



**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE LA PRÉVENTION**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

INSTRUCTION N° DGOS/R3/DGS/SP1/2023/122 du 3 août 2023 relative à l'actualisation des missions des dispositifs spécifiques régionaux en périnatalité

Le ministre de la santé et de la prévention

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé

Référence	NOR : SPRH2320246J (numéro interne : 2023/122)
Date de signature	03/08/2023
Emetteur	Ministère de la prévention et de la santé Direction générale de l'offre de soins Direction générale de la santé
Objet	Actualisation des missions des dispositifs spécifiques régionaux en périnatalité.
Commande	Les agences régionales de santé (ARS) sont invitées à prendre connaissance et à diffuser la présente instruction qui détaille les missions des dispositifs spécifiques régionaux en périnatalité.
Actions à réaliser	Diffusion de l'instruction et vérification de sa mise en application.
Echéance	Immédiate
Contacts utiles	Sous-direction régulation de l'offre de soins Bureau plateaux techniques et prises en charge hospitalières aiguës (R3) Frédérique COLLOMBET-MIGEON Tél. : 01 40 56 53 82 Mél. : frederique.collombet-migeon@sante.gouv.fr Sous-direction santé des populations et prévention des maladies chroniques Bureau de la santé des populations et de la politique vaccinale (SP1) Nathalie RABIER-THOREAU Tél. : 01 40 56 47 40 Mél. : nathalie.rabier-thoreau@sante.gouv.fr
Nombre de pages et annexe	11 pages et aucune annexe

Résumé	La présente instruction a pour objet d'actualiser pour les cinq ans à venir les missions des dispositifs spécifiques régionaux en périnatalité, organismes experts chargés de l'animation des professionnels de la périnatalité au niveau régional.
Mention Outre-mer	Ces dispositions s'appliquent aux Outre-mer, à l'exception de la Polynésie française, de la Nouvelle-Calédonie et de Wallis et Futuna.
Mots-clés	Périnatalité, établissements et professionnels de santé.
Classement thématique	Etablissements de santé - Organisation.
Textes de référence	- Articles L. 162-45 à 47 du code de la sécurité sociale ; - Articles L. 6321-1 et 2 ; L. 6327-6 ; R. 6123-39 à 53 et D. 6327-6 du code de la santé publique.
Circulaire / instruction abrogée	Néant
Circulaire / instruction modifiée	INSTRUCTION N° DGOS/PF3/R3/DGS/MC1/2015/227 du 3 juillet 2015 relative à l'actualisation et à l'harmonisation des missions des réseaux de santé en périnatalité dans un cadre régional.
Rediffusion locale	Il est attendu des ARS un relai des orientations données par l'instruction auprès des dispositifs spécifiques régionaux en périnatalité, ainsi que des établissements de santé et des professionnels de ville intervenant dans le champ de la périnatalité.
Validée par le CNP le 21 juillet 2023 - Visa CNP 2023-60	
Document opposable	Oui
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

Des changements constants sont à l'œuvre dans le champ de la périnatalité, tant en matière d'offre que de pratiques, et un grand nombre de chantiers ont été engagés ces dernières années pour, notamment, renforcer le parcours des femmes, de la grossesse au post-partum, sécuriser les prises en charge en obstétrique, ainsi que diversifier les cadres dévolus aux accouchements et à la prise en charge des nouveau-nés. En appui des agences régionales de santé, les dispositifs spécifiques régionaux en périnatalité (DSRP)¹ ont un rôle crucial pour accompagner ces évolutions.

Dans ce nouveau contexte, il est important d'ajuster et de préciser le positionnement régional attendu des DSRP et des réseaux de suivi des nouveau-nés vulnérables (RSEV), ainsi que les priorités nationales qui doivent orienter leurs actions au cours des prochaines années. C'est l'objet de la présente instruction, étant précisé que le cahier des charges annexé à la précédente instruction de 2015² demeure en revanche pertinent pour définir l'exhaustivité des missions dévolues à ces structures.

¹ Les réseaux de santé en périnatalité (RSP) sont devenus des dispositifs spécifiques régionaux en périnatalité (DSRP) depuis le décret n° 2021-295 du 18 mars 2021 relatif aux dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes et aux dispositifs spécifiques régionaux.

