

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Organisation

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction du pilotage
de la performance

Bureau des coopérations
et des contractualisations

Sous-direction de la régulation
de l'offre de soins

Bureau plateaux techniques et prises
en charge hospitalières aiguës

Direction générale de la santé

Sous-direction de la santé des populations
et de la prévention des maladies chroniques

Bureau santé des populations

Instruction DGOS-PF3-R3-DGS-MC1 n° 2015-227 du 3 juillet 2015 relative à l'actualisation et à l'harmonisation des missions des réseaux de santé en périnatalité dans un cadre régional

NOR : AFSH1516239J

Date d'application: immédiate.

Validée par le CNP le 26 juin 2015. – Visa CNP 2015-115.

Catégorie: mesures d'organisation des services retenues par le ministre pour la mise en œuvre des dispositions dont il s'agit.

Résumé: la présente instruction met à disposition des ARS un cahier des charges destiné à actualiser et harmoniser les missions des réseaux de santé en périnatalité et à accompagner leur évolution dans un cadre régional. Elle propose un modèle type de contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens entre l'ARS et les réseaux de santé en périnatalité et remplace la circulaire du 30 mars 2006.

Mots clés: réseaux de santé – périnatalité – coordination des soins – évaluation – contractualisation.

Références:

Articles L.6321-1 et 2 et 7 du code de la santé publique;

Articles L.162-45 à L.162-47 du code de la sécurité sociale;

Décret n° 98-899 du 9 octobre 1998 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale;

Décret n° 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale;

Arrêté du 23 juin 2009 modifié fixant les règles de bonnes pratiques en matière de dépistage et de diagnostic prénatals avec utilisation des marqueurs sériques maternels de la trisomie 21;

Circulaire DHOS/O3/CNAM n° 2007-88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM ;
Circulaire DHOS/DGS/02/6c n° 2005-300 du 4 juillet 2005 relative à la collaboration médico-psychologique en périnatalité ;
Instruction DGOS/PF3 n° 2012-349 du 28 septembre 2012 relative au guide méthodologique « Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé » ;
Plan périnatalité 2005-2007.

Texte abrogé : circulaire DGOS/01/03/CNAMTS n° 2006-151 du 30 mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité.

Annexes :

- Annexe 1. – Cahier des charges des réseaux de santé en périnatalité.
- Annexe 2. – Modèle de contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM).
- Annexe 3. – Composition du groupe de travail.

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé (pour mise en œuvre).

Cette instruction vise à actualiser les missions des réseaux de santé en périnatalité (RSP)¹, conforter leur positionnement à un niveau régional et leur donner des priorités nationales d'action.

I. – AMÉLIORER LA COUVERTURE NATIONALE

Malgré la pertinence reconnue du rôle des RSP, il apparaît que leurs périmètres d'intervention ne couvrent pas l'ensemble du territoire national. Ceci pose question de façon générale sur la coordination des parcours de périnatalité sur ces territoires et interroge sur la réalisation des missions qui sont spécifiquement attribuées aux RSP, telles que l'attribution de numéros d'identifiant aux échographistes participant au dépistage de la trisomie 21².

Il est ainsi demandé aux ARS de s'assurer que l'ensemble de leur territoire est bien couvert par un RSP, y compris dans les départements d'outre-mer. Dans ce cadre, il est recommandé de privilégier la création d'un réseau de santé en périnatalité unique au niveau régional comportant éventuellement des antennes locales pour agir au plus près de territoires particuliers (par ex. : zones de montagne) afin de mener une action cohérente, efficiente, sans risque de redondance ou de couverture incomplète³.

Par ailleurs, il importe qu'au sein du RSP soient associés tous les acteurs locaux concernés par la périnatalité.

II. – ACTUALISER ET HARMONISER LES MISSIONS DES RSP : NOUVEAU CAHIER DES CHARGES

Les missions confiées aux RSP étaient définies par la circulaire DGOS/01/03/CNAMTS n° 2006-151 du 30 mars 2006. Cependant, le bilan de l'activité des réseaux montre que ces missions sont inégalement investies par les RSP. Des réseaux spécifiques ont parfois été créés sur des thématiques périnatales particulières : IVG, femmes enceintes en situation de précarité, suivi des nouveau-nés vulnérables, addictions et grossesse, etc.

Des missions additionnelles leur ont été par ailleurs confiées ponctuellement ou de façon pérenne, soit à l'occasion d'une politique nationale (rôle d'accompagnement des établissements dans le cadre de la mise en œuvre des recommandations de la HAS sur les indications des césariennes

¹ Cf. circulaire DGOS/01/03/CNAMTS n° 2006-151 du 30 mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité.

² Cf. arrêté du 23 juin 2009 modifié fixant les règles de bonnes pratiques en matière de dépistage et de diagnostic prénatals avec utilisation des marqueurs sériques maternels de la trisomie 21.

³ La Cour des comptes préconise ainsi dans son rapport sur les maternités remis au Sénat le 21 janvier 2015 de renforcer l'efficacité des RSP et d'opérer certains regroupements dans un souci d'optimisation des moyens financiers dans un contexte contraint.

programmées à terme⁴, rôle dans le dépistage prénatal de la trisomie 21, etc.), soit dans le cadre de priorités locales définies par les ARS et traduites dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) les associant.

Le nouveau cahier des charges (*cf.* annexe 1), élaboré dans le cadre d'un groupe de travail piloté par la DGOS⁵, redéfinit le socle commun des missions que les réseaux doivent tous remplir, autour des deux priorités suivantes :

- contribuer à la mise en œuvre de la politique nationale et régionale en santé périnatale et apporter son expertise à l'ARS ;
- aider et accompagner les acteurs de l'offre de soins en santé périnatale.

À ce socle s'ajoutent :

- la participation aux priorités nationales d'action en périnatalité (*cf.* III) ;
- en fonction des priorités identifiées par chaque agence régionale de santé, des objectifs supplémentaires intégrés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (*cf.* CPOM type en annexe 2).

