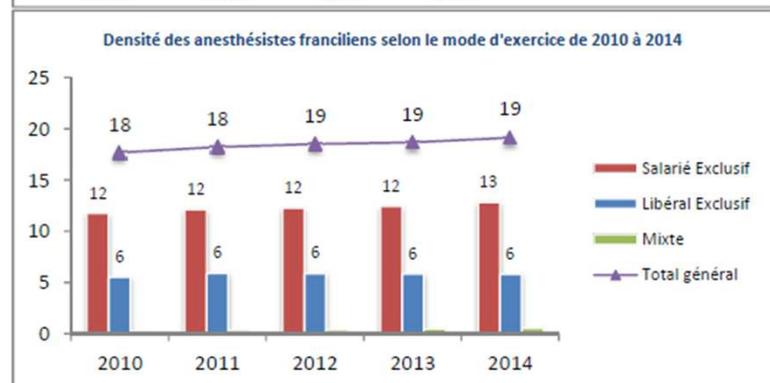
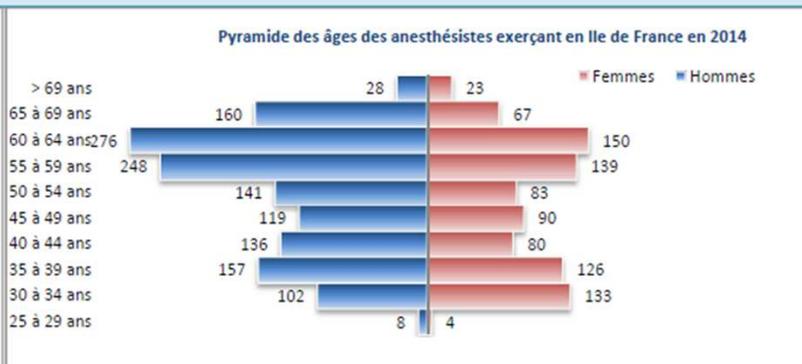
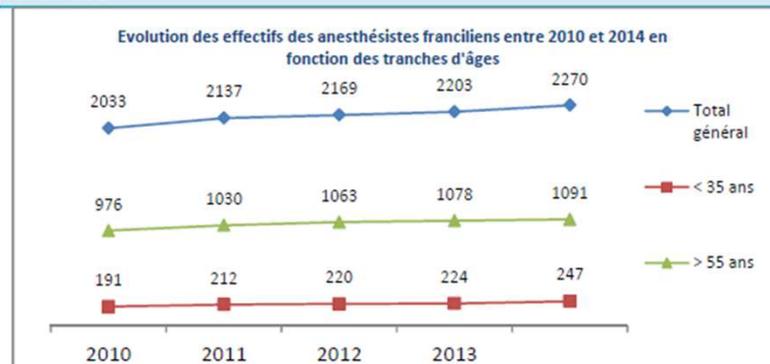
Les gynécologues médicaux franciliens entre 2010 et 2014

	Effectif	Densité	Part des femmes	Part des moins de 35 ans	Part des plus de 55 ans	Part des salariés exclusifs	Part des libéraux exclusifs	Part des mixte
2010	1176	31	71%	1%	79%	15%	67%	18%
2011	1164	31	72%	2%	84%	15%	67%	18%
2012	1140	30	73%	2%	87%	16%	66%	17%
2013	1092	29	73%	3%	91%	15%	65%	17%
2014	1043	28	72%	3%	92%	15%	64%	17%
Evolution des effectifs 2010-2014	-11%		-10%	+113%	+4%	-1%	-15%	-5%



Les anesthésistes franciliens entre 2010 et 2014

	Effectif	Densité	Part des femmes	Part des moins de 35 ans	Part des plus de 55 ans	Part des salariés exclusifs	Part des libéraux exclusifs	Part des mixte
2010	2033	18	39%	9%	48%	67%	32%	2%
2011	2137	18	39%	10%	48%	66%	32%	2%
2012	2169	19	39%	10%	49%	66%	32%	2%
2013	2203	19	39%	10%	49%	66%	31%	3%
2014	2270	19	39%	11%	48%	67%	30%	3%
Evolution des effectifs 2010-2014	12%		12%	29%	12%	11%	8%	91%



programme de pertinence des soins



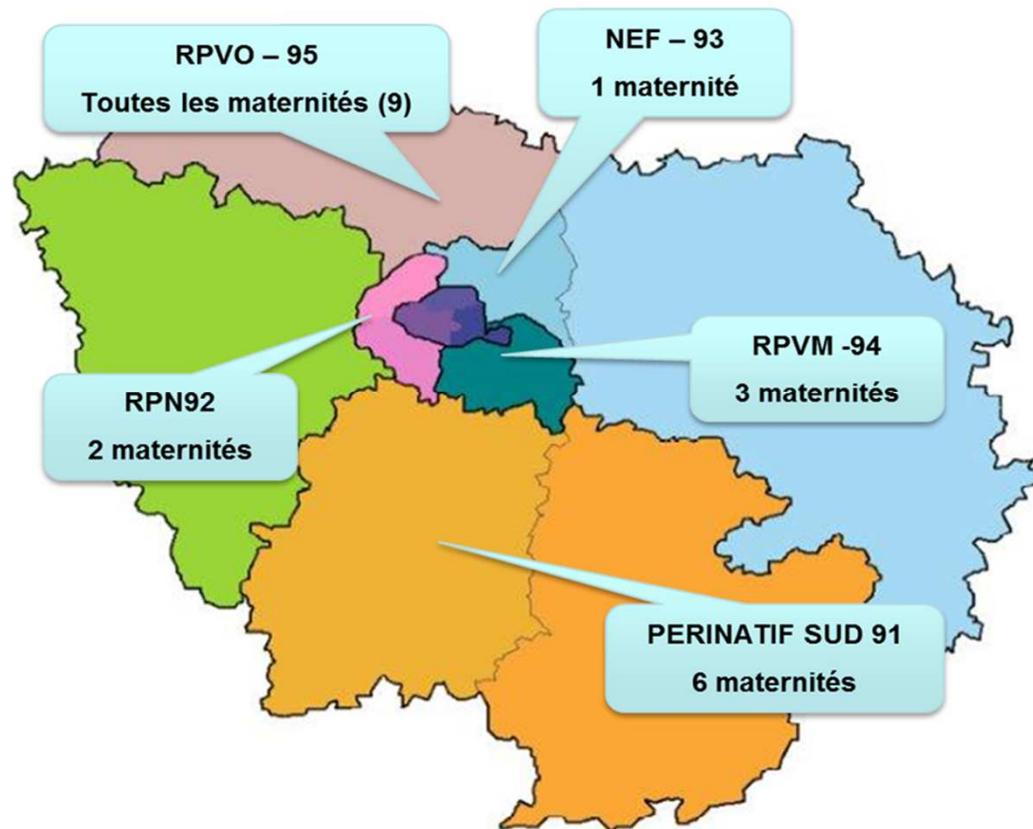
Pertinence des soins : la césarienne programmée à terme