² Instruction n° DGOS/PF3/R3/DGS/MC1/2015/227 du 3 juillet 2015 relative à l'actualisation et à l'harmonisation des missions des réseaux de santé en périnatalité dans un cadre régional.

I- Rappel des enjeux en santé périnatale.

La santé périnatale fait l'objet d'une attention continue à travers différents programmes nationaux dont la déclinaison territoriale est attendue³. En outre, le paysage de l'offre comme les priorités d'action en périnatalité, connaissent des évolutions importantes qui vont nécessairement orienter les actions des DSRP au cours de la période à venir :

- La stagnation des indicateurs de la santé périnatale au cours de la période récente appelle à un ensemble d'actions nationales et régionales qui mobiliseront pleinement les leviers à la main des DSRP dans le champ de la qualité des pratiques (analyse des événements indésirables graves, soutien aux revues de morbi-mortalité, formations, etc.) ;
- Ce même contexte appelle à des efforts renouvelés en termes de prévention, qui passent par une diversité d'actions : soutien au déploiement de l'entretien prénatal précoce (EPP) et l'entretien post-natal précoce (EPNP) l'expérimentation de soins précoces et coordonnés du nouveau-né vulnérable (COCON), etc ;
- Les tensions pesant par ailleurs sur la démographie des professionnels de santé ainsi que l'accroissement des temps d'accès aux maternités⁴ renforcent l'importance des réflexions sur des parcours de grossesse adaptés à chaque territoire ;
- Les évolutions constantes de l'offre des maternités nécessitent également un accompagnement fin au plan local, qu'elles découlent d'une fragilisation des structures sous l'effet des difficultés de la démographie des professionnels de santé, ou de la création de nouvelles organisations (maisons de naissance, centres périnataux de proximité rénovés, soins expérimentaux à domicile en néonatalogie par exemple) ;
- De plus, la diminution des durées de séjour en maternité, ainsi que les pratiques de plus en plus fréquentes de prises en charge ambulatoires en maternité, mobilisent davantage les professionnels libéraux dans la prise en charge du *post-partum*, renforçant encore l'importance des outils de coordination ville-hôpital-protection maternelle et infantile (PMI) ;
- Enfin, le maillage national attendu de la psychiatrie périnatale invite à réfléchir aux modalités de coopération entre les différents acteurs impliqués dans le parcours périnatal.

II- Le positionnement des DSRP et des RSEV dans leur environnement.

Pour répondre à ces enjeux, le positionnement des DSRP et des RSEV doit faire l'objet de plusieurs adaptations.

1) La place des réseaux de suivi des nouveaux-nés vulnérables (RSEV)

Une intégration des RSEV à promouvoir au sein des DSRP.

Suite à la parution de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé et du décret n° 2021-295 du 18 mars 2021 relatif aux dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes et aux dispositifs spécifiques régionaux, les RSEV conservent toute leur place parmi les acteurs de la périnatalité. Ces deux textes ont en effet fait évoluer le positionnement des différents réseaux de santé territoriaux, qui ont vocation à intégrer les dispositifs d'appui à la coordination (DAC), tout en « sanctuarisant » les dispositifs spécifiques régionaux (DSR) pour les activités requérant une expertise spécifique, telle que la périnatalité, au travers d'un régime *ad hoc*.

³ Programme 1000 premiers jours de l'enfant, dispositif engagement maternité, expérimentation d'équipes mobiles de néonatalogie intervenant à domicile, etc.

⁴ Etude et résultats n° 1201, juillet 2021, DREES, « La part des femmes en âge de procréer résidant à plus de 45 minutes d'une maternité augmente entre 2000 et 2017 ».

Les missions réglementaires des DSR en périnatalité concernent principalement l'animation globale des acteurs de ce champ. Néanmoins, elles n'excluent pas des missions ponctuelles d'appui aux parcours des patients lorsqu'une expertise particulière le requiert. Les missions déployées par les RSEV correspondent à ce cas de figure. Ces derniers ont donc vocation à être maintenus, sans bascule dans les DAC, dès lors qu'ils s'intègrent aux DSRP de leur région, le cas échéant en conservant une gouvernance spécifique (comité de pilotage et comité de suivi), en cohérence avec la particularité des missions qu'ils exercent et des acteurs qu'ils mobilisent. Vous veillerez donc à la conduite de cette évolution au plan local.