Le cahier des charges des réseaux de santé de périnatalité permet, s'il en était besoin, de lever toute ambiguïté entre les missions de ces réseaux régionaux et celles des réseaux de santé territoriaux qui ne répondent pas aux mêmes objectifs et n'ont pas les mêmes missions.

III. – MISSIONNER LES RSP SUR DES PRIORITÉS NATIONALES D' ACTIONS

Outre le respect du cahier des charges en annexe de cette instruction, les réseaux de santé en périnatalité doivent être des acteurs au service des priorités nationales définies dans le domaine de la périnatalité. Leur implication est particulièrement attendue sur les trois objectifs suivants :

1. Améliorer l'articulation ville-établissement de santé

Alors que le suivi des grossesses est de plus en plus partagé entre professionnels de ville (libéraux, centres de santé, services de PMI) et maternités, il est essentiel que les RSP contribuent à améliorer l'articulation entre soins de ville et soins hospitaliers afin d'optimiser le parcours de la femme enceinte du pré au post-partum, avec un accompagnement constant, sans redondances ni perte d'information. Pour ce faire, les RSP doivent rassembler l'ensemble des acteurs de la périnatalité, quel que soit leur mode d'exercice, leur proposer des formations communes et des outils partagés.

Pour la mise en œuvre de leur mission de coordination des acteurs, les RSP devront prendre en compte et, le cas échéant, s'articuler avec les coopérations formalisées qui lient les établissements de santé. Cette action devrait notamment permettre de favoriser les retours à domicile dans les meilleures conditions.

2. Améliorer l'accès à l'IVG

De même, des améliorations sont attendues dans le parcours de la femme en demande d'interruption volontaire de grossesse (IVG), afin que la coordination des acteurs et l'anticipation des situations difficiles permettent d'assurer une orientation efficace.

L'enjeu est particulièrement important pour les femmes enceintes dont le terme est compris entre 10 et 12 semaines de grossesse, pour lesquelles une procédure d'urgence doit être prévue⁶. Le résultat attendu de ce travail de coordination réalisé par le RSP est qu'une solution de prise en charge soit possible pour toutes les femmes, quel que soit le terme de grossesse⁷, sur le territoire de santé où a été formulée la demande.

Un repositionnement volontariste des RSP est donc à opérer, alors qu'ils n'ont pas toujours investi cette mission déjà présente dans le cahier des charges du 30 mars 2006, à l'exception notable de réseaux spécialisés créés dans quelques régions. Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens passé avec chaque réseau (*cf.* IV, ci-dessous) doit être l'occasion de définir la stratégie de montée en charge du réseau sur cette thématique.

⁴ <http://www.sante.gouv.fr/l-experimentation-pilote-sur-l-optimisation-de-la-pertinence-des-cesariennes-programmees-a-terme.html>

⁵ *Cf.* composition en annexe 3.

⁶ *Cf.* mesure 4 (« Formalisation d'une procédure pour les IVG entre 10 et 12 semaines de grossesse ») du programme national d'action pour améliorer l'accès à l'IVG, présenté le 16 janvier dernier par le ministre.

⁷ Dans la limite du délai légal de l'IVG.

3. Contribuer à réduire les inégalités sociales de santé

Comme l'a souligné la Cour des comptes en 2012⁸, la remobilisation de tous les acteurs intervenant en périnatalité est nécessaire pour améliorer les indicateurs de santé publique (mortalité et morbidité néonatale et maternelle), notamment sur certains territoires et auprès des populations les plus vulnérables.

Les RSP doivent s'emparer de cette thématique, comme le recommande la Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant (CNNSE) dans son guide « Organisation de la prise en charge et de l'accompagnement des femmes en situation de précarité ou de vulnérabilité »⁹. Il s'agit d'améliorer le parcours de ces femmes qui nécessite l'intervention coordonnée d'acteurs sanitaires et médico-sociaux, les ruptures de soins constituant un risque majeur pour la santé des patientes et de leur(s) enfant(s).

Concernant les enfants vulnérables, l'enjeu de l'implication des réseaux dans la formalisation d'un parcours associant les différents acteurs de la néonatalogie, de la santé de l'enfant et du handicap est double : il s'agit, d'une part, de coordonner les acteurs – tant du secteur sanitaire que des champs médico-social – et social, pour assurer la continuité du suivi, éviter de perdre de vue les enfants concernés, permettre le dépistage et la prise en charge précoce d'incapacités afin d'en diminuer les conséquences. Il s'agit, d'autre part, d'évaluer les pratiques professionnelles, notamment au regard des résultats de santé de court et moyen termes afin de les améliorer.

IV. – CONTRACTUALISATION ET ÉVALUATION DES RÉSEAUX

Chaque ARS, sur la base d'un bilan de l'action de son ou ses réseau(x) de santé en périnatalité, est invitée à réfléchir à une organisation cible qui permette la couverture de l'ensemble du territoire régional et la mobilisation de tous les acteurs concernés, tant établissements de santé que professionnels de ville, services des conseils généraux, établissements sociaux ou médico-sociaux, etc.

Il est demandé aux ARS de contractualiser avec leur(s) réseau(x) afin de définir, par-delà les missions définies dans le cahier des charges national, les priorités d'actions régionales, ainsi que les moyens alloués et les modalités d'évaluation. Afin de garantir que l'ensemble des réseaux interviennent sur un périmètre de missions homogènes, une contractualisation avec l'ARS de type contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), assorti d'indicateurs d'activité et financiers, est exigée pour l'attribution de crédits du fonds d'intervention régional (FIR). Un modèle type de CPOM est proposé en annexe de la présente instruction.

Cette contractualisation avec le RSP doit s'inscrire dans le cadre plus large d'une politique régionale en périnatalité d'autant plus active qu'il existe sur le territoire des zones isolées et/ou défavorisées, ou que la région elle-même est excentrée (*cf.* cas de l'outre-mer).

