

## Périnatalité

*L'amélioration du suivi de la grossesse, le développement de la prise en charge adaptée du nouveau-né et le renforcement de la sécurité en périnatalité font partie des priorités des pouvoirs publics, conformément aux décrets du 9 octobre 1998.*

*Le plan périnatalité de 1994 s'était notamment fixé comme objectif de diminuer la mortalité liée à la naissance en abaissant la mortalité maternelle, la mortalité périnatale et en limitant les risques de mort subite du nourrisson par la mise en place d'un programme de prévention. La mise en oeuvre de ce plan s'est concrétisée par l'amélioration du fonctionnement des maternités, le développement des transferts in utero et la pratique du travail en réseau. Elle s'est traduite par une amélioration des indicateurs de mortalité mais la position de la France en Europe demeurait moyenne : 8<sup>ème</sup> rang pour la mortalité périnatale, 11<sup>ème</sup> rang sur 14 pour la mortalité maternelle.*

*Aussi, un nouveau plan 2005-2007 a été lancé pour poursuivre la modernisation et la sécurisation de l'environnement de la grossesse et de la naissance. Ce plan doit permettre d'atteindre en 2008 les objectifs fixés par la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, à savoir réduire la mortalité périnatale à un taux de 5,5 pour 1.000 et la mortalité maternelle à un taux de 5 pour 100.000.*

*Il comporte un ensemble de mesures visant à améliorer la sécurité et la qualité des soins, tout en développant une approche plus humaine et plus individualisée. Il vise également à améliorer la connaissance du secteur et à mieux reconnaître les professionnels qui y travaillent.*

*Ce volet repose sur une approche globale qui intègre la grossesse, l'accouchement et le suivi de la mère et du nouveau-né après l'accouchement. Il évoque également des axes d'évolution concernant l'interruption volontaire de grossesse (IVG), les risques en périnatalogie et la prise en charge des femmes victimes d'agressions sexuelles.*

### **I. Contexte réglementaire**

L'organisation de la périnatalité est encadrée dans tous ses aspects par un ensemble de textes réglementaires :

- décret n° 98-899 du 9 octobre 1998 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie et la réanimation néonatale (articles R.712-84 à R.712-89 du code de la santé publique) et aux conditions techniques de fonctionnement relatives à l'obstétrique, la néonatalogie et à la réanimation néonatale (articles D.712-75 à D.712-103 du code de la santé publique),
- arrêté du 25 avril 2000 relatif aux locaux de pré-travail et de travail, aux dispositifs médicaux et aux examens pratiqués en néonatalogie (JO du 16 juin 2000),
- circulaire du 7 février 2005 relative à l'organisation des transports sanitaires des nouveaux-nés, nourrissons et enfants,

- circulaire du 16 mars 2005 relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'aide médicale de l'État.

- *En ce qui concerne l'assistance médicale à la procréation :*

- articles L.2141-1 à L.2153-2 du code de la santé publique,
- loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique.

- *En ce qui concerne le diagnostic prénatal :*

- articles L.2131-1 à L.2131-5 du code de la santé publique.

- *En ce qui concerne l'interruption volontaire de grossesse :*

- dispositions générales : articles L.2211-1 à L.2212-11 du code de la santé publique,
- loi du 4 juillet 2004 : extension du délai réglementaire de 12 à 14 semaines d'aménorrhée,
- circulaire du 26 novembre 2004 : conditions de réalisation et de prise en charge des IVG médicamenteuses effectuées en ville.

## **II. Contexte régional**

La cartographie des bassins de naissance en Haute-Normandie indique 10 bassins (*source PMSI 2002- CNEH 2004*), de dimensions hétérogènes, de plus de 640.000 habitants pour celui de Rouen à moins de 32.000 pour celui de Pont Audemer et un peu plus de 49.000 pour ceux de Fécamp et de Gisors.

Les bassins de néonatalogie, construits par regroupements de bassins de naissance en raison du faible nombre de séjours, ont été constatés en fonction du lieu de prise en charge majoritaire des séjours de néonatalogie : Dieppe, Evreux/Vernon, Le Havre, Rouen.

Le nombre de femmes en âge de procréer diminue globalement sur l'ensemble des bassins de naissance à l'horizon 2015, une diminution allant de 6 à 20,5% sur l'ensemble des territoires.

Plusieurs facteurs concourent à la fragilisation des activités, notamment l'insuffisance progressive et attendue de compétences médicales en pédiatrie, gynécologie-obstétrique, anesthésie-réanimation.