Un maillage territorial et une coordination à renforcer notamment avec les plateformes de coordination et d'orientation (PCO).

Une partie du territoire national n'est aujourd'hui pas pourvue en RSEV, soulevant un problème d'équité de prise en charge des nouveau-nés prématurés sur le territoire. Vous veillerez à soutenir, autant que possible, un maillage plus complet de ces structures. Les RSEV devront par ailleurs répondre aux recommandations produites par la Haute Autorité de Santé sur les critères d'inclusion des nouveau-nés et leurs modalités⁵. Enfin, l'équipement des RSEV avec un outil de coordination informatique est un élément facilitateur du suivi des enfants et de l'articulation ville-hôpital autour de ces derniers, et devra être soutenu.

En termes d'articulation avec les autres acteurs, les RSEV interviennent dans un champ connexe à celui des plateformes de coordination et d'orientation de parcours de bilan et d'intervention précoce pour les troubles du neuro-développement (PCO)⁶. Si ces deux structures présentent des spécificités qu'il convient de préserver, elles doivent articuler leur action afin de permettre aux enfants d'accéder au parcours de prise en charge le plus adapté à leurs besoins⁷. Ces deux structures sont encouragées à mutualiser leurs compétences en vue d'actions communes⁸. Pour favoriser cette synergie de fonctionnement, les RSEV établiront avec les PCO de leur territoire une convention fixant leurs modalités de collaboration, le cas échéant sur le modèle proposé par la fédération nationale des réseaux de santé en périnatalité (FFRSP).

2) L'intégration des DSRP au niveau régional.

Sous l'impulsion de l'instruction de 2015, la fusion des DSRP s'est accélérée, avec désormais la constitution dans la majorité des régions d'une entité juridique et budgétaire unique, incluant le cas échéant des déclinaisons territoriales.

Quelques régions présentent toutefois encore plusieurs DSRP. Dans ces situations, une coordination de leurs missions doit être recherchée sous le pilotage de l'ARS, afin d'éviter les doublons et d'assurer une action homogène au sein des différents territoires d'une même région. Chaque ARS veillera à cette bonne coordination, *via* notamment la signature d'un contrat pluri annuel d'objectifs et de moyens entre l'ARS et les DSRP, présentant un socle minimal commun aux différents DSRP.

⁵ « Troubles du neuro développement. Repérage et orientation des enfants à risque », Haute Autorité de la santé, mars 2020.

⁶ Tels que définis par la circulaire n° SG/2018/256 du 22 novembre 2018 relative à la mise en place des plateformes d'orientation et de coordination (PCO) dans le cadre du parcours de bilans et/ou d'interventions précoces pour les enfants avec des troubles du neuro développement.

⁷ L'orientation devra ainsi être faite si nécessaire de tout enfant suivi dans le cadre du RSEV vers la PCO selon les critères définis par la HAS.

⁸ Tels qu'un état des lieux des professionnels libéraux et structures de soins pouvant intervenir dans le parcours de soins des enfants, les formations concernant le repérage des troubles du neuro développement, etc.

3) L'articulation entre les DSRP et les autres acteurs de la coordination des professionnels au niveau régional.

Les interactions des DSRP avec les autres acteurs chargés de la coordination des professionnels au niveau régional se complexifient, concomitamment à la multiplication de ces derniers. Il s'agit notamment, pour le niveau de 1^{er} recours, des dispositifs d'appui à la coordination et des communautés professionnelles territoriales de santé. Pour les acteurs plus spécialisés, il s'agit notamment des dispositifs dédiés à la prise en charge des femmes victimes de violences, des centres du psychotraumatisme, des équipes pédiatriques régionales référentes de l'enfance en danger et des coordinations régionales de lutte contre le VIH (COREVIH), acteurs de l'animation et de la coordination de proximité en matière de lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles.

Les DSRP doivent engager des démarches volontaristes en direction de ces acteurs, posant les bases d'une meilleure coordination de leurs actions. Ils devront s'attacher tout d'abord à davantage communiquer auprès des acteurs de la périnatalité sur le rôle et les actions que mettent en place ces dispositifs. Ils veilleront également, autant que de besoin, à formaliser leurs relations par l'établissement de conventions de partenariat. Enfin, les DSRP les incluront autant que de besoin dans les actions qu'ils déploient en termes de formation, de conseil ou d'expertise.