Par ailleurs, l'attention des ARS est appelée sur l'action des RSP dans le cadre du dépistage de la trisomie 21. En effet, cette action devra être évaluée fin 2016, par chaque ARS, sur la base des recommandations à venir de la HAS en la matière¹⁰ et de l'exhaustivité de la couverture territoriale par les réseaux. La Fédération française des réseaux de santé en périnatalité (FFRSP) est plus particulièrement chargée de l'harmonisation des pratiques des RSP s'agissant de l'attribution des numéros identifiants aux échographistes, y compris de leur renouvellement.

Une liste d'indicateurs traceurs est annexée au cahier des charges. Le suivi de ces indicateurs traceurs doit permettre de fonder un diagnostic partagé entre l'ARS et le réseau sur la situation périnatale au niveau régional et de mettre en évidence les spécificités régionales à travailler. Pour calculer ces indicateurs traceurs, l'Agence technique de l'information hospitalière (ATIH) traite chaque année les données du PMSI nationalement, au niveau régional et par établissement. Ces données sont rendues disponibles à l'attention de la DREES, de la DGOS, des ARS, de la FFRSP et des RSP sur le site SNATIH¹¹.

*

**

⁸ Cour des comptes, « Politique de périnatalité : l'urgence d'une remobilisation », février 2012.

⁹ http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/CNNSE_2014_Prise_en_charge_et_accompagnement_des_femmes_en_situation_de_prekarite_ou_de_vulnerabilite.pdf

¹⁰ Travaux de la HAS en cours sur le contrôle qualité des pratiques des professionnels dans le cadre du dépistage de la trisomie 21 ; les indicateurs pertinents pour l'évaluation menée par l'ARS seront précisés dès que les recommandations de la HAS seront publiées.

¹¹ Accès protégé. L'ATIH attribuera sur demande à chaque réseau un identifiant et un mot de passe.

L'action des réseaux de santé en périnatalité est structurante pour la mise en œuvre de la politique régionale de périnatalité. Celle-ci doit s'attacher à améliorer les résultats en matière de santé périnatale qui, selon les dernières données disponibles, apparaissent décevants au regard des enjeux qu'ils emportent. L'actualisation et l'harmonisation des missions des RSP constituent un signal fort adressé à l'ensemble des professionnels intervenant dans le domaine de la périnatalité, quel que soit le cadre de leur exercice.

Nous vous remercions de bien vouloir assurer la diffusion de cette circulaire et de ses annexes auprès de l'ensemble des acteurs concernés.

Pour la ministre et par délégation :

*Le directeur général
de l'offre de soins,*
J. DEBEAUPUIS

*Le directeur général
de la santé,*
B. VALLET

*Le secrétaire général des ministères
chargés des affaires sociales,*
P. RICORDEAU

ANNEXE 1

CAHIER DES CHARGES DES RÉSEAUX DE SANTÉ EN PÉRINATALITÉ

MISSIONS DES RÉSEAUX DE SANTÉ EN PÉRINATALITÉ (RSP)

Définitions

La périnatalité fait référence à l'ensemble des processus qui précèdent, qui sont concomitants et qui suivent immédiatement la naissance. Entrent dans ce champ l'accès à la contraception, le désir d'enfant, la conception, le diagnostic anténatal, la grossesse quelles qu'en soient la durée et l'issue, l'interruption volontaire de grossesse, l'accouchement, le choix des parents relatifs à la naissance, l'accueil du nouveau-né, l'allaitement, le dépistage néonatal, l'établissement des premiers liens, les premiers mois de vie du nourrisson.

Cette définition fait intervenir de nombreux acteurs qui ont vocation à adhérer au réseau de santé en périnatalité :

- les professionnels de la santé intervenant dans le champ de la santé des femmes, du diagnostic prénatal et des jeunes enfants et leurs représentants (ordres professionnels, URPS, etc.);
- les établissements de santé publics et privés (notamment autorisés aux activités d'obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale, réanimation, urgences, diagnostic prénatal, assistance médicale à la procréation, psychiatrie), les établissements médico-sociaux (notamment CAMSP) et les services sociaux;
- les services du conseil général (PMI et ASE), les centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF), les établissements d'information, de consultation et de conseil familial (EICCF);
- le secteur associatif, notamment les associations régionales de dépistage néonatal, les associations œuvrant auprès des publics en situation de précarité ou souffrant d'addictions, les associations d'aide à la personne, etc.;
- les usagers et leurs représentants.

Un réseau de santé en périnatalité est une structure de coordination, d'appui, d'évaluation et d'expertise médicale exerçant des missions dans le champ de la santé périnatale, en amont et en aval de la naissance. En ce qui concerne les enfants vulnérables, il assure ces missions au-delà de la période périnatale, au cours des premiers mois ou années de vie selon les cas, jusqu'à l'âge de 6 ans au maximum. À ce titre, il associe également les professionnels intervenant dans le champ de la santé de l'enfant au sens large et du handicap.

Il intervient sur l'ensemble du territoire régional et peut compter localement, lorsqu'une situation particulière le justifie (important bassin de population, zone d'accès difficile...), des antennes territoriales.

Il a pour objectifs :

- d'assurer une cohérence et une synergie renforcées des interventions dans le champ périnatal et de promouvoir la sécurité des soins et la qualité de la prise en charge pour chaque femme et chaque nourrisson sur le territoire régional;
- d'assurer la cohérence et la qualité du suivi spécifique des enfants vulnérables.

Partenaire de l'ARS, il contribue à la mise en œuvre de la politique régionale en santé périnatale, y compris en faveur des enfants vulnérables. Il exerce ses missions à la fois auprès de l'ARS et de l'ensemble des acteurs intervenant en santé périnatale sur le territoire régional.