### **1. L'offre de prise en charge en périnatalité**

- L'offre en maternités (au 31 décembre 2005):

#### **Territoire de Rouen-Elbeuf (10.321 accouchements en 2004)**

*1 maternité de niveau 3 :*

- CHU de Rouen (*98 lits de gynécologie-obstétrique, 29 lits de néonatalogie, 27 lits de soins intensifs en néonatalogie et 10 lits en réanimation néonatale*)

*3 maternités de niveau 2 :*

- CHI Elbeuf Louviers, site d'Elbeuf (48 lits de gynécologie-obstétrique, 6 lits de néonatalogie)
- CH Belvédère (90 lits de gynécologie-obstétrique, 6 lits de néonatalogie)
- Clinique Mathilde (84 lits de gynécologie-obstétrique, 6 lits de néonatalogie)

*1 centre périnatal de proximité :*

- CHI Elbeuf-Louviers, site de Louviers (depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2005).

### **Territoire du Havre (5.337 accouchements en 2004)**

*1 maternité de niveau 3 :*

- Groupe Hospitalier du Havre, site Flaubert (47 lits de gynécologie-obstétrique, 12 lits de néonatalogie, 9 lits de soins intensifs de néonatalogie, 6 lits de réanimation néonatale)

*1 maternité de niveau 2 :*

- CH Fécamp (34 lits de gynécologie-obstétrique, 4 lits de néonatalogie)

*3 maternités de niveau 1 :*

- Clinique Petit Colmoulins (42 lits de gynécologie-obstétrique)
- Groupe Hospitalier du Havre, site Monod (42 lits de gynécologie obstétrique)
- CH de Lillebonne (24 lits de gynécologie-obstétrique)

*1 maison périnatale :*

- CH Pont Audemer (à titre expérimental depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2003)

### **Territoire d'Evreux-Vernon (3.659 accouchements en 2004)**

*1 maternité de niveau 2 :*

- CHI Eure-Seine, site d'Evreux (45 lits de gynécologie-obstétrique, 10 lits de néonatalogie)

*3 maternités de niveau 1 :*

- CH Bernay (15 lits de gynécologie-obstétrique)
- CH Gisors (13 lits de gynécologie-obstétrique)
- CHI Eure-Seine, site de Vernon (20 lits de gynécologie-obstétrique)

*1 centre périnatal de proximité :*

- CH de Verneuil sur Avre (depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2000)

### **Territoire de Dieppe (1.743 accouchements en 2004)**

*1 maternité de niveau 2 :*

- CH Dieppe (32 lits de gynécologie-obstétrique, 6 lits de néonatalogie)

*1 maternité de niveau 1 :*

- Clinique des Aubépines (28 lits de gynécologie-obstétrique)
- Un réseau de périnatalité, financé dans le cadre du comité régional des réseaux
- Les transports néonataux :

Il n'existe pas dans la région de SMUR pédiatrique au sens de la circulaire du 7 février 2005. En 2004 le volume des transports de périnatalogie médicalisés ou non médicalisés réalisés par les SAMU-SMUR sur la région avoisinait les 1.250.

- L'assistance médicale à la procréation (AMP):

La réalisation des actes cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation, hors insémination artificielle est assurée dans 3 centres cliniques à vocation régionale (*CHU de Rouen, Groupe Hospitalier du Havre, Clinique Saint Antoine de Bois-Guillaume*) et 3 laboratoires qui bénéficient d'une autorisation ministérielle.

Par ailleurs, 2 sites sont autorisés au diagnostic prénatal par les techniques de biochimie portant sur les marqueurs sériques d'origine embryonnaire ou foetale dans le sang maternel.

L'offre de soins est adaptée aux besoins de la région mais reste fragile compte tenu du petit nombre de centres et de la spécialisation et du haut niveau des compétences requises.

- Le diagnostic antenatal (amniocentèse, ponction de sang foetal, échographie) :

Le *CHU de Rouen* et le *Groupe Hospitalier du Havre*, sont les deux centres d'expertise pluridisciplinaire de diagnostic prénatal qui répondent aux besoins de la région, à la fois pour des avis diagnostiques et le traitement en cas de suspicion d'anomalie embryonnaire ou foetale.

- Les interruptions volontaires de grossesse (IVG) :

En 2004, 4 649 interruptions de grossesse ont été réalisées sur les 13 sites en établissements publics et 3 sites en établissements privés autorisés en Haute-Normandie.

Le tiers a été réalisé selon le mode médicamenteux.

- Les urgences gynécologiques :

Les établissements qui possèdent une maternité accueillent les urgences et consultations non programmées de gynécologie.

Parmi les 15 établissements sièges d'un SAU ou d'une UPATOU, 10 accueillent des urgences gynécologiques au niveau du service des urgences.

En 2003, cette activité a représenté 32.200 actes de consultation, dont 97% sont réalisés par les établissements possédant un service de maternité. Parmi ces consultations en urgence, en moyenne 17% sont suivies d'une hospitalisation dans les services des établissements publics et 5% dans les services des établissements privés.

- Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) :

Créées par la loi du 27 juillet 1999, les PASS ont vocation à coordonner les dispositifs de droit commun mis en place dans les domaines de l'observation de la santé, de l'accès à la prévention, aux droits et aux soins et de la prise en charge sociale. Elles sont un lieu d'accueil et de coordination pour des personnes en situation de précarité où la prise en charge simultanée des problèmes sociaux et sanitaires est assurée.