4) Les relations de travail entre les DSRP et les ARS.

Les échanges entre les DSRP et leurs ARS ont montré leur plus-value dans de nombreux travaux en périnatalité, qu'ils soient de court terme (situation de fragilité des maternités) ou de plus long terme (préparation du projet régional de santé). Les ARS veilleront par conséquent à la tenue régulière - au moins une fois par an - d'échanges sur l'organisation des soins en périnatalité faisant appel à l'expertise des DSRP, en organisant la présence à ces réunions de toutes les composantes internes de l'agence (direction offre de soins, direction santé publique, direction de l'autonomie, directions départementales, etc.).

III- Les priorités de travail fixées aux DSRP et aux RSEV.

La déclinaison des missions des DSRP en deux volets, l'un en relai de chantiers nationaux, l'autre en appui aux priorités régionales, telle qu'énoncée par la précédente instruction de 2015⁹, demeure valable. La présente instruction détaille les priorités nationales qui ont vocation à alimenter dans les cinq ans à venir le socle commun des missions des DSRP et RSEV.

1) Le soutien de la démarche qualité en périnatalité.

Si les DSRP apportent d'ores et déjà leur appui aux démarches qualité des maternités, leur investissement dans ce domaine est inégal. De plus, la stagnation des indicateurs de santé périnatale fait du soutien à la qualité des organisations et des pratiques en périnatalité un enjeu national et conduit à missionner les DSRP autour de trois grandes actions.

Tout d'abord, les DSRP ont vocation à apporter leur appui à la démarche nationale d'analyse des décès néonataux qui va être engagée en 2023, à l'initiative du groupe de travail national sur la mortinatalité, et qui se traduira par la mise en place de revues de morbi mortalité (RMM) systématiques pour des situations identifiées nationalement. La première phase de ces travaux, engagée en 2023, consistera en une étude exploratoire conduite dans quelques régions volontaires, afin de définir une méthodologie commune de travail, avant une généralisation de la démarche fin 2024.

⁹ Instruction n° DGOS/PF3/R3/DGS/MC1/2015/227 du 3 juillet 2015 relative à l'actualisation et à l'harmonisation des missions des réseaux de santé en périnatalité dans un cadre régional.

Les DSRP coordonneront la mise en place de ces RMM au plan local, apporteront leur expertise lors du déroulement de ces revues et assureront la transmission des données recueillies au niveau national.

Les DSRP doivent également contribuer à ce que les événements indésirables survenus lors de parcours en périnatalité soient plus systématiquement déclarés et pris en compte, afin de permettre une amélioration des pratiques ou des organisations. Les rapports de la Haute Autorité de Santé (HAS) mettent en effet en évidence une sous-déclaration des événements indésirables graves (EIG) d'obstétrique, alors qu'il s'agit d'un facteur majeur d'identification précoce des situations de fragilités des maternités et de dysfonctionnement des organisations. Il est de la responsabilité des établissements de santé et des professionnels d'identifier et de transmettre les déclarations d'EIG à leur ARS. Les DSRP peuvent apporter leur appui pour améliorer l'exhaustivité de ces déclarations et favoriser la mise en place d'actions correctives. Pour cela, les DSRP renforceront les actions de sensibilisation des professionnels à l'enjeu de cette déclaration et les informeront sur la procédure à suivre. En lien étroit avec leur ARS, ils aideront les établissements concernés à mettre en œuvre et à suivre les actions correctives engagées.

En outre, les DSRP doivent plus systématiquement analyser un ensemble d'événements de parcours qui sont particulièrement significatifs de besoins d'amélioration des pratiques ou des organisations. Cette analyse devra concerner a minima les situations suivantes :

- Les événements indésirables graves déclarés ;
- Les encéphalopathies anoxo-ischémiques ;
- La mortalité périnatale à terme dont la mort fœtale in utero ;
- Les situations « d'outborn » (c'est-à-dire de naissance d'un nouveau-né dans une maternité non adaptée à sa situation clinique), a minima ceux relevant d'une prise en charge en type III.