Hétérogénéité du taux de césariennes programmées entre 2 et 20 % en France

Expérimentation nationale lancée en 2013, clôturée fin 2014:
DGOS, HAS, ARS , réseaux périnataux:

- Auprès de maternités volontaires
- Selon un référentiel : recommandations HAS concernant la césarienne programmée
- un des objectifs : amélioration de la qualité des soins et du parcours des patientes

Maternités et réseaux périnataux engagés en Ile de France dans l'expérimentation pertinence de la césarienne programmée à terme



21 établissements :

- ➔ 22 % des maternités
- ➔ 25% des accouchements (45639)
- ➔ 24% des césariennes (10 048)
- ➔ 22 % des césariennes programmés (3066)

1 CPOM / Réseau mais pas d'indicateur spécifique sur la césarienne

Pertinence des soins : la césarienne programmée à terme

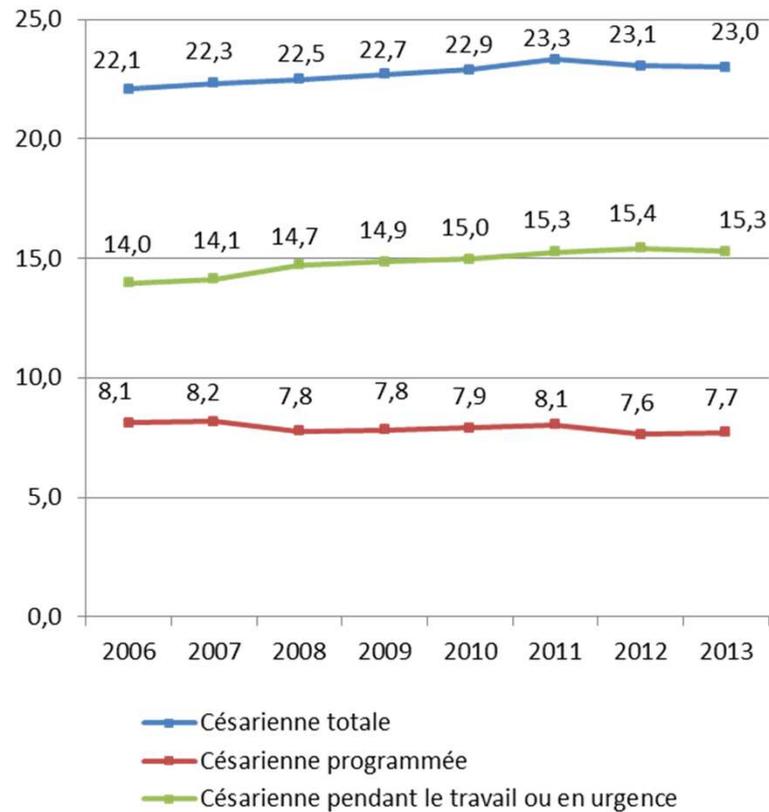
Sur l'ensemble des maternités : 3 constats partagés

- Non respect systématique du terme > 39 SA pour la programmation de la césarienne
- Peu d'information aux patientes sur le bénéfice /risque d'une césarienne
- la probabilité plus importante de réalisation d'une autre césarienne sur un utérus cicatriciel

