



Direction générale de la santé

Direction générale de l'offre de soins

**Document d'orientation ¹
relatif à la mise en œuvre de l'axe Périnatalité et petite enfance
du plan stratégique régional de santé (PSRS)**

Annexe 1 : Objectifs pour améliorer la santé de la mère et du jeune enfant

Annexe 2 : Santé maternelle

Annexe 3 : Mortalité et morbidité péri et néonatales

Annexe 4 : Accompagnement et suivi de la grossesse, de la naissance et de la période post-natale

Annexe 5 : Troubles sensoriels de l'enfant

Annexe 6 : Troubles du langage et des apprentissages chez l'enfant

Annexe 7 : Obésité et surpoids chez les jeunes enfants

Annexe 8 : Vaccinations des jeunes enfants et des mères

Annexe 9 : Référents du domaine Périnatalité-petite enfance

Annexe 10 : Groupe de travail permanent Périnatalité et petite enfance

La présente note d'orientation a pour objet de préciser les enjeux que représentent au niveau national la santé périnatale et celle de la petite enfance qui constituent un des cinq domaines d'actions stratégiques.

Les priorités régionales identifiées dans le plan stratégique régional de santé seront déclinées dans les différents schémas composant le PRS : schéma régional de prévention (SRP), schéma régional d'organisation des soins (SROS) et schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS), ainsi que dans les programmes : programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS), et programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC).

Les orientations retenues au niveau national s'appuient en particulier sur l'évaluation menée par le Haut conseil de la santé publique (HCSP) des objectifs annexés à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Elles s'inscrivent également, en matière de périnatalité, dans le cadre des résultats de l'évaluation du plan périnatalité 2005-2007. Cette évaluation, dont l'instance de suivi était présidée par Madame E. Jeandet-Mengual, inspectrice générale des affaires sociales, a été pilotée par la direction générale de la santé (DGS) en lien étroit avec la direction générale de l'offre de soins (DGOS), et en collaboration avec la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).

¹ Document d'orientation présenté aux chargés des projets régionaux de santé les 20 et 21 janvier 2011 et mis à disposition des ARS le 4 février 2011.

Sur la base de ces constats et propositions, les priorités nationales de santé publique dans le domaine périnatal et de la petite enfance pour les cinq années à venir, outre les priorités en matière de prévention des grossesses non désirées précisées par l'instruction du 21 octobre 2010², sont les suivantes :

❖ **dans le domaine périnatal**

- Améliorer la santé maternelle en réduisant
 - ❖ la part des décès évitables parmi les décès de causes obstétricales
 - ❖ la fréquence globale des accouchements par césarienne pour les femmes à bas risque de complication obstétricale
- Réduire la mortalité et la morbidité péri et néonatales et, dans les DOM, réduire en outre la mortalité infantile
- Personnaliser et individualiser l'accompagnement et le suivi de la grossesse, de la naissance et de la période post-natale

❖ **dans le domaine de la santé du jeune enfant**

- Réduire les incapacités liées aux troubles sensoriels de l'enfant en :
 - ❖ développant le dépistage de la surdité permanente néonatale (SPN)
 - ❖ améliorant le dépistage et la prise en charge précoces des troubles sensoriels (hors SPN) dans les zones socialement défavorisées ou médicalement sous-dotées
- Organiser le repérage, le dépistage et la prise en charge précoces des troubles du langage et des apprentissages
- Diminuer la prévalence de l'obésité et du surpoids chez les jeunes enfants
- Améliorer les taux de couverture vaccinale des enfants et des mères, conformément aux recommandations du calendrier vaccinal

Il est essentiel que les actions menées dans le domaine de la périnatalité et de la petite enfance soient en outre articulées au niveau régional avec les actions relatives à la santé mentale et celles concernant le handicap et le vieillissement.

Enfin, la commission nationale de la naissance, élargie à la santé de l'enfant par le décret du 12 novembre 2010³ compte parmi ses membres un directeur général d'Agence régionale de santé (ARS), un représentant d'une commission régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) et un référent du domaine périnatalité et petite enfance au sein d'une ARS. Ses travaux constitueront une ressource importante sur ces sujets.