Enfin, il est essentiel que les DSRP puissent produire chaque année une analyse des indicateurs de santé périnatale disponibles pour leur région, et proposer un plan d'amélioration, transmis à l'ARS. Un ensemble d'indicateurs « traceurs » sont en effet collectés et répertoriés par l'ATIH et par la Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité (FFRSP), pour chaque territoire de santé, et disponibles sur Scan Santé¹⁰. Or, les DSRP sont aujourd'hui engagés de façon disparate dans la production de ces données et ne conduisent pas tous systématiquement un travail d'appropriation de ces indicateurs, pourtant utile au pilotage de la prise en charge périnatale de la région.

2) La facilitation de l'accès à l'IVG.

L'amélioration de l'accès des femmes à l'IVG reste un enjeu fort, marqué en particulier par la concrétisation attendue des avancées de la loi n° 2022-295 du 2 mars 2022 en matière d'extension du délai légal de recours à l'IVG, de réalisation de téléconsultations pour tout ou partie de ce parcours, de suppression du délai légal minimum de réflexion, pour les mineures comme pour les majeures, entre la consultation d'information et l'entretien psycho-social, ainsi que de généralisation à venir de la réalisation d'IVG instrumentales par les sages-femmes. L'action ancienne des DSRP dans ce domaine et l'indisponibilité, sur certains territoires, de réseaux spécifiques au champ de l'IVG, justifient le maintien d'un investissement important des DSRP, à l'appui en particulier des actions suivantes :

¹⁰ Les indicateurs Scan Santé sont composés de deux rubriques : un volet d'indicateurs sur les accouchements et les naissances (comportant des données sur : les accouchements multiples, l'âge maternel, la prématurité, le faible poids de naissance, le mode d'accouchement, le taux de césarienne, le taux de naissance en maternité de type III) et un volet d'indicateurs sur la mortinatalité et la mortalité hospitalière (comportant des données sur : la mortinatalité totale hospitalière estimée, la mortalité néonatale précoce hospitalière, la mortalité périnatale hospitalière).

- **Le soutien de la montée en compétence des professionnels exerçant en cabinet libéral en centre de santé et en centre de santé sexuelle dans le champ des IVG médicamenteuses :**
L'objectif est de compléter le maillage de ces professionnels, en particulier dans les régions encore marquées par une prise en charge très hospitalo-centrée. A l'appui de cette dynamique, les DSRP veilleront à ce que les actions de formation proposées aux professionnels en matière d'IVG soient en nombre suffisant et ils apporteront un appui méthodologique au conventionnement obligatoire de ces professionnels avec les maternités.
- **La formation des acteurs aux IVG réalisée entre 14 SA et 15 SA + 6 jours :**
Un certain nombre de supports ont été produits¹¹ et des formations¹² vont être déployées en 2023 pour accompagner la montée en compétence des professionnels en charge de la réalisation de ces IVG. Les DSRP pourront compléter autant que de besoin ces actions, notamment pour parvenir à élargir le vivier – aujourd'hui restreint – de professionnels formés à la réalisation de ces IVG tardives.
- **L'appui à la démarche de généralisation de la réalisation d'IVG instrumentales par les sages-femmes dans le cadre hospitalier :**
Aujourd'hui expérimentale, cette pratique va être généralisée suite à un décret d'application à paraître d'ici fin 2023. Cette pratique générera des besoins de formation théorique et pratique des sages-femmes à la satisfaction desquels le DSRP pourra contribuer, en coordonnant la réalisation de formations théoriques adaptées ou en soutenant la coopération entre établissements pour faciliter l'accès des sages-femmes volontaires à la formation pratique obligatoire.
- **La lisibilité de l'offre en établissements de santé publics et privés, en libéral, en centre de santé, et en centre de santé sexuelle en matière d'IVG :**
Cette exigence posée par la loi n° 2022-295 du 2 mars 2022 donne lieu à des travaux actuels au sein des régions, sous le pilotage des ARS, pour constituer un répertoire des ressources en matière d'IVG. Par leur bonne connaissance des acteurs du territoire, les DSRP ont vocation à contribuer à ces travaux initiaux ainsi qu'à l'actualisation des données concernées, qui sera nécessaire à échéance régulière.