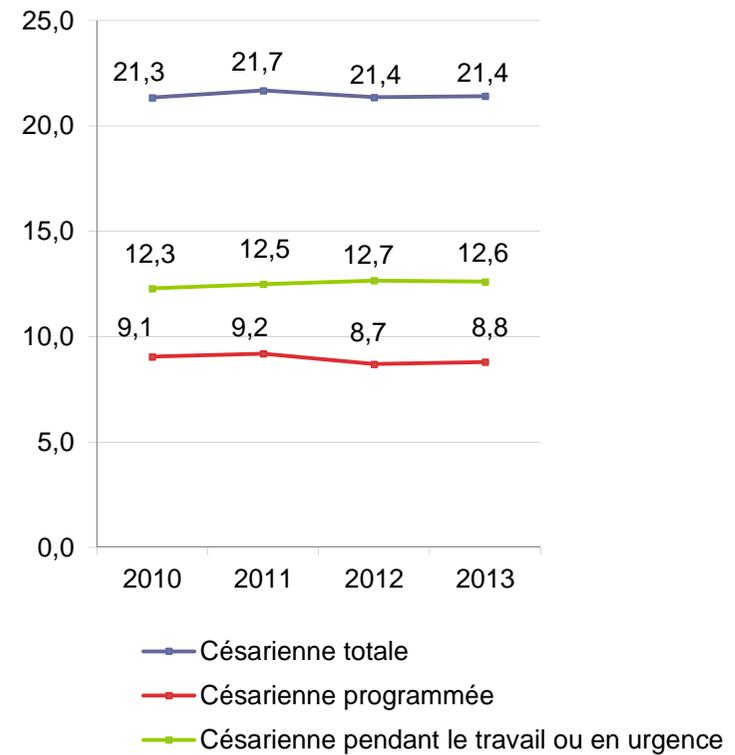
Evolution des taux de césarienne



**Sur l'ensemble
des accouchements :**

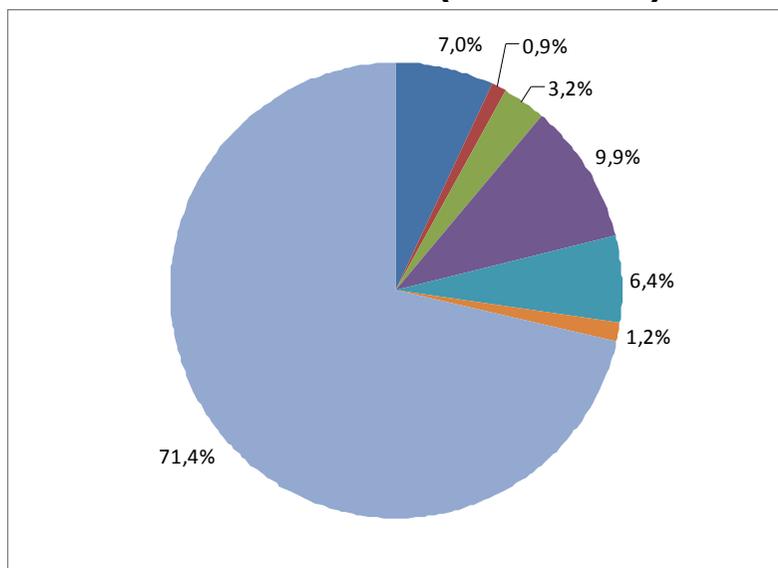


**Sur les accouchements
entre 37-40 SA inclus :**

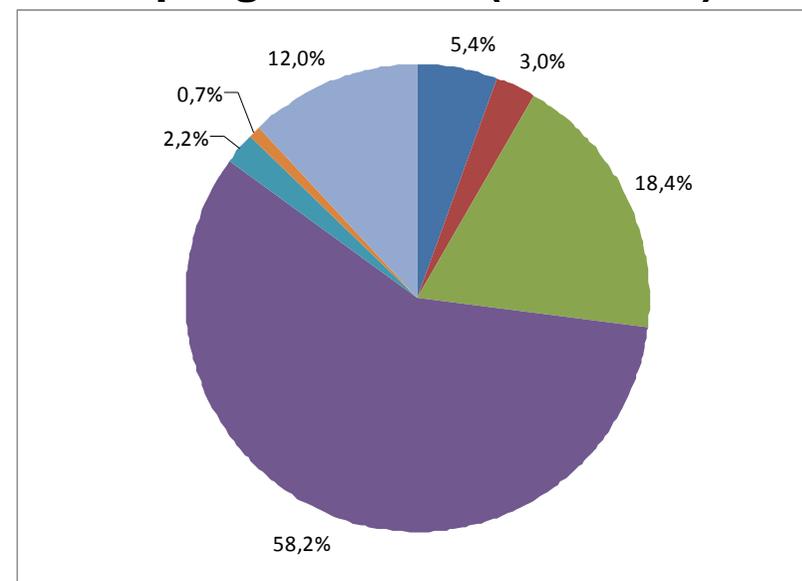


Parts des situations cliniques en IDF (2013)

Répartition sur le total accouchements (≥ 22 SA)



Répartition sur le total CS programmées (≥ 22 SA)



- 1 - <37 SA
- 2 - ≥ 37 SA - multiple
- 3 - ≥ 37 SA - unique - présentation siège ou anormale
- 4 - ≥ 37 SA - unique - présentation céphalique - Utérus Cicatriciel
- 5 - ≥ 37 SA - unique - présentation céphalique - Sans Utérus Cicatriciel - Diabète
- 6 - ≥ 37 SA - unique - présentation céphalique - Sans Utérus Cicatriciel - Sans Diabète - Macrosomie
- 7 - ≥ 37 SA - unique - présentation céphalique - Sans Utérus Cicatriciel - Sans Diabète - Sans Macrosomie

Analyse multi variée – facteurs de risque de césarienne totale (PMSI 2010 -2013)

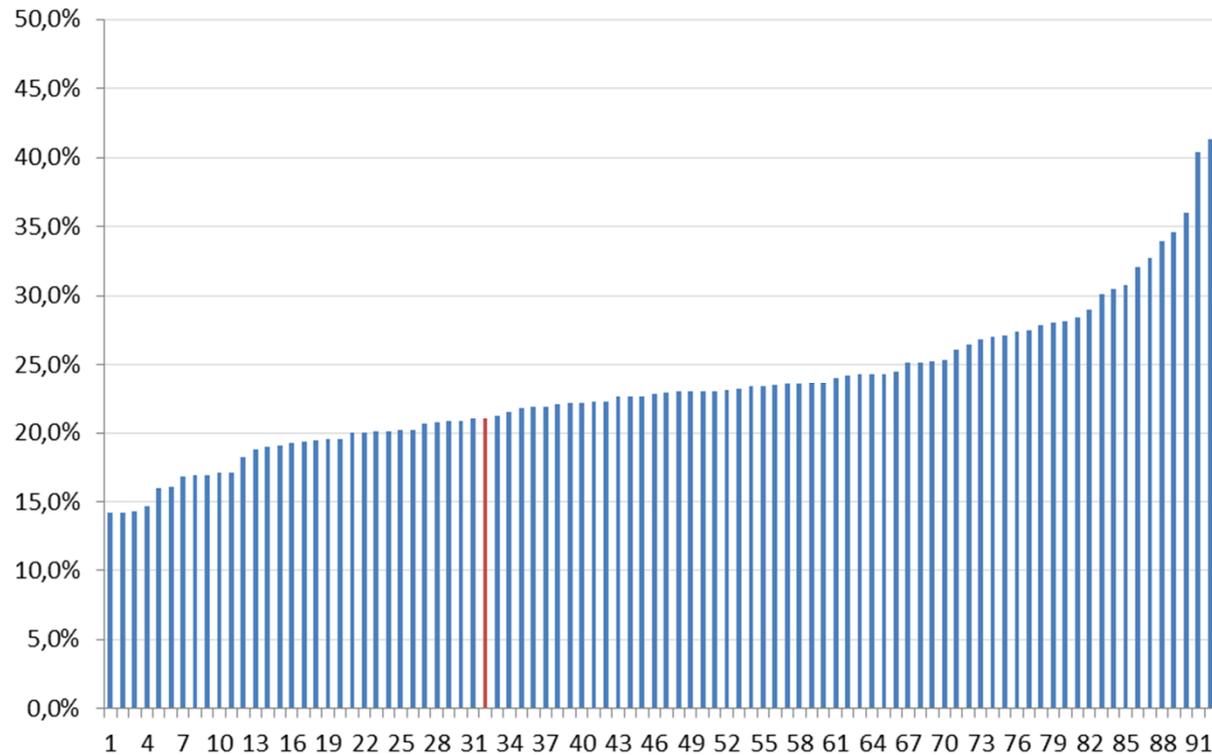
Caractéristiques de la mère et de l'accouchement

	OR ajusté	IC 95%
Age de la mère		
<35 ans	1	
35-39 ans	1,19	[1,17 - 1,21]
40 ans et +	1,70	[1,66 - 1,75]
Utérus cicatriciel	13,6	[13,4 - 13,8]
Grossesse multiple	2,65	[2,54 - 2,76]
Présentation		
Céphalique	1	
Siège	10,8	[10,5 - 11,1]
Autre	9,53	[8,77 - 10,4]
Terme		
37 SA et +	1	
33-36 SA	2,22	[2,16 - 2,27]
<33 SA	4,56	[4,36 - 4,78]
Mort-né	0,05	[0,04 - 0,05]