Missions

Dans un objectif d'amélioration et de renforcement de la qualité et de la sécurité de la prise en charge en périnatalité, deux grands corps de missions caractérisent les réseaux de santé en périnatalité :

I. – CONTRIBUER À LA MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE NATIONALE ET RÉGIONALE EN SANTÉ PÉRINATALE ET APPORTER SON EXPERTISE À L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ (ARS)

Le réseau est un interlocuteur essentiel de l'ARS pour la mise en œuvre de la politique périnatale définie. Il offre un appui à cette dernière :

1. En organisant des parcours de soins adaptés aux enjeux nationaux et régionaux

Organisation de la réponse aux demandes d'IVG

En lien avec l'ARS et les acteurs locaux, le réseau élabore et assure la déclinaison locale des parcours de soins, pour les femmes en demande d'IVG :

Une attention particulière doit être apportée aux demandes d'IVG des femmes entre 10 et 12 semaines de grossesse. Une étude récente¹ effectuée à la demande du ministère de la santé a en effet montré que les femmes dans cette situation avaient de grandes difficultés pour trouver une réponse adaptée à leur besoin. Une amélioration du service rendu est donc indispensable.

C'est pourquoi il est attendu des RSP qu'ils définissent un protocole, appelé « protocole régional d'urgence pour la prise en charge des demandes d'IVG des femmes entre 10 et 12 semaines de grossesse » qui permettent d'améliorer la réponse aux besoins identifiés sur les territoires. Plusieurs principes doivent guider l'élaboration de ce protocole :

- l'ensemble de la région doit être couverte par un protocole ;
- le protocole est élaboré en concertation avec l'ensemble des acteurs territoriaux, dont les professionnels de santé, les représentants des usagers et les associations intervenant dans le champ des droits sexuels et reproductifs ;
- les territoires d'application du protocole tiennent compte de la configuration de l'offre comme des données socio-démographiques et des retours d'expérience qui peuvent être connus soit par les professionnels, soit par les échanges avec les représentants des usagers ;
- le protocole doit prévoir l'amélioration de l'offre IVG entre 10 et 12 semaines permettant de couvrir l'ensemble des besoins ;
- il formalise le circuit de prise en charge des femmes ;
- il identifie un contact téléphonique de référence pour les femmes et les professionnels de santé chargés de les orienter ;
- il assure la pérennité de l'organisation mise en place tout au long de l'année, y compris durant les périodes estivales ;
- il définit des actions d'information et d'accompagnement à destination des femmes en situation de précarité ou de vulnérabilité ;
- il détermine des actions de sensibilisation et de formation des professionnels concernés ;
- il prévoit les modalités d'évaluation des organisations mises en œuvre : nombre de femmes prises en charge, délais de la réponse, événements indésirables, plaintes.

Le réseau veille à la diffusion de l'information sur le protocole ainsi établi. Il organise au moins deux fois par an une réunion d'échange à partir des évaluations recueillies.

En lien avec l'ARS, le réseau élabore et assure la déclinaison locale des parcours de soins identifiés par la HAS², en fonction de l'offre de soins locale, pour les autres situations :

- femmes lorsqu'un diagnostic prénatal est nécessaire (en lien avec le centre de diagnostic prénatal) ;
- femmes présentant une grossesse, un accouchement et un post-partum physiologiques³ ;
- femmes présentant des risques obstétricaux et/ou fœtaux identifiés ;
- femmes en situation de handicap ou souffrant de maladies chroniques ;
- femmes présentant une/des addictions ;
- femmes en situation de précarité ou de vulnérabilité ;
- transferts maternels (*in utero* et post-partum) et néonataux (en lien le SAMU et la cellule d'orientation lorsqu'elle existe) ;
- femmes présentant un risque de développer un trouble de l'attachement avec son enfant ;
- nouveau-nés dont l'état de santé nécessite une réhospitalisation (ex. : ictère grave) ;
- enfants vulnérables au-delà de la période périnatale lorsque leur état de santé ou leur handicap le justifie, dans la limite de 6 ans ;
- autres thématiques identifiées localement.

De même, le réseau contribue aux parcours de transition pour :

- les nouveau-nés dont l'état de santé ou le handicap nécessite des dépistages, un diagnostic et un suivi coordonné (notamment en cas de prématurité, de cardiopathie congénitale, de syndrome d'alcoolisation fœtale, de trisomie 21, de syndrome malformatif, etc.) ;

¹ Enquête sur les délais d'attente pour un rendez-vous d'IVG, juillet 2014, société BVA.

² Travaux en cours.

³ Il s'agit notamment d'orienter les demandes d'inscription des femmes présentant une grossesse physiologique en fonction de leur lieu de domiciliation, les maternités de type 3 constituant pour ce profil de femmes une offre de proximité.

- les enfants dépistés sourds;
- les autres thématiques identifiées localement.

Pour ce faire, il identifie les ressources locales disponibles (annuaires), définit les critères d'inclusion et d'orientation, ainsi que les parcours types.

Des outils de partage d'information et des modèles de conventions pourront également être proposés par le réseau à l'ARS et aux acteurs de l'offre de soins pour organiser et fluidifier les parcours de soins.

→ Indicateurs: nombre de documents produits ou actualisés dans l'année décrivant les parcours de santé adaptés, part des nouveau-nés nés dans une structure adaptée.

Nombre de protocoles de prise en charge des IVG dites tardives.

2. En contribuant à l'animation de la politique nationale et régionale en santé périnatale

Il mobilise les acteurs locaux de la périnatalité, tant du secteur ambulatoire que du secteur hospitalier sur des sujets identifiés par les autorités sanitaires (ex.: dépistage de la luxation congénitale de la hanche, codage PMSI des mort-nés, mise en œuvre de nouvelles recommandations, etc.) en organisant des réunions régionales d'information, de partage et de retour d'expérience.

→ Indicateur: nombre d'actions impliquant les professionnels du secteur ambulatoire.