Les 11 PASS réparties sur tous les territoires de santé de la région reçoivent pour un tiers de leur public des femmes âgées de 15 à 49 ans.

- Le risque en périnatalogie :

Les handicaps d'origine neurologique de l'enfant restent une priorité éthique et de santé publique ; ils sont dans 90% des cas d'origine ante ou périnatale. Le suivi des nourrissons à haut risque neurologique ainsi qu'un dépistage et une prise en charge précoces des troubles du développement cérébral dans la population générale sont deux conditions de l'amélioration du pronostic des handicaps.

2 centres d'expertise sont identifiés dans la région :

- le service de pédiatrie néonatale et réanimation du *CHU de Rouen* réalise plus de 5.000 consultations médicales par an. Compte tenu de la demande les délais d'attente pour les rendez-vous médicaux ou la réalisation de bilans orthophoniques, psychomoteurs ou neuro-psychologiques sont longs.
- le centre de dépistage organisé au *Groupe Hospitalier du Havre* autour de la maternité de niveau 3, du centre multidisciplinaire de diagnostic anténatal et de la fédération de néonatalogie.

Le fonctionnement de ces centres s'effectue en lien étroit avec 2 CAMSP polyvalents (Centres d'Action Médico-Social Précoce) chargés selon la circulaire du 18 avril 2002 de l'accompagnement des parents et du suivi de l'enfant lors de l'annonce pré et post natale d'une maladie ou d'une malformation, 1 CAMSP spécifique (surdité) et 10 CMPP et antennes, structures pour lesquelles les délais d'attente sont parfois importants.

- Les agressions sexuelles :

Une enquête spécifique montre que 9 établissements accueillent en urgence dans le service de gynécologie-obstétrique des femmes pour une consultation en rapport avec une agression sexuelle. Néanmoins, cette activité est sans doute supérieure dans la mesure où elle est parfois réalisée dans d'autres services hospitaliers, notamment en ce qui concerne les mineur(e)s.

## **2. La démographie médicale et de sages-femmes**

La densité des spécialistes médicaux en p rinalit  fait apparaître un déficit important, par rapport à la moyenne nationale.

	Gynécologue-obstétriciens	Pédiatres
Haute-Normandie	6,3 pour 100.000	7,8 pour 100.000
France métropolitaine	8,5 pour 100.000	10,3 pour 100.000

Source : DRESS, rapport Y.Berland " Mission démographie des professions de santé " nov. 2002

Une enquête réalisée par l'URCAM de Haute-Normandie concernant les gynécologues libéraux, dont la moitié sont exclusivement médicaux, fait état d'une densité de 7,3 praticiens pour 100.000 habitants dans la région (dont 5,5 dans le département de l'Eure et 7,9 dans le département de la Seine Maritime) pour 9,6 au niveau de la France métropolitaine.

En ce qui concerne les sages-femmes, une enquête de besoins pour la période 2003-2008 dans les établissements de santé publics et privés fait apparaître un besoin important. L'objectif de 1.000 places supplémentaires en institut de formation lancé depuis trois ans réparties sur l'ensemble du territoire national a été atteint en 2005. Toutefois, au regard des 4 années d'études, les effets bénéfiques de cette augmentation sont attendus prochainement sur le terrain. Une fois l'adéquation quantitative aux besoins de soins de la population atteinte, resteront à explorer les pistes favorisant l'attractivité et la fidélisation des professionnels dans les structures régionales.

### **3. L'activité obstétricale**

Le nombre d'accouchements régional reste globalement stable, passant de 22.440 en 1999 à 21.684 en 2004, soit une très légère diminution de 3,3%.

Il est réalisé, en 2004, à près de 77% dans les établissements publics.

Cette même année :

- 3 établissements ont pratiqué plus de 2.500 accouchements : *CH Belvédère, CHU Rouen, Clinique Mathilde.*
- 3 établissements ont pratiqué entre 1.500 et 2.000 accouchements : *CHI Eure-Seine (site d'Evreux), Groupe Hospitalier du Havre (site Flaubert), CHI Elbeuf Louviers (site d'Elbeuf).*
- 3 établissements ont pratiqué entre 1.000 et 1.500 accouchements : *Groupe Hospitalier du Havre (site Monod), CH de Dieppe, Clinique du Petit Colmoulins.*
- 8 établissements ont pratiqué moins de 1.000 accouchements : *CH Lillebonne, Clinique des Aubépines, CH Fécamp, Clinique Sainte Marie (activité d'obstétrique arrêtée le 31 mars 2005), CH Vernon, CH Louviers (activité d'obstétrique arrêtée le 1<sup>er</sup> juillet 2005), CH Bernay, CH Gisors.*

## **III. Orientations/évolutions**

### **1. Axes généraux**

Après une période au cours de laquelle le dispositif régional des maternités a fortement évolué, l'enjeu de ce SROS de troisième génération est de le maintenir et le consolider, dans toute la mesure du possible compte tenu de la fragilité de certains sites.