Caractéristiques des établissements

	OR ajusté	IC 95%
Statut		
Public	1	
Privé	1,36	[1,33 - 1,38]
PSPH	1,09	[1,06 - 1,12]
Type		
Type I	1	
Type IIA	1,12	[1,09 - 1,14]
Type IIB	1,04	[1,02 - 1,07]
Type III	1,12	[1,08 - 1,15]
Taille de la maternité		
< 1000 acc / an	1,16	[1,13 - 1,19]
1000-2499 acc / an	1,1	[1,09 - 1,13]
2500-3999 acc / an	1	
≥ 4000 acc / an	1,13	[1,10 - 1,16]

Variation des taux de césarienne dans les établissements d'IDF



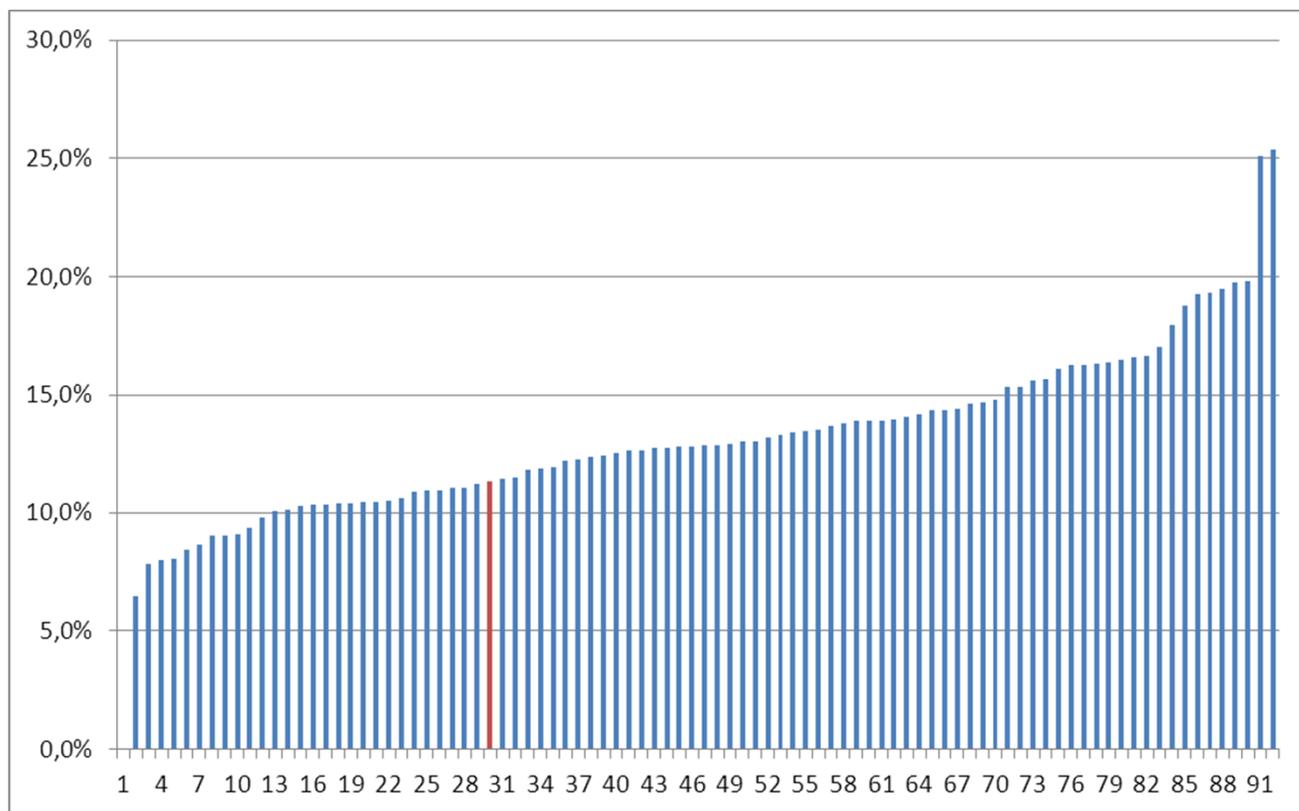
Min : 14,2%

Max : 44,5%

Moy : 23,0%

Médiane : 22,9%

Variation des taux de césarienne chez les bas risque dans les établissements d'IDF



Min : 6,4%
Max : 27,4%

Moy : 13,0%
Médiane : 12,8%

Sous-population de « bas risque » : Unique, céphalique, à terme, sans utérus cicatriciel

Poursuite du travail engagé dans le cadre du programme efficience et pertinence de soins autour de la césarienne

Elargissement de la réflexion autour de la pratique de la césarienne :
programmée et en urgence

- cible : l'ensemble des maternités d'île de France

But : modifications des pratiques et amélioration de la qualité des soins

Moyens : avec le soutien des réseaux et de la cellule perinat-ars-idf

- rapport de capitalisation sur l'expérimentation adressé aux maternités (outils mis à disposition)
- Elaboration d'un profil d'établissement suivi dans le temps et enrichi ,avec la construction d'un indicateur : % de césarienne dans une population à bas risque

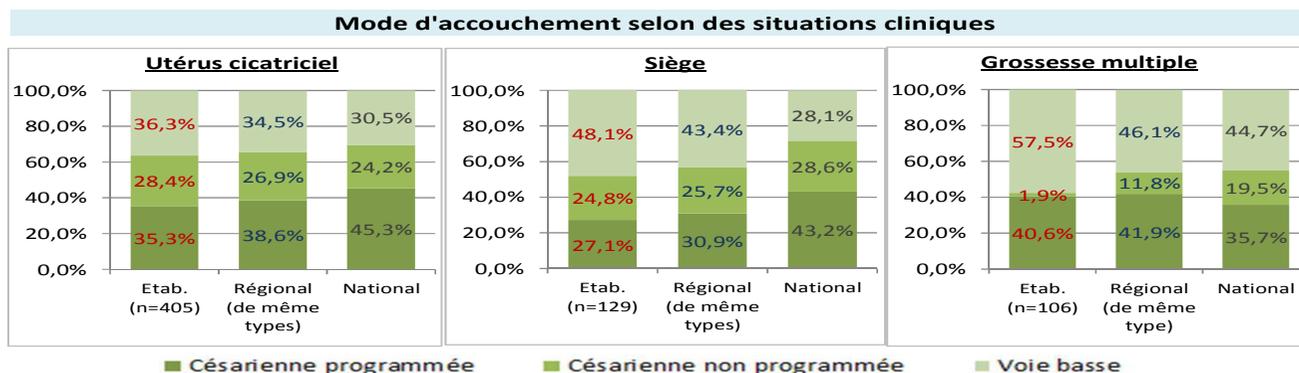
Envoi de ce profil personnalisé à chaque maternité, avec réflexion pour analyse des pratiques reprise au sein des réseaux de périnatalité