3. En apportant son expertise à l'ARS

Le réseau assure, notamment auprès de l'ARS, une mission de veille et d'alerte en lien avec l'InVS. Ainsi, il anticipe et signale les fragilités de l'offre (difficulté d'accès aux soins, départ d'un médecin, etc.). Il signale à l'ARS les dysfonctionnements graves et les EIG dont il a connaissance.

Il apporte également une contribution de terrain aux réflexions sur l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation du volet périnatalité du SROS-PRS.

→ Indicateur: nombre annuel d'accouchements survenus de manière inopinée hors établissement.

II. – AIDER ET ACCOMPAGNER LES ACTEURS DE L'OFFRE DE SOINS EN SANTÉ PÉRINATALE

1. En offrant un appui méthodologique aux acteurs locaux de la périnatalité en matière d'organisation, de coordination et d'évaluation de la prise en charge sur le territoire

Le réseau intervient en appui, soit pour mieux coordonner l'action des différents partenaires, notamment entre secteur ambulatoire et secteur d'hospitalisation, soit à la demande de l'un de ses membres pour améliorer un fonctionnement interne.

Amélioration de la coordination entre les acteurs

Cette coordination repose sur les échanges, analyses et travaux menés de concert entre établissements de santé (publics et privés), secteur de ville (libéraux, PMI, centres de santé, etc.) et secteur associatif concerné. Le réseau:

- apporte une aide méthodologique notamment pour:
 - l'organisation de staffs de « parentalité/périnatalité »;
 - l'organisation des sorties de maternité en lien avec le secteur ambulatoire, le secteur associatif, etc;
 - l'organisation de revues de morbidité/mortalité (RMM) dans l'ensemble du champ considéré;
 - l'organisation du recueil des indicateurs auprès des maternités et des services de néonatalogie;
 - la mise en œuvre d'un dossier commun obstétrico-pédiatrique, et notamment la mise en œuvre de dossiers communs informatisés;
 - le suivi à long terme des enfants vulnérables: dépistage des déficiences et organisation de la prise en charge précoce en lien avec les secteurs pédiatrique libéral et hospitalier et le secteur médico-social (PMI, CAMSP, etc.);
 - tout autre sujet identifié localement;
- analyse les dysfonctionnements dans la coordination des acteurs et participe à l'élaboration de mesures correctives, notamment en ce qui concerne:
 - les difficultés de prise en charge des IVG, notamment lorsque le terme est compris entre 12 et 14 semaines d'aménorrhée;
 - les difficultés identifiées dans le cadre des transferts/retransferts maternels et néonataux;

- propose des outils de partage d'information (dossier commun, fiches de liaison, site Internet, etc.) et des modèles de convention type (établissement de santé/sage-femme libérale par exemple), des supports facilitant la coordination des acteurs en matière d'IVG (acteurs établissements de santé/hors établissements de santé).

→ Indicateurs: nombre de transferts *in utero*, néonataux et retransferts réalisés dans l'année.

Proportion de naissances « out-born » (en dehors des types de soins correspondant à la gravité des soins néonataux).

Nombre d'enfants vulnérables dont le suivi est coordonné par le réseau.

Nombre de revues de morbidité-mortalité (RMM) réalisées et nombre d'actions correctives proposées.

Nombre d'établissements de santé publics et privés ayant mis en place une organisation pour accompagner la sortie de maternité de toute femme.

Amélioration de l'organisation interne d'une structure

Apporte une aide méthodologique notamment pour :

- améliorer le recueil des indicateurs traceurs du tableau de bord, joint en annexe ;
- déclarer les événements indésirables graves (EIG), en lien avec l'InVS ;
- accompagner la mise en place une filière physiologique au sein d'une maternité (cf. document de la Commission nationale de la naissance⁴) ;
- soutenir et accompagner l'allaitement maternel, en lien avec le(s) lactarium(s) ;
- organiser et soutenir les revues de morbidité-mortalité (RMM) avec décision et suivi des améliorations de pratiques à mettre en place.

Apporte une aide opérationnelle pour la préparation de la prise en charge des situations d'urgence, par exemple par séances de simulation (notamment : prise en charge d'une hémorragie du post-partum, conduite d'une réanimation du nouveau-né en salle de naissance).

Élabore et actualise les procédures sur la base de l'analyse des pratiques : notamment pour la prévention et la prise en charge des hémorragies de la délivrance, les césariennes programmées à terme, les transferts maternels et néonataux, y compris en urgence, etc.

→ Indicateur: nombre d'opérations d'appui réalisées dans l'année, liste des thématiques abordées dans le cadre de ces opérations d'appui, nombre de demi-journées d'ETP mobilisées pour réaliser les opérations d'appui (temps de préparation et d'intervention).

2. En formant les professionnels de la santé périnatale

Organisme de formation, le réseau peut devenir organisme de DPC⁵. Grâce aux méthodes d'analyse des pratiques validées par la HAS⁶ et dans le cadre des orientations nationales du DPC⁷, il peut contribuer à ou proposer en tant qu'organisme de DPC des programmes de DPC collectifs annuels ou pluriannuels en associant deux activités :

- l'analyse des pratiques professionnelles ;
- l'acquisition ou le perfectionnement des connaissances et des compétences des professionnels de santé en périnatalité, dans une perspective de mise en œuvre des recommandations des bonnes pratiques de soins.

Les formations et programmes de DPC proposés par le réseau prennent en compte l'offre et l'organisation régionale, en particulier pour la prise en charge d'aval.

Ils portent notamment sur les thématiques suivantes :

- entretien prénatal précoce ;
- dépistages néonataux en particulier le dépistage néonatal de la surdité, en lien le cas échéant avec l'association régionale de dépistage néonatal ;
- amélioration des pratiques professionnelles (hémorragie du post-partum, grossesses gémellaires, pertes de grossesse, utérus cicatriciels, épisiotomies, analyse du rythme cardiaque foetal, asphyxie per-partum, retard de croissance intra-utérin, réanimation du nouveau-né en salle de naissance, allaitement maternel, etc.) ;
- dépistage et prise en charge des femmes et des nouveau-nés en situation de vulnérabilité ;

⁴ <http://www.sante.gouv.fr/suivi-et-accompagnement-des-grossesses-physiologiques-par-les-maternites.html>.