Le principe directeur est d'axer l'organisation régionale sur la prise en charge de la grossesse et de la périnatalité dans leur globalité, du diagnostic et du suivi prénatal au suivi post natal afin de ne pas centrer tout le dispositif que sur l'acte d'accouchement qui ne représente qu'un moment de la prise en charge.

Par ailleurs et conformément aux orientations du plan périnatalité en cours, ce nouveau SROS s'attache à proposer et développer des prises en charge personnalisées de la femme enceinte et des relations mère-enfant, en particulier pour les personnes en situation de précarité, les personnes migrantes ou présentant des troubles psychiques ou des comportements à risque.

Enfin, les dernières mises aux normes techniques de fonctionnement édictées par le décret 1998 seront achevées.

## **2. Orientations/évolutions**

### **➤ Principe d'accessibilité du dispositif**

Les délais d'accès aux plateaux techniques d'accouchement ne constituent pas en Haute-Normandie un critère discriminant pour justifier du choix de maintien de tel ou tel site. En effet, le maillage actuel de la région en sites d'accouchement permet que toute parturiente puisse rejoindre la maternité où elle est inscrite dans des délais inférieurs à la durée du travail.

Les grossesses pathologiques sont en général hospitalisées avant la date prévue de l'accouchement, dans les maternités de niveau II ou III, ou bénéficient d'un transfert in utero médicalisé ou non.

- Gradation des niveaux de soins des maternités :

Depuis le décret de 1998, les services de maternité font l'objet d'une gradation en 3 niveaux de technicité différente qui peuvent aisément être assimilés à la gradation en trois niveaux retenue en région de Haute-Normandie :

**Niveau de proximité** : centre périnatal de proximité ou maternité de niveau I comprenant une unité d'obstétrique.

**Niveau de recours** : maternité de niveau II comprenant une unité d'obstétrique, une unité de néonatalogie avec, le cas échéant, un secteur de soins intensifs.

**Niveau de référence régionale** : maternité de niveau III comprenant une unité d'obstétrique, une unité de néonatalogie, une unité de réanimation néonatale associée à un secteur de soins intensifs sur le même site.

- Interruptions volontaires de grossesses (IVG) :

Le principe de proximité doit être réaffirmé pour la prise en charge des IVG, y compris pour ce qui est de la période 12-14 semaines.

Dans cette perspective, la mise en place des coopérations entre médecins de ville et centres pratiquant les IVG sera poursuivie et développée pour la réalisation des IVG médicamenteuses en ville par les médecins généralistes et les gynécologues libéraux, ce qui devrait faire encore augmenter la part des IVG par voie médicamenteuse. Le réseau périnatalité participera à la promotion de ce dispositif.

Par ailleurs, la prise en charge des IVG chirurgicales devra être favorisée non seulement dans les services de gynécologie-obstétrique, mais également dans les services de chirurgie gynécologique. Cette activité sera inscrite dans les projets de service, en veillant à la prise en compte de ses particularités et contraintes : confidentialité, délais de consultation, inscription au programme opératoire,....

Parallèlement, et à chaque occasion, l'accès à la contraception et à son utilisation devra continuer à être favorisée et améliorée, notamment le cas échéant par la participation d'équipes hospitalières à des actions de sensibilisation de la population, en particulier les jeunes, en lien avec l'éducation nationale et les conseils généraux....

- Transports maternels et pédiatriques :

Il n'est pas envisagé de création de SMUR pédiatrique, mais il est proposé de maintenir les trois sites de transports pédiatriques dont deux médicalisés, avec l'intégration de cette activité spécifique au RRAMUHN pour une régulation optimale couplée aux fiches de suivi d'intervention.

Les sites chargés des transports médicalisés doivent disposer d'un effectif médical suffisant et formé soit en réanimation pédiatrique et obstétricale pour les médecins urgentistes, soit en spécificité du transport pour les pédiatres participant à cette activité.

- *Transfert néonatal* : structuration régionale par une harmonisation et un affinement des procédures de mise en oeuvre. La mise en réseau informatisé (RRAMUHN) des 3 sites de régulation SAMU et l'adaptation des personnels dédiés et formés spécifiquement doivent contribuer à l'optimisation de la gestion de cette activité.

- *Transfert in utero* : définition et diffusion auprès de tous les acteurs d'un protocole régional de régulation et formation complémentaire des personnels.

- *Transport pour pathologie materno-foetale grave* : création d'une astreinte obstétricale dévolue à l'accueil des parturientes dans les centres de référence.