Profil d'établissement à l'étude

Activité de l'année 2013		
Hôpital Louis Mourier	Type 3	920100047
nombre total d'accouchements :	3122	nombre total de césariennes : 691
		nombre de césariennes programmées : 239

	Etablissements de la région IDF					National
	Votre étab.	Types 1	Types 2A	Types 2B	Types 3	
Tx césarienne total	22,1%	23,4%	24,4%	20,9%	23,1%	20,2%
Tx césarienne programmée	7,7%	10,1%	9,8%	6,9%	7,9%	7,7%
Tx de césarienne non programmée	14,5%	13,3%	14,6%	14,0%	15,2%	12,6%

Activité césarienne dans une population à bas risque unique, céphalique, sans utérus cicatriciel et à terme (≥ 37 SA)			
	Votre étab.	Etablissements de même type en IDF	National
Tx césarienne total	11,3%	11,8%	10,7%
Tx césarienne programmée	0,9%	1,0%	1,4%



Les césariennes programmées

Taux de césarienne programmée par classe d'âge maternel			
Classe d'âge maternel	Votre étab.	Etablissements de même type en IDF	National
< 20 ans	.	2,1%	2,6%
20-29 ans	4,9%	4,7%	5,4%
30-39 ans	9,3%	9,7%	9,6%
≥ 40 ans	12,6%	16,0%	15,8%

Répartition par terme des accouchements par césarienne programmée			
Terme de l'accouchement	Votre étab.	Etablissements de même type en IDF	National
< 37 SA	19,2%	19,1%	8,8%
37-38 SA	33,5%	37,4%	40,1%
39-41 SA	47,3%	43,4%	50,6%
≥ 42 SA	.	0,1%	0,5%
Total	100%	100,0%	100%

Les grosses maternités: « le club des 4000 »



Les grosses maternités: « le club des 4000 »

Croissance régulière et importante du nombre d'accouchements de certaines maternités depuis 3 ans

6 maternités / 15 de type 3 en IDF Accouchements > 4000 /an ;

- CH de Pontoise (val d'Oise)
- CH de Saint- Denis (Seine Saint – Denis)
- Cochin – Port Royal
- Trousseau
- CH Sud francilien (Essonne)
- CH Poissy Saint –Germain (Yvelines)

Nécessité d'analyse de la répercussion de cette augmentation rapide d'activité sur :

- le type de prise en charge réalisé au sein de ces maternités
- L'organisation de la permanence des soins dans ces maternités dans le cadre de la PDSES

Les grosses maternités: « le club des 4000 »

Mise en place d'un groupe de travail depuis 2013 comportant pour ces 6 maternités :

- Les chefs de service de gynécologie obstétrique
- Les chefs de services de néonatalogie
- Les anesthésistes travaillant dans ces maternités
- Les cadres sages - femmes

BUT : Elaboration d'un cahier des charges pour la PDS en Maternité annexé au CPOM de l'établissement par avenant concernant le fonctionnement de ces grosses maternités

Les grosses maternités: « le club des 4000 »

Ce cahier des charges comportera plusieurs parties accompagnées d'indicateurs d'activité à suivre permettant d'analyser la mission de type 3 de ces maternités au sein de leur réseau de périnatalité

- L'organisation pour le fonctionnement de la gynécologie- obstétrique comprenant l'accueil des urgences
- L'organisation pour le fonctionnement du service de néonatalogie comprenant des unités de NN, SI et REA
- L'organisation pour le fonctionnement de l'anesthésie

Actuellement c'est le cahier des charges concernant la néonatalogie qui est le plus avancé .

Une amorce de réflexion au sein de ces grosses maternité sur l'organisation d'unité physiologique pour le bas risque

Les grosses maternités: « le club des 4000 »

Pendant que le travail se poursuit délégation de crédits supplémentaires pour la PDS en maternité

Décembre 2014 : arrêté ARS fixant les montants versés , sous forme de dotation ,au titre du FIR

Repérage effectué à partir de l'enquête nationale de 2010 demandant aux ES de donner leur ligne de PDS

Une enveloppe de 972 792 € a été dégagé et répartie sur 4 des 6 maternités

Pour renforcer les lignes de gardes :

- 2 établissements en Anesthésie
- 1 établissement en néonatalogie
- 1 établissement anesthésie et en GO
- 1 établissement GO et néonatalogie

Les grosses maternités: « le club des 4000 »

Mise en évidence sur ces grosses maternités pour assurer la qualité et la sécurité des soins du besoin de :

2 lignes de gardes pour la PDS en :

- Gynécologie obstétrique
- Anesthésie
- Néonatalogie : 1 pour la néonatalogie ,la salle de réveil , la maternité

1 pour les SI et la reanimation

L'annexe : détails des montants alloués de l'arrêté ARS de décembre 2014 fixant les montants versés au titre du FIR précise dans un tableau la répartition des sommes ,

« Mise en place schéma endoscopie et grosse maternité »

Sélection du « Bas risque » pour filière physiologique (PMSI pour IDF)



❖ Indicateurs retenus par Périnat-ARS-IDF pour femmes avec grossesse à bas risque :

- ❖ Grossesse unique
- ❖ Pas de diabète, pas de pré-éclampsie, pas de pb hépatiques ni hématologiques
- ❖ Pas de soins maternels pour ...
- ❖ Pas de placenta praevia
- ❖

— Indicateurs retenus par Périnat-ARS-IDF pour femmes à bas risque à l'accouchement :

- ❖ Grossesse unique
- ❖ Age gestationnel de 37 SA et plus
- ❖ Présentation céphalique
- ❖ Age de la mère entre 20 et 35 ans
- ❖ Pas d'utérus cicatriciel

— Indicateurs retenus par Périnat-ARS-IDF pour nouveau-nés à bas risque :