La définition et la mise en œuvre territoriale de la politique de santé en matière de périnatalité et de santé de l'enfant impliquent une mobilisation et une coordination transversales de l'ensemble des acteurs pouvant être amenés à intervenir dans les différents domaines (prévention, soin, médico-social) et notamment les collectivités territoriales, l'institution scolaire et l'assurance maladie, mais aussi la population générale, représentée par des associations et usagers. En particulier, la coordination avec les services dépendant

² Instruction validée par le CNP le 6 octobre 2010, publiée au BO Santé n° 2010/11 du 15 décembre 2010, relative à l'amélioration de la prévention des grossesses non désirées et à la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse (IVG). Accès des personnes mineures à la contraception.

³ Décret n° 2010-1407 du 12 novembre 2010 modifiant le décret n° 2009-1216 du 9 octobre 2009 relatif à la création et aux missions de la Commission nationale de la naissance

des conseils généraux est une priorité : services de protection maternelle et infantile - PMI et centres de planification ou d'éducation familiale – CPEF⁴.

L'animation et l'accompagnement de la mise en œuvre de la politique de santé, au plan régional et infra régional, peuvent s'appuyer sur :

Un référent du domaine périnatalité et petite enfance : celui-ci a d'ores et déjà été identifié par une grande majorité des agences régionales de santé. La liste de ces référents, actualisée au 13 décembre 2010, figure en annexe 9

Un groupe de travail permanent spécifique à la périnatalité et à la santé de l'enfant, constitué au sein de l'ARS. Ce groupe permanent, dans sa dimension « périnatalité », permet d'assurer la continuité des travaux menés antérieurement par la commission régionale de la naissance (CRN)⁵. Ce groupe de travail peut également intégrer les personnes ressources identifiées dans le groupe de travail relatif à la prévention des grossesses non désirées⁶.

Des annexes contenant des propositions d'actions et d'indicateurs pour chaque objectif, ainsi que des précisions sur les ressources documentaires disponibles sont jointes à cette note.

⁴ Cette liste n'est pas limitative ; ainsi l'aide sociale à l'enfance est également concernée ; dans le champ du handicap il importe de noter que les CAMSP sont financés à hauteur de 20% par les CG au titre de leur activité de PMI

⁵ L'arrêté du 8 janvier 1999 relatif aux commissions régionales de la naissance modifié par l'arrêté du 16 novembre 2001 sera abrogé

⁶ Instruction validée par le CNP le 6 octobre 2010, publiée au BO Santé n° 2010/11 du 15 décembre 2010, relative à l'amélioration de la prévention des grossesses non désirées et à la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse (IVG). Accès des personnes mineures à la contraception

Annexe 1

Objectifs pour améliorer la santé de la mère et du jeune enfant

Les orientations nationales en matière de santé périnatale et de la petite enfance sont définies à partir du rapport « *Objectifs de santé publique : évaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004 -Propositions* » publié en avril 2010 par le Haut conseil de la santé publique (HCSP) qui fournit une base de référence et d'indicateurs. Le rapport annexé à la loi relative à la politique de santé publique avait fixé en août 2004 cent objectifs de santé publique dont certains concernaient la santé des mères et des enfants.

En matière de santé périnatale, le rapport d'évaluation du HCSP⁷ conclut que si un des objectifs évolue dans un sens favorable – la réduction de la mortalité maternelle⁸ -, les autres objectifs concernant la réduction de la mortalité périnatale et la réduction des situations à risque de handicap stagnent.

En ce qui concerne la santé de l'enfant, le HCSP constate que deux objectifs de santé sont d'évolution favorable (traumatismes non intentionnels dans l'enfance, caries dentaires à 6 et 12 ans), ce qui justifie la poursuite des actions entreprises dans ces domaines. En revanche, il relève la difficulté qui existe pour évaluer la réalisation des objectifs de 2004, d'une part, en matière de dépistage et prise en charge des troubles du langage et des apprentissages, d'autre part, en matière de troubles sensoriels, du fait de la complexité des stratégies à définir. Le HCSP propose de conserver ces objectifs en les reformulant.

Par ailleurs, le HCSP considère que l'objectif de diminution de la prévalence de l'obésité de l'enfant paraît globalement atteint mais reste entaché de fortes inégalités entre catégories socioprofessionnelles des parents. Les résultats de l'enquête triennale chez les enfants scolarisés de 5-6 ans⁹ confirment cette diminution et l'existence des disparités sociales, mais aussi régionales. Le PNNS 3 et le Plan obésité devront intégrer des actions de prévention et de prise en charge afin de continuer d'infléchir la prévalence de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent.