### ➤ **Principe d'adéquation/adaptation de l'offre aux besoins**

- Evolutions 2006-2011 des maternités par territoire de santé

#### **Territoire de santé de Rouen-Elbeuf**

L'amélioration de la qualité et de la sécurité de l'accouchement passe par :

- La poursuite et l'achèvement de la mise aux normes des maternités publiques et privées en conformité avec le décret de 1998 et le plan périnatalité 2005-2007.

- La restructuration du service de gynécologie-obstétrique du site de Louviers et son évolution vers un centre périnatal de proximité en lien avec la maternité du site d'Elbeuf. Pour des raisons de sécurité, cette évolution s'est concrétisée par anticipation dès le mois de juillet 2005.

- Le renforcement des capacités de la réanimation néonatale de la maternité de niveau III sur le site de Rouen pour mieux répondre aux besoins des maternités voisines : augmentation de 4 lits de l'unité de réanimation néonatale et installation de 6 lits kangourou.

## **Territoire de santé du Havre**

L'amélioration de la qualité et de la sécurité de l'accouchement passe par :

- La mise aux normes des maternités publiques et privées en conformité avec le décret de 1998 et le plan périnatalité 2005-2007.
- L'évolution de la maison périnatale du site de Pont-Audemer vers un centre périnatal de proximité, compte tenu de sa faible activité d'une part et de l'absence de cadre réglementaire d'autre part.
- L'adaptation de la capacité du service de gynécologie-obstétrique d'un établissement de santé de Fécamp aux besoins du bassin de naissance et l'évolution du niveau de la maternité de ce site par la transformation des 4 lits de néonatalogie en 4 lits kangourou d'observation mère-enfant correspondant ainsi mieux à sa vocation et à la réalité de son activité.
- Le regroupement des activités mère-enfant pratiquées en centre ville au Havre sur le site de Montivilliers avec la mise aux normes et la mutualisation des unités de réanimation et de néonatalogie lors de l'ouverture du nouveau bâtiment.

## **Territoire de santé de Dieppe**

L'amélioration de la qualité et de la sécurité de l'accouchement passe par :

- La mise aux normes des deux maternités publique et privée en conformité avec le décret de 1998 et le plan périnatalité 2005-2007.
- La formalisation des conventions réglementaires pour garantir le respect de la hiérarchisation des prises en charge.
- La mise en place, au-delà des simples conventions formelles, d'un véritable partenariat privilégié public-privé.

## **Territoire de santé d'Evreux-Vernon**

L'amélioration de la qualité et de la sécurité de l'accouchement passe par :

- La mise aux normes des maternités en conformité avec le décret de 1998 et le plan périnatalité 2005-2007.
- L'adaptation, au niveau structurel et au niveau des moyens, du service de gynécologie-obstétrique de la maternité du site de Vernon pour faire face à l'évolution d'activité suite à la fermeture de la clinique Sainte-Marie réalisée depuis le printemps 2005.
- Le renforcement et la consolidation de la maternité du site de Bernay compte tenu de sa situation géographique.
- Le maintien de la maternité du site de Gisors, en lien avec la pérennité des activités chirurgicales (*cf*: volet " *Chirurgie* "). Cette maternité satisfait actuellement aux normes de sécurité. L'évaluation de son fonctionnement sera effectuée en 2009.
- L'évolution de la maternité du site d'Evreux, en maternité de niveau II B dans le cadre de la reconstruction du site.

- Evolution des activités de gynécologie :

### **Urgences gynécologiques :**

Il s'agit de développer la reconnaissance de cette activité d'accueil d'urgences par l'identification administrative du nombre de passages en urgence dans les services de gynécologie-obstétrique, la création d'une fonction spécifique d'accueil infirmier dans les centres ayant une activité significative (plus de 1000 passages/an) et l'amélioration de la lisibilité de l'accueil en urgence au sein des établissements.

Le personnel médical accueillant et traitant les urgences doit avoir la possibilité d'accès à un échographe dédié à cette activité.

### **Agressions sexuelles :**

Une enquête spécifique à la fois sur le versant médical et le versant judiciaire doit permettre de dresser un état des lieux complet et actualisé afin de développer les articulations entre le SROS et le PRSP concernant la prise en charge des agressions sexuelles à la fois sur les majeur(e)s et les mineur(e)s et d'envisager les actions opérationnelles et les mesures logistiques à mettre en place dans les différents centres d'accueil de la région.

#### ➤ ***Principe de qualité/sécurité de l'offre***

- Développer les prises en charge personnalisées :

Il s'agit de l'un des principaux axes du plan périnatalité 2005-2007 qui vise à développer une approche plus humaine de la grossesse et de l'accouchement.

Dans cette perspective, il est préconisé de mieux prendre en compte l'environnement social et psychologique de la naissance.

Ainsi, il est proposé d'assurer la promotion des PASS (Permanences d'Accès aux Soins de Santé) existantes en les recentrant sur leur vocation initiale de lieu d'accueil et de coordination pour les personnes précarisées et en les adaptant à la prise en charge des femmes enceintes en articulation avec les maternités, les services de PMI, la médecine de ville et le secteur associatif.