- ❖ Nouveau-né de 2500g et plus
- ❖ Né de mère à bas risque à l'accouchement

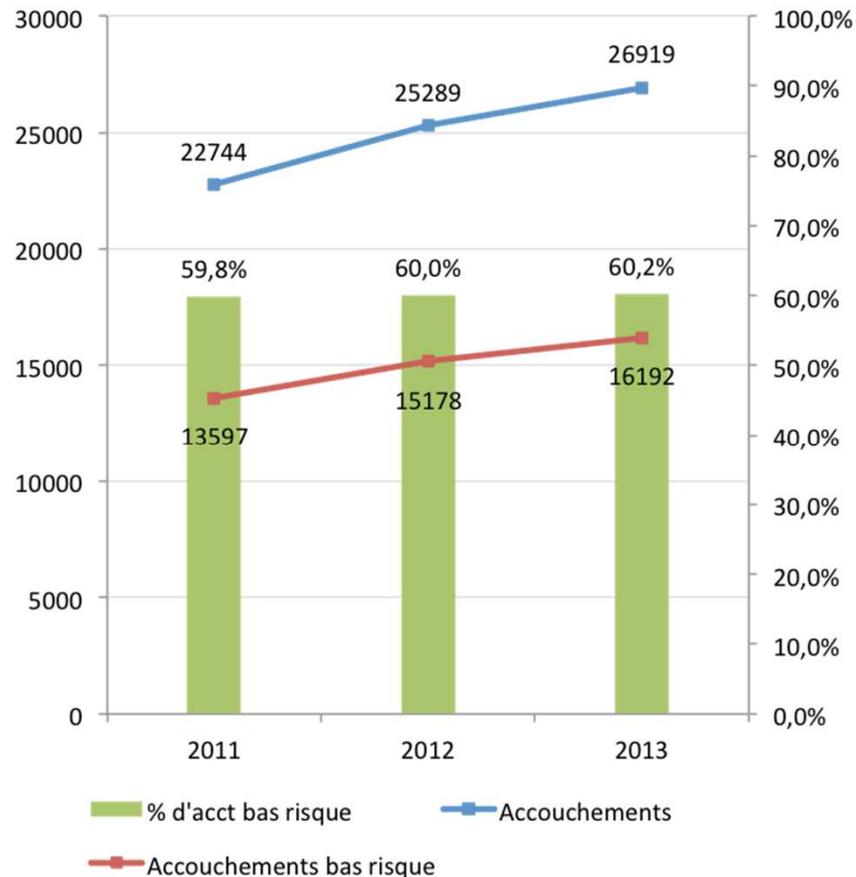
❖ Sélection d'accouchement à bas risque: voie basse spontanée

Grossesses et accouchements à « bas risque » / « à risque » (PMSI)

	Taux de grossesse bas risque	Taux d'accouchement bas risque	% gr bas-risque et acc bas-risque	% gr à risque et acc bas-risque	% gr bas-risque et acc à risque	% gr à risque et acc à risque
Etablissements IDF	55,6%	63,8%	42,2%	21,5%	13,3%	22,9%
Types I	67,4%	66,5%	50,8%	15,7%	16,6%	16,9%
Types IIA	57,6%	64,3%	43,6%	20,7%	14,0%	21,7%
Types IIB	55,5%	65,5%	43,2%	22,4%	12,4%	22,1%
Types III	46,0%	60,2%	34,7%	25,5%	11,3%	28,5%

	Taux de grossesse bas risque	Taux d'accouchement bas risque	% gr bas-risque et acc bas-risque	% gr à risque et acc bas-risque	% gr bas-risque et acc à risque	% gr à risque et acc à risque
Types III						
Trousseau	35,5%	55,2%	24,6%	30,6%	10,9%	33,9%
Cochin	52,7%	56,7%	37,2%	19,5%	15,4%	27,9%
Poissy	27,2%	59,3%	20,3%	39,0%	6,9%	33,8%
Sud Francilien	45,3%	63,3%	35,6%	27,7%	9,7%	27,1%
St Denis	55,7%	62,3%	42,8%	19,5%	12,9%	24,8%
Pontoise	51,8%	64,0%	39,7%	24,4%	12,1%	23,8%

Evolution du nombre d'acct et des acct à bas risque dans les hôpitaux du « club des 4000 »



« Club des 4000 » représente :

- 15% des accouchements de l'IDF
- 49% des types III de l'IDF

En 2013, les accouchements à « bas risque » dans les hôpitaux du club des 4000 représentent 60% de leurs accouchements.

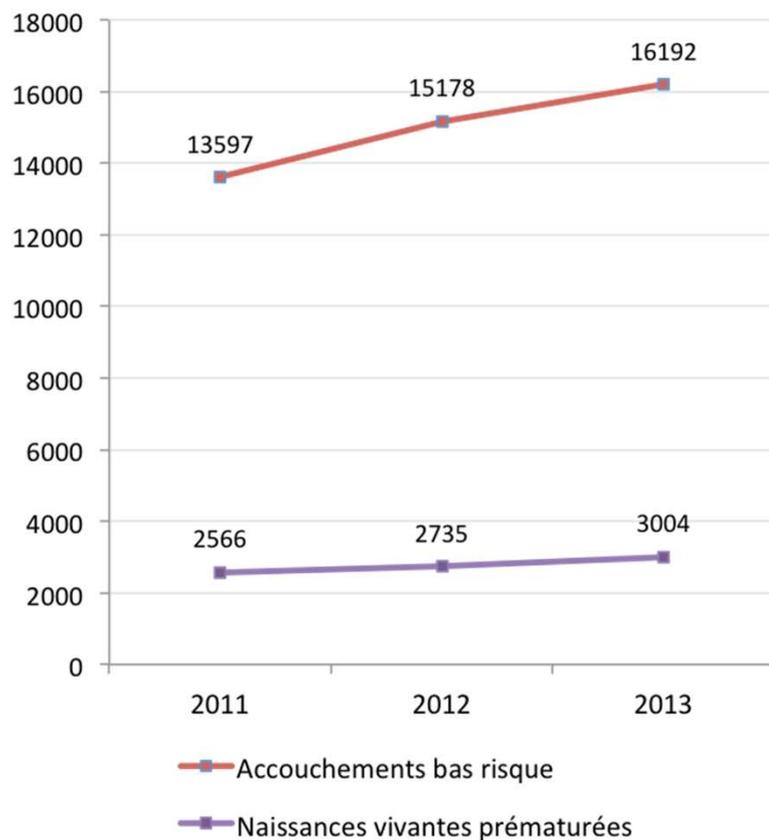
Cette proportion est identique dans l'ensemble des accouchements en types III d'IDF.