⁵ Cf. arrêté du 12 décembre 2012 relatif à la composition du dossier de demande d'enregistrement en qualité d'organisme de développement professionnel continu et du dossier d'évaluation prévus aux articles R. 4021-23 et R. 4021-24 du code de la santé publique et les informations sur cette procédure sur le site de l'OGDPC : <https://www.ogdpc.fr/>

⁶ http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-12/liste_methodes_modalites_dpc_decembre_2012.pdf.

⁷ Arrêté du 26 février 2013 fixant la liste des orientations nationales du DPC des professionnels de santé pour l'année 2013.

- contraception ;
- interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse ;
- autres thèmes correspondant à des priorités régionales identifiées par l'ARS.

→ Indicateur: nombre de professionnels (par profession et secteur d'activité) ayant participé dans l'année à des activités (formations cognitives et analyse de pratiques) validantes, organisées par le réseau, par thème de formation.

3. En diffusant des informations ascendantes et descendantes

Le réseau contribue à la diffusion d'informations, tant de façon ascendante (des secteurs de soins et de prise en charge aux autorités sanitaires), que descendante (à l'intention des professionnels et du grand public) :

Informations ascendantes vers les autorités sanitaires

- participe au recueil et à l'analyse des déterminants régionaux en matière de santé périnatale, en lien avec l'ARS et les structures compétentes, en particulier l'observatoire régional de santé (ORS) et les cellules de l'InVS en région (CIRE) ;
- identifie les organisations innovantes et reproductibles et les signale à l'ARS et à la Fédération française des réseaux de santé en périnatalité (FFRSP) ;
- identifie les ressources disponibles pour la prise en charge des IVG (notamment celles pour lesquelles le terme est compris entre 12 et 14 semaines d'aménorrhée), la prise en charge sécurisée des femmes enceintes et des nouveau-nés et le suivi des enfants vulnérables ;
- recense et transmet à la FFRSP et aux sociétés savantes concernées les besoins en recommandations de bonne pratique.

→ Indicateur: production, éventuellement en lien avec les ORS, d'une note d'analyse annuelle de la situation périnatale de la région incluant les indicateurs traceurs figurant dans le tableau de bord joint en annexe.

Informations descendantes à l'intention des professionnels, des structures et des usagers

- informe les professionnels et les structures :
- participe à la diffusion et la mise en œuvre des recommandations émanant de la HAS, des sociétés savantes, ou des référentiels internationaux, des préconisations régionales ou locales ;
- promeut, facilite et accompagne l'utilisation d'outils de coordination :
 - l'entretien prénatal précoce⁸, en tant qu'il permet aux professionnels de travailler en collaboration pour organiser une prise en charge coordonnée précoce des femmes enceintes présentant une situation de vulnérabilité ;
 - la mise en œuvre de collaborations médico-psychologiques associant les professionnels des secteurs hospitaliers public et privé, du secteur ambulatoire, des services du conseil général (PMI et ASE), le secteur médico-social ;
 - les documents de suivi de la grossesse (carnet de santé maternité, dossier médical, etc.) ou de l'enfant (carnet de santé de l'enfant) ;
 - les protocoles et outils conçus par le réseau (par exemple concernant la prise en charge coordonnée des femmes présentant des addictions, l'accompagnement de l'allaitement maternel ou des femmes souhaitant recourir à une IVG) ;
- élabore, met à jour et met à la disposition des professionnels de périnatalité et de tout établissement de santé susceptible de recevoir les femmes enceintes et les nouveau-nés (notamment les services d'urgence), un annuaire des ressources locales.

→ Indicateurs: taux d'EPP réalisés chaque année et statut des professionnels à l'aide d'enquêtes *ad hoc* ou de relevé systématique.

Liste des nouveaux outils et supports destinés aux professionnels ou aux femmes enceintes créés dans l'année.

⁸ Cf. circulaire DHOS/DGS/O2/6 C n° 2005-300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité (<http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-08/a0080026.htm>) et recommandations professionnelles HAS « Préparation à la naissance et à la parentalité », novembre 2005 (http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_269939).

Nombre d'audits cliniques mesurant l'appropriation des recommandations qui ont été accompagnés par le réseau dans l'année.

- informe les femmes, les couples et les usagers du système de santé :
 - en diffusant des informations grand public (entretien prénatal précoce, allaitement maternel, organisation de la sortie de maternité, etc.), en adaptant éventuellement le contenu au contexte local ;
 - en élaborant, mettant à jour et diffusant des annuaires des ressources locales incluant l'offre relative à l'accès de femmes souffrant de handicaps ;
 - en participant à l'information des couples sur les parcours de soins (grossesse physiologique ou grossesse pathologique/à risque) ;
 - en informant les femmes et les couples de l'organisation en réseau des professionnels de la périnatalité, avec en particulier les orientations en fonction du risque et de la prise en charge graduée.
- Indicateur: production ou mise à jour annuelle d'un ou plusieurs annuaires, documents d'information auprès des professionnels et des usagers.

ORGANISATION GÉNÉRALE

Chaque RSP doit remplir l'intégralité des missions ci-dessus définies. Cependant, sur la base d'un diagnostic partagé faisant apparaître des spécificités locales, des priorités d'action régionales peuvent être définies avec l'ARS. Elles sont traduites dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) signé avec le directeur général de l'ARS. Le CPOM définit des objectifs précis, associés d'indicateurs dont la disponibilité est vérifiée. Les indicateurs proposés au sein du présent cahier des charges peuvent être adaptés, notamment en fonction des priorités régionales et des systèmes d'information disponibles localement.