Le HCSP constate également que le bilan des objectifs portant sur les taux de couverture vaccinale de maladies infectieuses est mitigé : ces objectifs sont partiellement atteints pour certains vaccins (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche) chez les jeunes enfants avec cependant la persistance de taux insuffisants pour la vaccination rougeole-oreillons-rubéole (ROR) et pour le vaccin contre l'hépatite B. Cette situation est également mitigée chez les adolescents avec de moins bons taux de couverture vaccinale et, chez les adultes, avec l'impossibilité de suivre ces taux.

⁷ Objectifs de santé publique : évaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004. Propositions. Collection Avis et Rapports

⁸ Toutefois, le constat du comité national d'experts sur la mortalité maternelle est que près de 50% des décès maternels seraient évitables

⁹ La santé des enfants en grande section de maternelle en 2005-2006, Etudes et Résultats, n°737, septem bre 2010 DREES

Annexe 2

Santé maternelle

Réduire la part des décès évitables parmi les décès de causes obstétricales et réduire la fréquence globale des accouchements par césarienne pour les femmes à bas risque de complication obstétricale

- ❖ **Améliorer la santé maternelle en réduisant la part des décès évitables parmi les décès de causes obstétricales.**

Actions proposées, en fonction du diagnostic local réalisé :

- Elaborer des référentiels régionaux concernant les pratiques professionnelles, la formation des professionnels concernés, l'organisation de revues de cas en matière de prise en charge de la mortalité et de la morbidité maternelles
- Organiser sur site, dans les maternités, de véritables « mises en situation d'urgence » de l'ensemble des équipes pour anticiper et réagir¹⁰ de manière adaptée face à une situation d'urgence
- Organiser des visites d'audit sur site par une équipe pluridisciplinaire du réseau
- Définir une organisation régionale, précisant, au niveau de chaque établissement, les modalités d'accès en urgence aux plateaux techniques permettant, par exemple, la réalisation d'une embolisation et le recours aux produits sanguins, sur la base des situations et des ressources locales
- Inciter les équipes obstétricales à participer à l'enquête confidentielle du comité national d'experts sur la mortalité maternelle¹¹, en particulier dans les DOM et en Ile de France.
- Garantir la continuité et la permanence des soins au sein des maternités et faire évoluer les maternités qui ne peuvent les assurer (restructurations ou coopérations).

Indicateurs proposés :

Nombre d'établissements publics et privés ayant fait l'objet d'un audit portant notamment sur la mortalité maternelle, par année

Nombre de formations sur sites réalisées par année

- ❖ **Améliorer la santé maternelle en réduisant la fréquence globale des accouchements par césarienne, en particulier chez les femmes à bas risque de complication obstétricale.**

Actions proposées, en fonction du diagnostic local réalisé :

- Inciter les professionnels de santé à s'interroger sur leurs pratiques, dans le cadre des réseaux de périnatalité, notamment en ce qui concerne :
 - le bien fondé des actes réalisés à titre systématique : l'objectif est d'identifier et de réduire le nombre de gestes aux conséquences potentiellement iatrogènes¹²
 - la décision de réaliser une césarienne, en particulier lorsqu'il s'agit d'une première césarienne.
 - les modalités d'information des femmes et des couples notamment en cas de demandes de césarienne dites « de convenance »
- Intégrer le taux de césarienne dans les indicateurs d'analyse de l'organisation des services d'obstétrique

10 Par exemple : apprécier l'importance d'une hémorragie, élaborer, actualiser, afficher des protocoles de prise en charge, identifier les personnes ressources et disposer de leurs coordonnées...

11 Selon le dernier rapport du CNEMM, un tiers des décès n'a pas été soumis à l'enquête faute de dispositions officielles permettant une exhaustivité pourtant essentielle.

12 rupture de la poche des eaux, épisiotomie, toucher vaginal...

Indicateur proposé :

Taux de césariennes pratiqué dans les maternités de niveau 1 (indicateur CPOM) selon le statut de chaque maternité

Ressources :

- Rapport « Objectifs de santé publique : évaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004. Propositions. Collection Avis et Rapports, HCSP, avril 2010
- Les recommandations de pratique clinique de l'HAS:
 - « Hémorragies du post-partum immédiat », CNGOF-HAS, novembre 2004
 - « Grossesses à risque : orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement, HAS, printemps 2010 (situation des femmes à haut risque d'hémorragies du post-partum, grossesses multiples...)
- Les recommandations du comité national d'experts sur la mortalité maternelle, janvier 2010
- BEH n°2-3 du 19/01/2010, numéro thématique La mortalité maternelle en France 2001-2006
- Document de la CNN « Fondamentaux de la grossesse et de l'accouchement physiologiques en établissement de santé »
- Site du collège national des gynécologues obstétriciens <http://www.cngof.asso.fr/>
- Les maternités : plus de trente ans d'évolution, Séverine ARNAULT, Albane EXERTIER (DREES) 2010
- Revoir la pertinence des actes médicaux, Fédération hospitalière de France, 17/12/2010