PMSI – données enregistrées

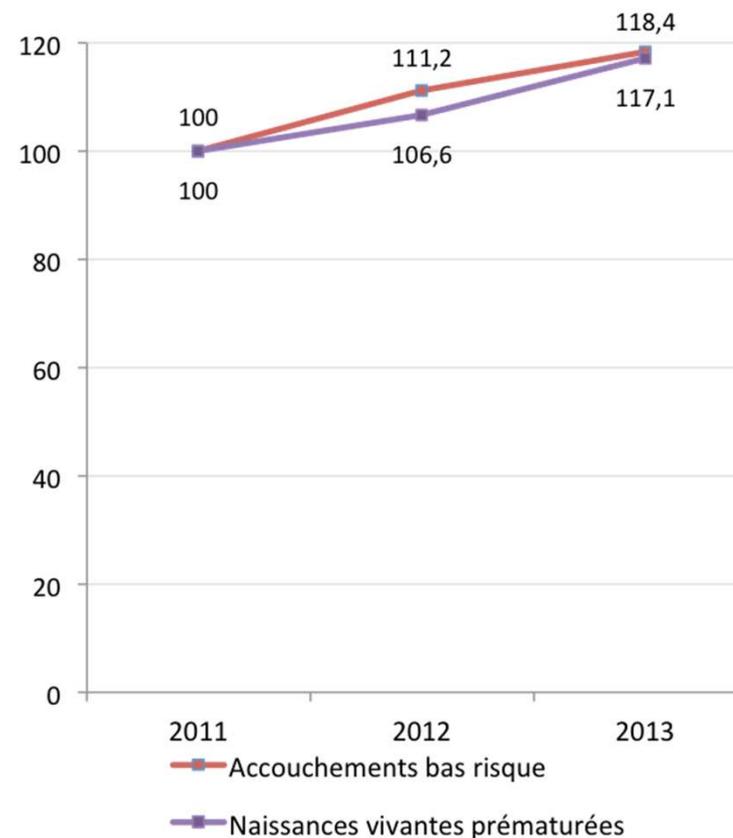
Évolution des accouchements à bas risque et des naissances prématurées dans le club des 4000



En effectifs :



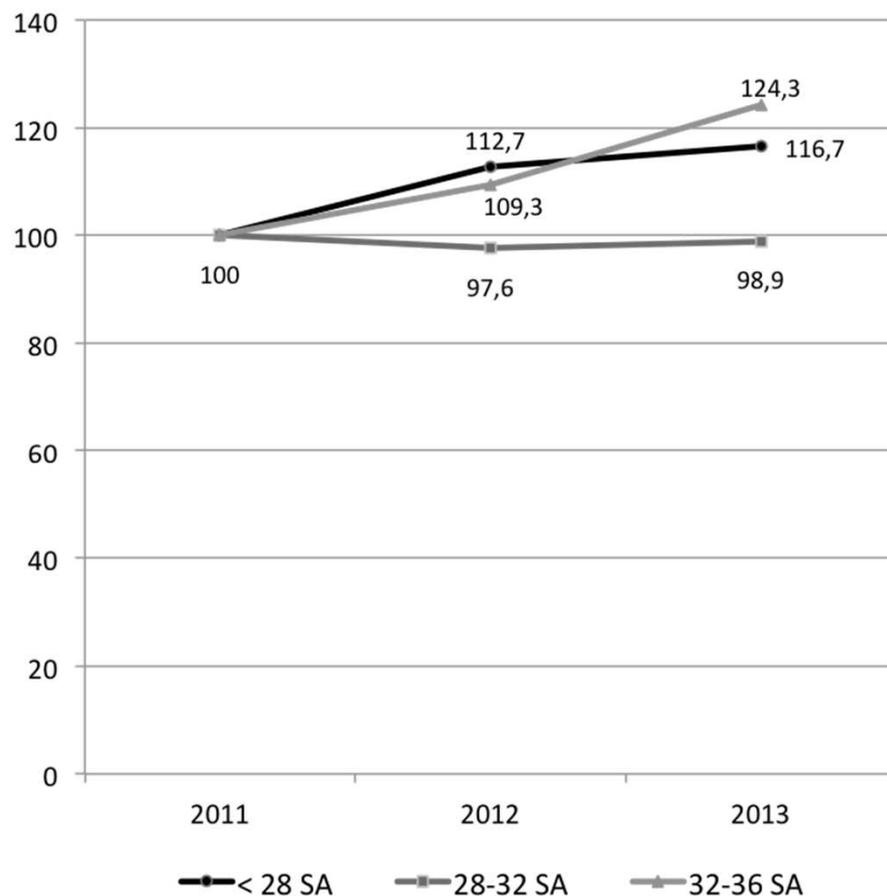
En base 100 (année 2011) :



Evolution des naissances vivantes prématurées par tranche de terme dans le « club des 4000 »



En base 100 (année 2011) :



Entre 2011 et 2013, le nombre de :

- <28 SA a augmenté de 16,7%
- 28-32 SA est stable (-1,1%)
- 32-36 SA a augmenté de 24,3%

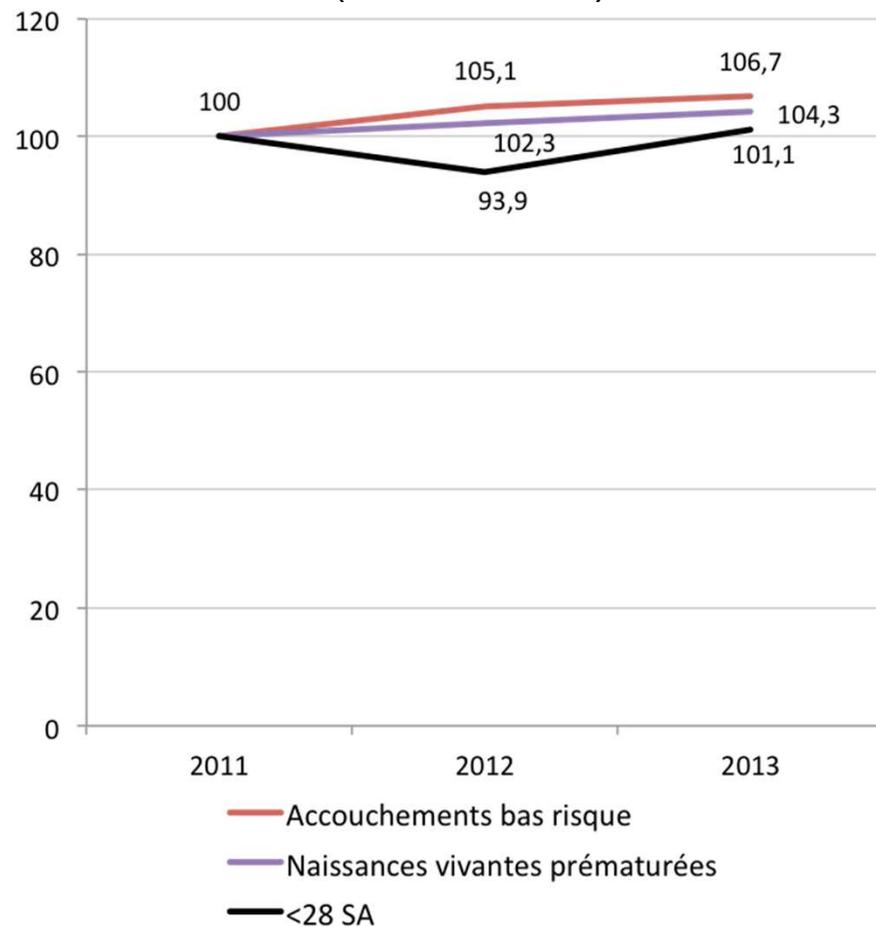
En effectifs :