Conformément à l'article D.6321-7 du code de la santé publique: «Chaque année avant le 1^{er} mars, les promoteurs du réseau transmettent aux représentants qui leur ont accordé les financements [...] un rapport d'activité relatif à l'année précédente comportant des éléments d'évaluation ainsi qu'un bilan financier et les documents comptables s'y rapportant. Ce rapport précise notamment les résultats obtenus au regard du CPOM conclu entre le réseau et l'ARS».

Des indicateurs traceurs ont été par ailleurs définis par la FFRSP et seront calculés chaque année par l'Agence technique de l'information hospitalière (ATIH). Le suivi de ces indicateurs traceurs permet de fonder un diagnostic partagé de la situation périnatale régionale et de mettre en évidence les spécificités régionales à travailler. Ces indicateurs sont listés ci-après.

Tableau de bord : liste minimale d'indicateurs traceurs communs⁹ suivis dans le cadre du pilotage du réseau

1. Accouchements multiples
2. Âge maternel
3. Prématuration
4. Faible poids de naissance
5. Mortinatalité
6. Mortalité néonatale
7. Mortalité périnatale
8. Mode d'accouchement
9. Conformité du lieu de naissance des nouveau-nés nés (naissance dans le « bon niveau » ou « in born »)
10. Hémorragies du post-partum : actes marqueurs
11. Transferts maternels (TIU et TPP)
12. Transferts néonataux
13. Présentation du nouveau-né

Source : pour tous les indicateurs, la source est le PMSI.

⁹ Indicateurs de santé périnatale communs aux réseaux de santé en périnatalité : document de la Fédération française des réseaux de santé en périnatalité.

ANNEXE 2

MODÈLE DE CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS (CPOM)

PROPOSITION DE MODÈLE TYPE DE CPOM – RÉSEAUX DE SANTÉ EN PÉRINATALITÉ

Le modèle type de CPOM proposé ci-dessous est susceptible d'adaptation en fonction de l'organisation propre à chaque région.

Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens 2015-2017

Entre

L'agence régionale de santé de XXXXXXXX

Et

Le réseau XXXXXXXXXXXXX,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1435-3, L. 6114-1, R. 1435-30 et R. 1435-31, D. 6114-11 à D. 6114-16, R. 6114-17, D. 6321-1 à D. 6321-7 et R. 6123-52;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment son article L. 162-45;

Vu l'instruction n° XXX du XXX 2015 relative aux missions des réseaux de santé en périnatalité;

Vu le projet régional de santé (PRS) défini à l'article L. 1434-1 du code de la santé publique, notamment le plan stratégique régional de santé (PSRS) défini à l'article L. 1434-2, le schéma régional de prévention défini à l'article L. 1434-5 et le schéma régional d'organisation des soins (SROS), défini aux articles L. 1434-7 et L. 1434-9;

Vu la convention constitutive et la charte du réseau;

Il a été expressément convenu ce qui suit:

TITRE 1

OBJET DU CONTRAT

Article 1^{er}

Les fondements

Le réseau de santé en périnatalité répond à l'ensemble des missions telles que définies dans l'instruction n° XX du XX 2015.

Le contrat permet la déclinaison, par objectifs et par actions, des orientations régionales arrêtées par le directeur général de l'ARS.

Article 2

Les orientations stratégiques

Les orientations stratégiques destinées à améliorer et à renforcer la qualité et la sécurité de la prise en charge en périnatalité, retenues au terme de la négociation, sont:

Exemple 1: Organiser et favoriser le repérage et la prise en charge des femmes et des enfants en situation de vulnérabilité.

Les modalités de leur réalisation sont déclinées dans les annexes du présent contrat qui sont opposables.

TITRE 2

LA MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT

Article 3

Le suivi du contrat

a) La revue annuelle

Le contrat fait l'objet d'une revue annuelle.

Celle-ci a pour objet:

- l'examen contradictoire du bilan annuel de réalisation des orientations stratégiques prévues au contrat à l'année $n - 1$;
- l'évaluation des résultats sur la base des indicateurs prévus au contrat;
- l'analyse des perspectives pour l'année n , et les années à venir;

- la définition des éventuels avenants prévus à l'article 4;
- la détermination, le cas échéant, des sanctions prévues à l'article 6.

L'examen contradictoire est mené sur la base du rapport annuel d'étape visé à l'article D.6114-16 du code de la santé publique, produit par le réseau au plus tard un mois avant la réunion et comprenant le bilan de réalisation de l'année $n - 1$ du contrat. Ce rapport comprend le rapport d'activité visé à l'article D.6321-7 du code de la santé publique.

La revue annuelle fait l'objet d'une lettre d'observations adressée par l'ARS au plus tard un mois après la date de la réunion.

L'Agence technique de l'information hospitalière (ATIH) rend disponible chaque année sur son site SNATIH¹ les indicateurs traceurs prévus par le cahier des charges des réseaux de santé en périnatalité. Si le contrat prévoit le suivi d'indicateurs complémentaires, l'ARS fournit au réseau les moyens de leur calcul, notamment le cas échéant par un accès aux données régionales du PMSI.

b) Le rapport final

Conformément à l'article D.6114-16 du code de la santé publique, le réseau transmet, au moment de sa demande de renouvellement du contrat, un rapport final d'exécution.

Article 4

La révision du contrat

À la demande de la structure ou de l'ARS, les dispositions du contrat sont modifiées par voie d'avenant:

- pour prendre en compte les modifications substantielles de l'environnement de la structure, de l'offre de soins régionale ou des missions qui lui sont confiées dans le cadre du cahier des charges défini au niveau national;
- pour réviser le contenu des objectifs et des actions afin de tenir compte de nouvelles orientations politiques nationales;
- pour intégrer l'accompagnement financier consenti par l'ARS destiné à la réalisation des orientations du contrat.

Article 5

Les sanctions en cas d'inexécution partielle ou totale des engagements prévus au contrat

L'article R.6114-17 du code de la santé publique détermine les conditions d'application des sanctions liées à une inexécution partielle ou totale des engagements figurant au présent contrat.