Annexe 3

Réduire la mortalité et la morbidité péri et néonatales

❖ Identifier et orienter précocement les femmes enceintes présentant une situation à risque de complication de la grossesse

Actions proposées, en fonction du diagnostic local réalisé :

- Elaborer des référentiels d'orientation des femmes chez lesquelles un risque est identifié : confier aux réseaux de santé en périnatalité le soin de définir des référentiels régionaux de prise en charge visant à organiser l'orientation des femmes enceintes ou des nouveau-nés (notamment ceux qui sont à risque de prématurité) vers le type de maternité le plus adapté aux risques identifiés, sur la base des recommandations de la Haute autorité de santé
- Identifier précocement les conduites addictives chez les femmes enceintes et prévenir en particulier la survenue du syndrome d'alcoolisation fœtale, qui est la **première cause évitable de retard mental d'origine non génétique**, dans le cadre de l'entretien prénatal précoce et du suivi prénatal
- Etablir et mettre à disposition des professionnels, médecins et sages-femmes, une liste des professionnels et des structures ressources pour les vulnérabilités identifiées (précarité, addictions, problèmes psychologiques...)
- Inciter les professionnels de la naissance, en particulier ceux du secteur libéral et du conseil général, à travailler en réseau

Indicateurs proposés :

Nombre et taux d'enfants nés de naissance multiple en maternité de niveau 1

Nombre et taux d'enfants nés en maternité de type 1 ou 2A nés en-deçà de 33 semaines d'aménorrhée ou pesant moins de 1500 grammes.

Ressources :

- « *Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées* », HAS, mai 2007
- « *Grossesses à risque : orientations des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement* », HAS, décembre 2009
- « *Comment mieux informer les femmes enceintes* », HAS, avril 2005
- *Rapports du comité national technique de l'échographie et du dépistage anténatal : l'échographie de diagnostic*, avril 2005 et mars 2010
- *Arrêté du 23 juin 2009 fixant les règles de bonnes pratiques en matière de dépistage et de diagnostic prénatals avec utilisation des marqueurs sériques maternels de la trisomie 21 et arrêté du 19 février 2010 modifiant l'arrêté du 23 juin 2009 relatif à l'information, à la demande et au consentement de la femme enceinte à la réalisation d'une analyse portant sur les marqueurs sériques maternels et à la réalisation de prélèvement et des analyses en vue d'établir un diagnostic prénatal*

❖ Organiser au niveau régional la prise en charge des femmes exposées in utero au Distilbène

Action proposée :

S'assurer de la mise à disposition des professionnels et du public, au niveau régional¹³, d'une liste de médecins identifiés pour prendre en charge les pathologies liées à l'exposition au diéthylstilbestrol (DES) chez les femmes présentant une exposition connue ou une suspicion d'exposition au DES in utero, afin de mettre en place un suivi médical adapté, en particulier pour les grossesses qui présentent un haut risque de prématurité.

¹³ Liste établie par le préfet de région, après consultation de la commission régionale de la naissance (décrets n° 2006-773 du 30 juin 2006 et n° 2010-745 du 1^{er} juillet 2010)

Indicateur proposé :

Liste établie et diffusée auprès des médecins généralistes, des gynécologues-obstétriciens et des sages-femmes, ainsi qu'en direction des associations spécialisées

Ressource

Site association DES France: www.des-france.org/accueil/index.php

❖ Organiser au niveau régional le suivi des enfants présentant un risque de handicap à la naissance

Actions proposées, en fonction du diagnostic local réalisé :

- Organiser, en particulier, le suivi des enfants nés prématurément, dans le cadre des réseaux de santé en périnatalité¹⁴, en lien avec les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP). Les réseaux assurent la prise en charge du couple mère-enfant et le suivi des enfants à risque constitue également une de leurs missions¹⁵
- Sensibiliser les médecins généralistes et les pédiatres aux conséquences potentielles de la prématurité afin qu'ils assurent un suivi systématique de ces enfants dans le cadre d'un réseau

Ressources :