	2011	2012	2013
< 28 SA	228	257	266
28-32 SA	665	649	658
32-36 SA	1673	1829	2080

Evolution des accouchements « bas risque » et des naissances prématurées dans les autres types III



En base 100 (année 2011) :



En effectifs :

	2011	2012	2013
Accouchements bas risque	15688	16486	16746
Naissances vivantes prématurées	3307	3383	3448
<28 SA	262	246	265

**L'évolution de l'offre de soins pour les
maternités : quelle organisation pour le
prochain SROS ?**



Quelles transformations pour l'offre de soins de maternité

Enjeu : continuer à assurer la qualité et la sécurité des prises en charge

Dans un contexte de Transition épidémiologique :

- **les pathologies chroniques augmentent**
 - liée aux « modes de vie » : diabète, sédentarité
 - liée au vieillissement de la population
 - liée aux progrès : VIH, cancers...
 - > source de prises en charge plus prolongées

avec des contraintes :

- Sur un plan démographique
- Sur un plan économique : plan triennal (plan ondam)

Dans des changements demandées de pratiques :

- Virage ambulatoire,
- prise en charge en HAD
- Expérimentation des maisons de naissance

et de gouvernance :

- mise en place de groupes hospitaliers de territoire GHT pour complémentarité d'activité , équipes partagées

Quelles transformations pour l'offre de soins de maternité

Contraintes économiques : plan triennal 2015- 2018

Evolution de l'Ondam déterminé à la baisse pour 3 ans :

- 2015 :2,1%
- 2016 :2 %
- 2017:1,9%

Plan national d'économie fixé à 10Mds € pour le Système de Santé dont 3 Mds € sur les tarifs et prestations

La région île de France qui représente 20 % doit réalisée 600 M€ d'économie sur 3 ans , soit 200 M€ par an



Quelles transformations pour l'offre de soins de maternité

La modification de la réglementation qui impacte le fonctionnement de l'HAD pour mettre en œuvre le virage ambulatoire :

Le taux de recours cible à l'HAD en IDF est fixé à 30 patients/jour/ 100 000 habitants (le taux moyen actuel en IDF est de 20 patients /Jr)

Le SROS IV révisé permettra la création de 1100 places en plus à échéances du SROS , et de 1500 places en plus à horizon 2018 échéance de la circulaire

Disparition en HAD de gynécologie obstétrique du motif principal de prise en charge MPP N°20 retour précoce à domicile après accouchement

Demeure :

- surveillance de grossesse à risque MPP 19,
- post- partum pathologique MPP 21 ,
- prise en charge du nouveau - né à risque MPP 22

Mêmes obligations que les établissements d'hospitalisation conventionnelle avec hébergement

- Qualité et sécurité des soins
- Continuité des soins 20h/24
- Certification par la Haute Autorité de santé

Les maternités fragiles en IDF

- mono activité de l'établissement : maternité isolé type Maternité des Lilas ou des Bluets
- activité insuffisante ne permettant pas d'atteindre le seuil d'efficience
 - Seuil minimal réglementaire d'activité Art. R. 6123 – 5; 300 accouchements
 - Seuil d'efficience énoncé par L'IGAS dans son rapport de Mars 2012 « fusion et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années » et fixé par les fédérations FHP et FEHAP à partir de 1200 à 1400 accouchements par an
- problèmes de démographie des professionnels de santé principalement les pédiatres et les anesthésistes ne permettant pas de garantir la qualité et la sécurité des prises en charge et nécessitant de recourir à des médecins à diplômes étrangers avec des conditions strictes d'emploi notamment pour assurer la qualité ,sécurité et permanence des soins
- Implanté sur des établissements dont l'activité de chirurgie à terme se fera uniquement en ambulatoire : permanence Anesthésique ?

Les maternités fragiles en IDF selon critère d'activité

En 2013 en IDF :

- 38 maternités /92 sont des maternités privés :
24 de type 1 dont 16 ont une activité < 1100 Acc soit 66 %
13 de type 2 A dont 3 ont une activité <1100 Acc soit 23%
Soit 50 % des maternités privées sont en fragilité en IDF
- 7 maternités / 92 sont des ESPIC (4 type 1,1type 2A ,2 type 2B) , elles ont toutes une activité >1100
- 13 maternités /92 sont des maternités APHP(4 type 2A,2 type 2B,7 type3)
elles ont toutes une activité > 1100 ACC
- 34 maternités /92 sont des maternités publiques (avec HIA)
6 de type1 dont 4 ont une activité < 1100 ACC
8 de type 2A dont 4 ont une activité < 1100 ACC
13 de type 2B, 7 de type 3 activité > 1100 ACC
soit 23 % des maternités publiques sont en fragilités en IDF

les néonatalogies fragiles en IDF

Principalement pour des problèmes de démographie médicale :

- celles dont les lignes de gardes sont difficile à assurer notamment pour les types 2B dont le pédiatre doit aussi assurer la prise en charge aux urgences pédiatriques
- Problématique favorisé par de petites capacités de lits de soins intensifs .
- Positionnement dans l'offre de soins des maternité de type 2B ?



pistes de réflexion : quelles solutions ?

- Regroupement de plateaux techniques d'accouchements avec suivi des grossesses à bas risque réalisé au plus près des patientes en ville par des sages femmes libérales en pré et post natal
- Fixation de recommandations dans le SROS pour seuil d'activité minimum et maximum obligatoirement en adéquation avec les conditions techniques de fonctionnement des structures
- Regroupements des unités de néonatalogie notamment pour les lits de soins intensifs en évaluant les capacités minimales efficaces pour la prise en charge => modification éventuelle du nombre de type de maternité
- Dans le cadre des futurs GHT s'assurer de la graduation des soins entre les différentes maternités => modification du type d'autorisation des maternités au sein des GHT
- Mise en adéquation des capacités de lits de néonatalogie au regard des personnels requis
- Recommandations pour un seuil minimal d'accouchements pouvant expliquer la présence d'une unité de néonatalogie ?

Perspectives de travail

constitution de 2 groupes de travail pour préparer le prochain SROS :

1 groupe sur la planification : 1ere échéance 2016 pour les dossiers d'évaluation permettant le renouvellement des autorisations .

1 groupe en lien avec l' ABM pour la PMA