Le partage d'une formation commune sur la diversité culturelle et l'accès à un service d'interprétariat seront promus.

Il s'agit également de favoriser l'accès en maternité à toutes les femmes accouchant, le souhaitant ou le nécessitant, à un psychologue clinicien qui consacrera un temps spécifique aux unités de néonatalogie et de réanimation pédiatrique. La prestation de psychologue consacrant du temps au service de maternité ou de pédiatrie néo-natale aura également un objectif de formation auprès des équipes soignantes concernées.

Dans la même optique, il conviendra de structurer la psychiatrie de liaison en maternité en la contractualisant dans les établissements publics comme privés (*cf* volet " Santé mentale ").

Enfin, il est envisagé de créer une unité, à vocation régionale, d'hospitalisation mère/enfant contiguë à une maternité pour la prise en charge des femmes présentant des troubles psychiatriques avec leur enfant (*cf volet " Santé mentale "*).

- Renforcer la prise en charge et le suivi des risques de handicap :

Les objectifs dans ce domaine sont de favoriser le diagnostic précoce, d'aider les enfants à développer toutes leurs potentialités et soutenir les parents, notamment au moment de l'annonce du handicap et les accompagner sur le long terme.

Ceci suppose :

- l'identification et le renforcement des équipes assurant l'activité d'expertise et de diagnostic précoce en matière de handicap sur les sites de Rouen et de Montivilliers (agglomération havraise),
- l'élaboration et la diffusion des protocoles d'évaluation des enfants à risque de troubles du développement,
- le renforcement et le développement de CAMPS en privilégiant les structures moyennes, les prises en charge pluridisciplinaires liées aux handicaps en milieu hospitalier et en développant des antennes, notamment sur le territoire de Dieppe,
- l'intégration du suivi des nouveaux-nés susceptible de présenter des handicaps dans les réseaux ville-hôpital, en développant la coordination entre les différents acteurs,
- la formation des professionnels au dépistage et à l'annonce du handicap,
- la pérennisation et la généralisation sur l'ensemble des maternités de la région du dépistage néonatal de la surdité. Ce dépistage a déjà été mis en oeuvre au cours du SROS II dans le département de l'Eure avec le soutien du Conseil Général.

#### ➤ *Principe d'efficience du dispositif*

L'efficience du dispositif passe par la coordination des actions et des acteurs et la diffusion et la circulation de l'information.

Le réseau en périnatalité est un outil essentiel de cette efficience.

L'amélioration de la coordination des soins sera obtenue au travers d'un partage de l'information médicale grâce à la mise en place du DMP (Dossier Médical Partagé) et au travers de la pratique du télé monitoring à domicile pour le suivi des grossesses à risque et le suivi conjoint des grossesses grâce à une meilleure implication des médecins généralistes.

Les acteurs du réseau s'attacheront à améliorer son organisation interne par la promotion des contacts entre professionnels, l'élaboration d'un plan de communication et la mise en place de processus de gestion et d'évaluation.

## **IV. Coopérations et partenariats**

Les coopérations et partenariats sont à développer à quatre niveaux :

- entre les différents niveaux de maternités et avec la médecine de ville (IVG,...),
- au sein du réseau de périnatalité pour l'organisation du suivi conjoint des grossesses et de la transmission des informations utiles à la prise en charge,
- entre les maternités, les foyers maternels, les services de PMI, les services de travail social pour couvrir tout le champ d'activités sanitaires et médico-sociales liées à la naissance et à la petite enfance,
- les hôpitaux sans plateau technique et les PMI pour garantir une prise en charge de proximité dans le domaine de la prévention et du soin.

## **V. Suivi et évaluation**

Actuellement, les informations relatives à la parturiente et à son enfant sont dispersées dans diverses sources : dossier d'admission de l'établissement, dossiers médicaux de la mère et de l'enfant, ... Le regroupement des informations et leur mise en commun dans le dossier médical partagé facilitera le travail des professionnels.

Néanmoins, des outils susceptibles de fournir les indicateurs nécessaires au suivi et à l'évaluation du SROS existent :

- Les enquêtes de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES).
- Les statistiques issues des certificats de santé du 8<sup>ème</sup> jour, collectés par la PMI.
- Les données issues de la statistique annuelle des établissements (SAE) et le PMSI permettant la construction d'indicateurs d'évaluation du service rendu à la population (taux de césariennes, taux de péridurales, taux d'enfants morts-nés, taux de mortalité maternelle) et de suivi de l'activité et des moyens des maternités. Le PMSI devrait permettre d'étudier la répartition des séjours hospitaliers liés à la maternité et ses relations avec les risques liés aux accouchements.

Le choix et le suivi des indicateurs seront effectués en partenariat entre le réseau de périnatalité, l'observatoire régional de la santé et la commission régionale de la naissance.