- **Les travaux réalisés dans le cadre du guide d'aide à la réalisation du SROMS et particulièrement la fiche « questions et repères » relative à l'action précoce**
 - <http://www.ffrsp.fr/>
- ❖ **Réduire la mortalité infantile dans les départements d'outre mer (DOM) : cet objectif est issu des travaux du Comité interministériel de l'Outre-mer (CIOM).**

L'objectif proposé est de réduire de moitié, entre 2010 et 2013 (période du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens –CPOM-), l'écart entre le taux de mortalité infantile ultramarine enregistré entre 2007 et 2009 et le taux de mortalité infantile métropolitain durant la même période. La cible à atteindre est précisée pour chaque DOM.

Action proposée :

Cf fiche nationale CPOM

Ressources générales concernant la mortalité et la morbidité néonatales

Cadre réglementaire:

- *Le code de la santé publique (CSP)*

- *Les décrets¹⁶ concernant la prise en charge des femmes présentant une grossesse pathologique liée à l'exposition au diéthylstilbestrol (DES) in utero.*

¹⁴Certains réseaux ont mis en œuvre ce type de suivi : Pays de Loire, Bourgogne, Languedoc-Roussillon, Rhône Alpes

¹⁵ Circulaire DHOS/O1/O3/CNAMTS/2006/n°151 du 30 mars 2006 relatif au cahier des charges des réseaux de santé de périnatalité « Assurer le dépistage et l'orientation précoce des déficiences majeures mais également des déficiences modérées et mineures ; fournir des informations quantitatives permettant de définir précisément quels sont les besoins nécessaires à la prise en charge des enfants vulnérables ; fournir des données épidémiologiques permettant de préciser leur pronostic, de comparer les pronostics entre régions et de donner ainsi aux équipes soignantes un retour sur leurs pratiques ».

¹⁶ Décrets n°2006-773 du 30 juin 2006 portant application de l'article 32 de la loi n°2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005 et n°2010-745 du 1^{er} juillet 2010 portant application pour les agents publics de l'article 32 de la loi n°2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005.

Documentation

- Rapport « objectifs de santé publique » publié en avril 2010 par le Haut conseil de la santé publique
- Plan gouvernemental MILDT 2008-2011
- Plan national nutrition santé et site <http://www.mangerbouger.fr/>, Guide nutrition pendant et après la grossesse
- Plan cancer 2009-2012
- **INPES** : guides « Bien se nourrir au féminin » et « la santé vient en mangeant », « Grossesse et accueil de l'enfant : comment accompagner les choix des couples autour de la grossesse et favoriser leur accès à la parentalité ? », septembre 2010
- **Recommandations de la HAS**
 - o L'orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement
 - o Mieux informer les femmes enceintes
 - o Prévention anténatale du risque infectieux bactérien néonatal précoce
 - o Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées
 - o Avis de la HAS (juillet 2010) sur la mesure de la longueur du col de l'utérus par échographie endovaginale en prévention d'un accouchement prématuré spontané
- **AFSSAPS** : Recommandations de bonnes pratiques en matière d'utilisation des médicaments inducteurs de l'ovulation
- **Agence de biomédecine** : Recommandations de bonnes pratiques en matière de politique adaptée de transfert d'embryons et Guide de bonnes pratiques en AMP

Etudes :

- Enquête nationale périnatale 2003
- Etude sur les petits âges gestationnels, Epipage 1

Publications de la DREES

- exploitation du premier certificat de l'enfant (CS8)
- rapport annexé à la loi de santé publique
- ouvrage « la santé des femmes en France »

Sites professionnels de la naissance

- <http://www.cngof.asso.fr/>
- <http://www.cnsf.asso.fr/>
- <http://www.sfmp.net/>
- <http://www.ffrsp.fr/>
- <http://www.afree.asso.fr/>

Ressources sur le thème alcool et grossesse¹⁷

- Recommandations de la société française d'alcoologie « Les conduites d'alcoolisation pendant la grossesse », 2002.
- <http://www.saffrance.fr/>
- Guide de l'accompagnement préventif en réseau du SAF (pour professionnels de santé, réseaux périnatalité,...) disponible courant 2011

Ressources sur le thème tabac et grossesse

- Conférence de consensus « Grossesse et tabac », ANAES, 2004 (site HAS)
- Etude sur l'efficacité des substituts nicotiques pendant la grossesse en cours dans 21 centres hospitaliers (<http://www.snipp.fr/centres.php>)

Pour les départements d'outre-mer :

- Annexe technique à la convention de subvention DREES- CépiDc INSERM du 22 septembre 2010 et son annexe technique.