3) Poursuivre les actions dans le champ des violences faites aux femmes en lien étroit avec les dispositifs dédiés de prise en charge des femmes victimes de violences (DDFVV)

Un programme national ambitieux de soutien à la mise en place de dispositifs dédiés à la prise en charge des femmes victimes de violences (DDFVV) est déployé depuis 2020, positionnant ces structures comme des portes d'entrée privilégiées pour les femmes victimes et comme des structures de recours pour les professionnels.

Une importante proportion de DSRP conduit aujourd'hui des actions spécifiques en faveur des femmes victimes de violences¹³, qu'il convient de maintenir. Si à terme les DDFVV ont vocation à impulser et à coordonner les actions dans ce champ, leur déploiement encore limité ne leur permet pas de répondre à l'ensemble des enjeux, en particulier à celui, majeur, de la formation des professionnels au repérage et à l'orientation adaptée des femmes.

¹¹ Le réseau entre la ville et l'hôpital pour l'orthogénie (REVHO) a ainsi produit un guide intitulé « *IVG par méthode instrumentale entre 14 et 16 SA – Technique pas à pas* ».

¹² La prise en charge des IVG tardives entre 14 et 16 SA fait partie des orientations proposées pour le développement des compétences des personnels des établissements de santé au titre de 2023.

¹³ Elles prennent la forme en particulier du déploiement de formations, de la production d'outils de repérage des violences, de la définition de parcours adaptés de prise en charge, etc.

Dans l'attente de l'arrivée à maturité de ces dispositifs spécifiques, les DSRP sont donc invités à poursuivre leurs actions engagées en matière de sensibilisation, de formation des professionnels et de production d'outils. Leurs actions devront se déployer dans le cadre de liens étroits à établir avec les DDVFF, afin de s'assurer de la cohérence de leurs interventions respectives. A terme, les DSRP représenteront un appui, dans le champ de la périnatalité, à ces dispositifs spécialisés.

Enfin, le plan national visant à éradiquer les mutilations sexuelles féminines prévoit de sensibiliser les équipes des maternités à la nécessité de repérer et de proposer systématiquement aux femmes une prise en charge via les structures régionales dédiées à la prise en charge des femmes victimes de violences. Par leurs contacts étroits avec les professionnels des maternités, les DSRP assureront un relai de cet enjeu auprès des équipes, par tous moyens leur paraissant adaptés.

4) Soutien de la prise en charge globale des grossesses, avec notamment le déploiement de l'entretien prénatal et de l'entretien post-natal précoce.

L'approche globale et bienveillante des grossesses, assurant notamment la prévention, le repérage et la prise en charge précoce des vulnérabilités, y compris des difficultés psychologiques éventuelles des femmes, doit être soutenue.

A ce titre, la proposition à toutes les femmes enceintes d'un entretien prénatal précoce répondant à des critères de qualité est un enjeu majeur. La poursuite de l'investissement des DSRP dans la promotion de cet entretien, premier moment clé du parcours des 1000 premiers jours et qui fait aujourd'hui l'objet de nombreuses actions de leur part, est essentiel. Il permet de répondre à un objectif général de culture commune entre les acteurs de la ville, de l'hôpital et de la PMI, permettant d'améliorer la coordination et le travail en réseau autour du parcours de grossesse et du repérage des vulnérabilités. Il doit viser notamment à :

- Favoriser l'organisation de formations de qualité, conformes au cadre national, à destination des professionnels de santé concernés ;
- Assurer que ceux-ci disposent des bonnes pratiques, de la conduite de l'entretien à la transmission de la synthèse, et au travail en réseau avec les acteurs intervenant dans le parcours de grossesse.

Les DSRP doivent également contribuer au déploiement de l'entretien post-natal précoce, désormais proposé obligatoirement aux femmes.

Enfin, en cohérence avec l'action prévue par le plan interministériel pour l'égalité entre les femmes et les hommes 2023-2027, en faveur d'une meilleure prise en charge des femmes victimes de fausse-couche, les DSRP veilleront à ce que les parcours de fausses-couches soient pleinement inclus dans les démarches de repérage et d'accompagnement des besoins psychologiques des femmes et des couples concernés.