## Territoire de santé de Rouen-Elbeuf

PÉRINATALITÉ								
1ère Partie: Objectifs quantifiés de l'offre de soins	Niveau 1 Nbre d'implantations						Niveau 2 Temps maximum d'accès et permanence des soins	Niveau 3 volumes d'activité  2011
	2006	2007	2008	2009	2010	2011		
Site de Rouen								
Maternité de niveau III	1					1		
Maternité de niveau II	1					1		
Site de Mont Saint Aignan								
Maternité de niveau II	1					1		
Site d'Elbeuf								
Maternité de niveau II	1					1		
Site de Louviers								
Centre périnatal de proximité	1					1		
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>					<b>5</b>		
Activité d'Assistance Médicale à la Procréation								
centres de FIV								
Site de Rouen	1					1		
Site de Bois-Guillaume	1					1		
activité de diagnostic prénatal								
Site de Rouen	1					1		
2ème Partie: Créations, suppressions d'activité de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements nécessaires à la réalisation de ces objectifs								

## Territoire de santé du Havre

PÉRINATALITÉ								
1 <sup>ère</sup> Partie: Objectifs quantifiés de l'offre de soins	Niveau 1 Nbre d'implantations						Niveau 2 Temps maximum d'accès et permanence des soins	Niveau 3 volumes d'activité  2011
	2006	2007	2008	2009	2010	2011		
Site du Havre								
Maternité de niveau III	1						0	
Maternité de niveau I	0						1	
Site de Montivilliers								
Maternité de niveau III	0						1	
Maternité de niveau I	1						0	
Site de Harfleur								
Maternité de niveau I	1						0	
Site de Lillebonne								
Maternité de niveau I	1						1	
Site de Fécamp								
Maternité de niveau II	1						0	
Maternité de niveau I	0						1	
Site de Pour-Audemer								
Maison périnatale	1						0	
Centre périnatal de proximité	0	1					1	
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>						<b>5</b>	
Activité d'Assistance Médicale à la Procréation								
Centres de FIV								
Site de Montivilliers	1						1	
Activité de diagnostic prénatal								
Site de Montivilliers	1						1	
<p><b>2<sup>ème</sup> Partie:</b> Créations, suppressions d'activités de soins et d'équipement; matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations; d'établissements nécessaires à la réalisation de ces objectifs.</p>	<p>Ouverture du pôle Femme-Mère-Enfant du Groupe Hospitalier du Havre sur le site Monod de Montivilliers créant ainsi une implantation de maternité de niveau III sur le site de Montivilliers et une maternité de niveau I sur le site du Havre issue du regroupement des deux cliniques François 1er / Petit Colmoulin sur le Havre.</p> <p>Regroupement de la Clinique du Petit Colmoulin de Harfleur et de la Clinique François 1er du Havre sur un nouveau site au Havre.</p> <p>Evolution de la maternité de niveau II du CH de Fécamp en maternité de niveau I.</p> <p>Evolution de la maison périnatale expérimentale de Pour-Audemer vers un centre périnatal de proximité.</p>							

## Territoire de santé de Dieppe

PÉRINATALITÉ								
1ère Partie: Objectifs quantifiés de l'offre de soins	Niveau 1 Nbre d'implantations						Niveau 2 Temps maximum d'accès et permanence des soins	Niveau 3 volumes d'activité
	2006	2007	2008	2009	2010	2011		2011
Site de Dieppe								
Maternité de niveau II	1					1		
Site de Saint Aubin sur Scie								
Maternité de niveau I	1					1		
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>					<b>2</b>		
2 <sup>ème</sup> Partie: Créations, suppressions d'activité de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements nécessaires à la réalisation de ces objectifs								