Le constat de l'inexécution est réalisé sur la base des échanges et conclusions de la revue annuelle visée à l'article 3.

Les sanctions peuvent notamment porter sur les cas d'inexécution des engagements mentionnés en annexe 1 du présent contrat.

Article 6

La résiliation du contrat

Le contrat peut être résilié dans les conditions fixées par l'article R.6114-17 du code de la santé publique.

Article 7

Durée du contrat et entrée en vigueur

Le contrat est conclu pour une durée de ans.

Il prendra effet à compter du XXXX.

Fait à XXXXX, le XXXXX.

Signatures :

Le directeur général de l'ARS

Le président du réseau

L'administrateur du réseau

¹ Accès protégé. L'ATIH attribue sur demande à chaque réseau un identifiant et un mot de passe.

ANNEXE 1

ORIENTATIONS STRATÉGIQUES, OBJECTIFS OPÉRATIONNELS,
ACTIONS ET INDICATEURS DE SUIVI ET D'ÉVALUATION

Cette annexe détermine la contribution du réseau de santé en périnatalité à l'atteinte des objectifs du PRS sur l'ensemble du territoire régional. Elle permet de formaliser les orientations stratégiques sélectionnées par l'ARS.

Pour chacune des orientations stratégiques retenues au terme de la négociation du contrat, elle définit les actions suivies dans le cadre du présent contrat, soit selon les cas :

1. Sur la mission d'aide et d'accompagnement des acteurs de l'offre de soins en santé périnatale :
 - les modalités de diffusion des informations ;
 - les modalités de formation des professionnels de la santé périnatale ;
 - les modalités d'appui méthodologique aux acteurs locaux en matière d'organisation, de coordination et d'évaluation de la prise en charge des populations cibles sur le territoire ;
 - les indicateurs associés à cette mission de coordination et d'appui aux acteurs de la périnatalité.
2. Sur la mission d'expertise à l'ARS et de contribution à la mise en œuvre de la politique régionale en santé périnatale :
 - les modalités d'organisation des parcours de soins adaptés aux enjeux régionaux ;
 - les modalités de contribution à l'animation de la politique régionale en santé périnatale ;
 - les modalités d'apport par le réseau d'une expertise à l'ARS.

Il est entendu que les réseaux de santé en périnatalité doivent tous répondre à l'ensemble des missions telles que définies dans l'instruction n° XX du XX, et intervenir sur l'ensemble du territoire régional.

Dans le présent CPOM, ne seront spécifiées que les orientations stratégiques retenues dans le cadre du présent contrat et leur déclinaison en objectifs opérationnels pour lesquels des évolutions/ actions spécifiques sont en cours ou attendues du réseau concerné.

ORIENTATIONS stratégiques	OBJECTIFS OPÉRATIONNELS	ACTIONS	INDICATEURS DE SUIVI et d'évaluation
Exemple: Organiser et favoriser le repérage et la prise en charge des femmes et des enfants présentant une situation de vulnérabilité.	Exemple: Mobiliser les professionnels de santé sur le territoire du réseau. Inciter au travail pluridisciplinaire et pluri-institutionnel pour décloisonner les interventions des professionnels de santé afin de coordonner la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés.	Exemple: Organiser des formations à l'entretien prénatal précoce s'inscrivant dans un cadre de collaboration pluridisciplinaire. Organiser des formations pluridisciplinaires sur la problématique addictions et grossesse. Promouvoir des formations, des rencontres et des revues de morbi-mortalité pluridisciplinaires et pluri-institutionnelles.	Exemple: Nombre de sessions de formation. Nombre et statut des professionnels formés (dont professionnels libéraux, de services de PMI). Nombre de sessions de formation. Nombre et statut des professionnels formés (dont professionnels libéraux, de services de PMI). Nombre de réunions, de RMM organisées. Nombre de nouvelles structures concernées par ce travail pluridisciplinaire.

ANNEXE 2

FINANCEMENT

Cette annexe a pour vocation de tracer l'ensemble des financements consentis au réseau, y compris s'agissant de prestations dérogatoires. Les financements prévisionnels peuvent y être décrits afin de donner une visibilité aux gestionnaires, mais les engagements de l'ARS seront pris sous réserve de l'annualité budgétaire. Une décision attributive de financement détermine annuellement les sommes à verser au titre de l'exercice.

SOURCES DE FINANCEMENT	MONTANT				
	2015	2016	2017	2018	2019

ANNEXE 3

ANNEXE DOCUMENTAIRE

Cette annexe non opposable a pour vocation de lister l'ensemble des documents stratégiques existants:

La convention constitutive du réseau (art. D.6321-5 du CSP).

Le dossier « promoteur » (art. D.6321-6 du CSP).

Les autres engagements conventionnels pris par le réseau.

ANNEXE 3

COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL

Laurence ABRAHAM	Réseau périnatal des deux Savoies
Julie BARROIS	DGOS/R3
Naïma BARRY	DGOS/PF3
Anne-Marie de BELLEVILLE	ARS d'Aquitaine
Chantal BIRMAN	ANSFL
Bernard BRANGER	FFRSP
Edwige CONTE	Service PMI du conseil général des Yvelines
Gisèle CRIBALLET	FFRSP
Emmanuelle HEDOUIN	DGOS/PF3
Olivier JOSEPH	ARS de Bretagne
Béatrice LE NIR	FFRSP
Michèle MARCOT	Réseau Périnat-Sud (PACA)
Nicole MATET	DGS/MC1
Catherine PACLOT	DGS/MC1
Francis PUECH	Président de la Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant (CNNSE)
Yasmine SAMMOUR	DGOS/PF3
Evelyne SATONNET	DGOS/PF3
<i>Personnes consultées :</i>	
Béatrice BOISSEAU-MERIEAU	DGS/MC1
Anne-Gaëlle DANIEL	ARS Île-de-France
Suzanne SCHEIDEGGER	DGS/PP4