5) Soutien aux nouveaux acteurs de l'offre en périnatalité¹⁴ :

Après une phase expérimentale, les maisons de naissance (MDN) sont désormais des structures pérennes, complétant le panel des structures d'accouchements proposé aux femmes et se déploient progressivement. Les maisons de naissance sont tenues aux mêmes exigences de qualité et de sécurité des soins que les maternités et doivent être à ce titre destinataires de la diversité des actions qualité des DSRP (sensibilisation à l'enjeu de déclaration d'EIG, formations en particulier aux gestes d'urgence, RMM en cas d'EIG, etc.), tout en prenant en compte les spécificités de leur approche faiblement médicalisée.

¹⁴ Sont entendus sous le vocable des « nouveaux acteurs de l'offre » les maisons de naissance et les centres périnataux de proximité.

De même, en lien avec les fermetures de maternités, un nombre croissant de centres périnataux de proximité sont créés ou ont vocation à l'être dans les années à venir, contribuant à maintenir une offre périnatale de proximité dans les zones isolées. Des réflexions sont conduites au plan national pour rénover leur fonctionnement. Il est essentiel que les DSRP inscrivent pleinement ces structures dans les actions qu'ils déploient en termes de démarches qualité ou de coordination ville-hôpital, afin de contribuer à la qualité de leurs prestations et à la pertinence de leur positionnement territorial.

Enfin, il importe qu'au-delà de leur adhésion, ces deux types d'acteurs soient autant que possible associés aux commissions, groupes de travail voire instances du DSRP.

6) La coordination des acteurs hospitaliers et libéraux de la périnatalité et du service de protection maternelle et infantile (PMI)

L'expérience récente de l'épidémie de covid-19 a particulièrement mis en exergue l'importance de la coordination des acteurs hospitaliers et libéraux de la périnatalité ainsi que de la PMI pour limiter les ruptures de parcours aux moments critiques (sortie d'hospitalisation), ou pour les publics vulnérables (situations de précarité, de fragilité psychologique, etc.). Dans l'avenir, les prises en charge ambulatoires en maternité vont être amenées à se multiplier, à l'exemple de nombreuses initiatives déjà engagées sur le territoire, répondant aux demandes des femmes qui souhaitent un retour rapide à leur domicile et permettant de diminuer la pression capacitaire s'exerçant sur certaines maternités.

Or, la qualité de ces parcours dépendra étroitement de la fluidité des échanges entre les acteurs libéraux et hospitaliers de la périnatalité et de la PMI, requérant des outils *ad hoc*, soit classiques comme les fiches de liaison, soit plus innovants, comme la mise en place de systèmes de messageries sécurisées à l'usage de tous les intervenants du parcours. Connaissant les besoins spécifiques des professionnels, les DSRP doivent soutenir les démarches engagées dans ce domaine, en lien étroit avec les ARS.

7) Les cellules de transfert périnataux

La majorité des DSRP assure aujourd'hui, en lien avec les acteurs locaux, une mission d'orientation des transferts maternels et néonataux, dont l'intérêt est important dans un contexte d'augmentation sur une longue période de la prématurité et de nécessaire amélioration des résultats de morbi mortalité. Il importe de maintenir les organisations dans lesquelles le pilotage de la cellule des transferts est directement assuré par le DSRP : cette position facilite son identification des leviers d'amélioration des organisations et des pratiques.

Dans certaines régions, les DSRP n'assurent pas cette régulation quotidienne des transferts au profit d'un autre acteur du territoire (régulation SAMU de CHU notamment). Dans ces situations, il convient que les DSRP puissent *a minima* contribuer à l'évaluation régulière de ces transferts. Les ARS veilleront par conséquent, dans les régions concernées, à associer le DSRP aux réunions de la cellule de transfert, lui permettant une connaissance directe et immédiate des difficultés rencontrées.

IV- Les indicateurs à remonter annuellement par les DSRP au niveau des ARS et du Ministère de la santé.

Pour assurer une visibilité nationale sur les actions conduites par les DSRP, ceux-ci recueilleront et transmettront désormais annuellement, à leur ARS et au Ministère en charge de la santé, via un fichier Excel type qui sera transmis aux DSRP, un socle d'indicateurs communs, complémentaires aux items d'ores et déjà disponibles déjà via Scan Santé sur la situation périnatale des territoires. Les données seront transmises au plus tard au 31 mars de l'année suivant leur recueil.