## Territoire de santé d' Evreux-Vernon

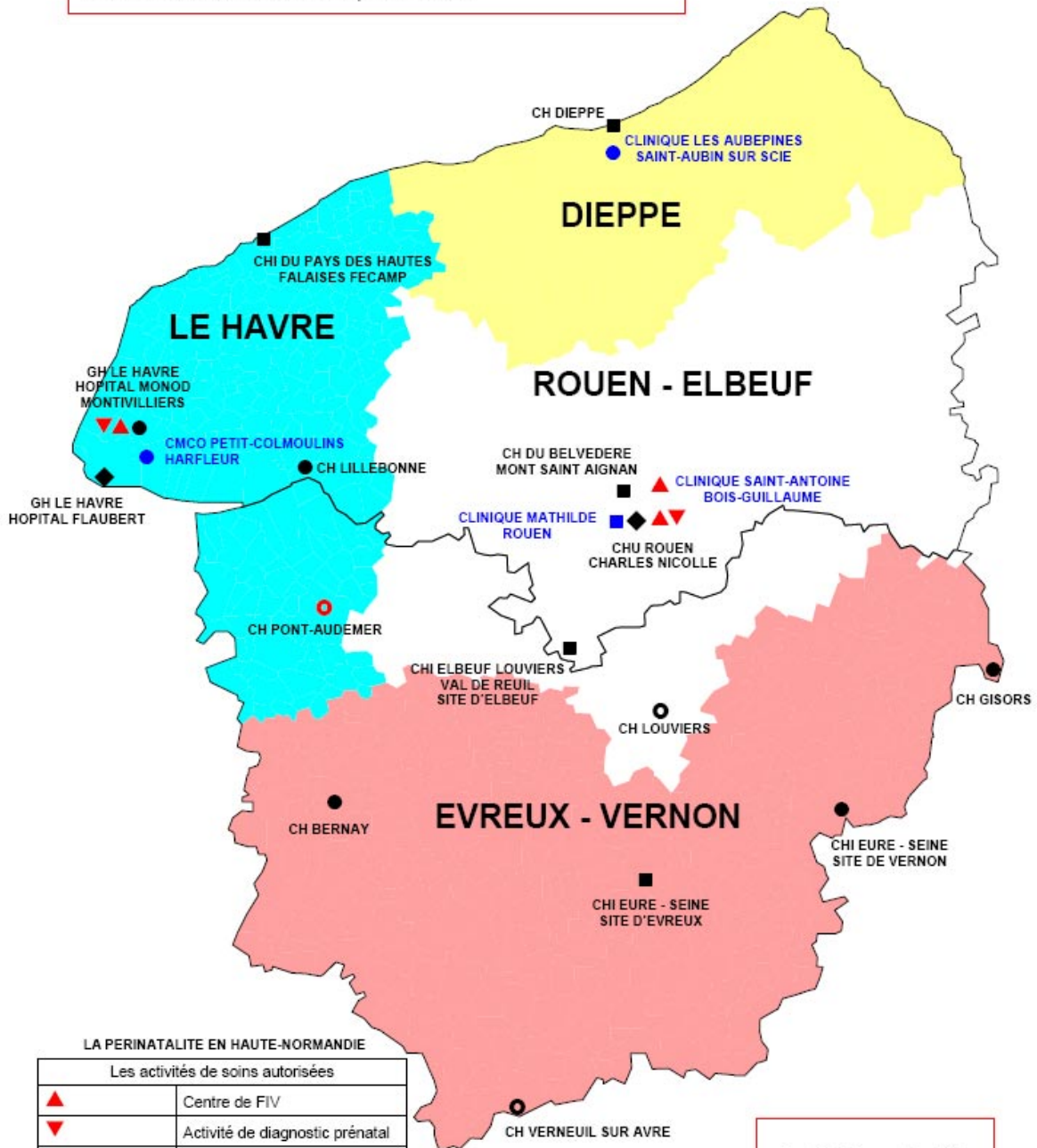
PÉRINATALITÉ								
1ère Partie: Objectifs quantifiés de l'offre de soins	Niveau 1 Nbre d'implantations						Niveau 2 Temps maximum d'accès et permanence des soins	Niveau 3 volumes d'activité
	2006	2007	2008	2009	2010	2011		2011
Site d'Evreux:								
Maternité de niveau II	1					1		
Site de Vernon								
Maternité de niveau I	1					1		
Site de Bernsy								
Maternité de niveau I	1					1		
Site de Gisors <sup>3</sup>								
Maternité de niveau I	1			1		1		
Site de Verneuil sur Avre								
Centre périnatal de proximité	1					1		
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>					<b>5</b>		
<p><sup>3</sup> En fonction du bilan qui sera effectué début 2009 sur les modalités adaptées du fonctionnement et de l'activité chirurgicale, la capacité à maintenir une activité d'accouchement devra être examinée en 2009</p>								
<p>2ème Partie: Créations, suppressions d'activité de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements nécessaires à la réalisation de ces objectifs</p>								

# PÉRINATALITÉ

- Etat des lieux des implantations 2006
- Perspective des implantations à échéance du SROS III

# LA PERINATALITE EN HAUTE-NORMANDIE EN 2006

Cartographie : DRASS de Haute-Normandie – PSEE – Statistique – décembre 2005  
 Source : DRASS Haute-Normandie – répertoire FINESS



**LA PERINATALITE EN HAUTE-NORMANDIE**

Les activités de soins autorisées

▲	Centre de FIV
▼	Activité de diagnostic prénatal
○	Maison périnatale
⊙	Centre périnatal de proximité
● ou ●	Maternité de niveau 1
■ ou ■	Maternité de niveau 2
◆	Maternité de niveau 3

●	Etablissements publics
●	Etablissements privés

# LA PERINATALITE EN HAUTE-NORMANDIE A ECHEANCE DU SROS 3

Cartographie : DRASS de Haute-Normandie – PSEE – Statistique – décembre 2005  
 Source : DRASS Haute-Normandie – répertoire FINISS