Les indicateurs concernés sont les suivants :

- **Concernant la mission de soutien à la démarche qualité en périnatalité :**
 - Nombre de dossiers traités en revue de morbi mortalité avec la participation du DSRP ;
 - Nombre d'évènements indésirables graves (EIG) analysés avec le DSRP¹⁵ ;
 - Réalisation par le DSRP du suivi des plans d'action définis suite à l'analyse d'un EIG (oui/non).

- **Concernant la mission de soutien de l'accès à l'IVG :**
 - Existence d'un état des lieux de l'offre de soins en IVG sur le territoire et date du dernier état réalisé ;
 - Nombre de formations soutenues par le DSRP en lien avec l'IVG.

- **Concernant l'investissement à poursuivre dans le champ des femmes victimes de violences :**
 - Nombre d'actions autour des violences faites aux femmes (sensibilisation, formation, production d'outils) soutenues par le DSRP :
 - Dont nombre d'actions menées en faveur de la sensibilisation et de la formation au repérage et à la prise en charge des femmes victimes ;
 - Dont nombre d'actions menées en faveur de la production d'outils dans le champ du repérage et de la prise en charge des femmes victimes.

- **Concernant le déploiement de l'entretien prénatal précoce et post-natal précoce :**
 - Nombre d'actions de promotion de l'entretien prénatal précoce et de l'entretien post-natal précoce coordonnées par le DSRP :
 - Dont nombre d'actions de formation à l'entretien prénatal précoce et nombre de participants ;
 - Dont nombre d'actions de formation à l'entretien post-natal précoce et nombre de participants.

- **Concernant la contribution à l'évaluation des transferts périnataux :**
 - Nombre de réunions avec participation du DSRP (commissions, analyses d'évènements indésirables ou autres) centrées sur les transferts.

- **Concernant l'effort de formation et de coordination des acteurs :**
 - Nombre de formations coordonnées par le DSRP et nombre de participants à ces formations ;
 - Dont nombre de formations et de participants aux formations coordonnées dans le champ de l'hémorragie du post-partum immédiat ;
 - Dont nombre de formations et de participants aux formations coordonnées dans le champ de la réanimation du nouveau-né ;
 - Dont nombre de formations et de participants aux formations coordonnées dans le champ de l'arrêt cardio respiratoire de la parturiente ;
 - Dont nombre de formations et de participants aux formations coordonnées dans le champ de l'analyse du rythme cardiaque fœtal et de la tocométrie ;
 - Dont nombre de formations et de participants aux formations coordonnées dans le champ de l'accouchement inopiné extra-hospitalier ;

¹⁵ Conformément aux orientations de l'instruction n° DGS/PP1/DGOS/PF2/DGCS/2A/2017/58 du 17 février 2017 relative à la mise en œuvre du décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients.

- **Concernant les ressources humaines des DSRP :**
 - o Nombre d'ETP (en distinguant le personnel soignant et le personnel administratif) mobilisé pour chaque grande thématique d'action du DSRP (qualité/sécurité, IVG, femmes victimes de violences, entretien prénatal et post-natal précoce, coordination et formation des acteurs, organisation des transferts).

- **Concernant les réseaux de suivi des enfants vulnérables :**
 - o File active de nouveau-nés suivis dans l'année par le RSEV ;
 - o Nombre de nouveau-nés nouvellement inclus pour un suivi au titre de l'année considérée par le RSEV ;
 - o Critères d'inclusion en cours (parmi les facteurs de haut risque de trouble du neuro développement issus des recommandations de la HAS listés) ;
 - o Pourcentage d'inclusion pour la population des prématurés strictement inférieurs à 32 SA (nombre d'inclusions / nombre d'enfants éligibles) ;
 - o Taux d'exhaustivité du suivi à deux ans pour la population des nouveau-nés prématurés.

Vu au titre du CNP par le secrétaire général
des ministères chargés des affaires sociales,



Pierre PRIBILE

Pour le ministre et par délégation :
La directrice générale de l'offre de soins,



Marie DAUDÉ

Pour le ministre et par délégation :
Le directeur général de la santé,



Christian RABAUD