¹⁷ Un appel à projets sur la thématique grossesse et addictions (tabac, alcool, substances toxiques) a été lancé en 2010 par la DGS

Annexe 4

Accompagnement et suivi de la grossesse, de la naissance et de la période post-natale

Assurer une meilleure adaptation de cet accompagnement pour répondre aux attentes des femmes, des couples et des professionnels

- ❖ **Augmenter le nombre de professionnels formés à conduire un entretien prénatal précoce (EPP), en s'appuyant sur les réseaux de santé en périnatalité.**

Cet entretien (EPP) a pour objet de favoriser l'expression des attentes, des besoins, des projets de la femme et du couple, de donner les informations utiles au déroulement de la grossesse. En particulier, il peut être l'occasion d'aborder les questions relatives à l'environnement psycho-social de la grossesse telles que les conduites addictives, les situations de précarité et de vulnérabilité et d'orienter les femmes vers le professionnel ou la structure adaptée, chaque fois que nécessaire.

Actions proposées :

- Intensifier la formation à l'EPP des sages-femmes (secteur libéral, hospitalier, services de PMI) et des médecins qui le souhaitent pour permettre aux femmes enceintes d'y avoir accès dès le début de la grossesse
- informer les professionnels susceptibles d'assurer le suivi des femmes enceintes de manière à ce qu'ils orientent les femmes le plus tôt possible au cours de la grossesse vers les professionnels formés, s'ils ne sont pas en mesure de réaliser eux-mêmes cet entretien
- Informer les femmes et les inciter à bénéficier d'un entretien prénatal précoce

Indicateurs proposés :

Nombre de professionnels (sages-femmes, médecins) formés à l'EPP chaque année
Existence d'un annuaire des professionnels formés à l'EPP disponible pour les professionnels et le public concerné.

Ressources :

Référentiel de formation à l'Entretien prénatal précoce

Rapport d'évaluation du plan périnatalité : site internet du Ministère chargé de la santé, disponible début 2011

Etats généraux de l'enfance <http://www.solidarite.gouv.fr/espaces,770/enfance-famille,774/dossiers,725/protection-de-l-enfant-et-de-l,1112/les-etats-generaux-de-l-enfance,1929/>

<http://www.cnsf.asso.fr/>

<http://www.afree.asso.fr/>

<http://www.ffrsp.fr/>

<http://www.ameli-sante.fr/grossesse/preparez-vous-a-devenir-parents/entretien-prenatal-precoce.html>

- ❖ **Personnaliser la prise en charge de chaque femme enceinte (grossesse, naissance, suites de celle-ci)**

Action proposée :

Encourager la diversification des modes de prise en charge au sein des maternités (identification de « filières physiologiques ») pour mieux répondre aux attentes d'une partie des femmes, des couples et des professionnels

Indicateur proposé :

Nombre de maternités proposant aux femmes dont la grossesse et l'accouchement sont physiologiques une prise en charge personnalisée

Ressources :

Plan périnatalité 2005-2007

Document issu de la commission nationale de la naissance « Fondamentaux du suivi de la grossesse et de l'accouchement physiologique ».

<http://www.cngof.asso.fr/>

<http://www.cnsf.asso.fr/>

<http://www.ansfc.com/>

<http://www.ciane.info/>

❖ Informer et accompagner les femmes qui ont choisi d'allaiter**Actions proposées :**

- Informer les femmes très tôt au cours de la grossesse sur les bénéfices attendus de l'allaitement maternel, notamment lors de l'entretien prénatal précoce, mais aussi à l'occasion des consultations prénatales et des séances de préparation à la naissance, afin qu'elles puissent choisir le mode d'allaitement en connaissance de cause
- Améliorer l'accompagnement de l'allaitement après la sortie de maternité en mobilisant les professionnels, notamment les sages-femmes, les médecins généralistes, les services de PMI, afin que soient délivrés des informations et des conseils cohérents, élaborés dans le cadre des réseaux de périnatalité

Indicateur proposé :

Taux d'allaitement recueilli dans le premier certificat de l'enfant (CS8) et celui du 9ème mois (exploitation DREES)

Ressources :

Plan d'action : allaitement maternel¹⁸, rapport coordonné par le Pr Dominique Turck remis à la ministre de la santé (juillet 2010)

Initiative Hôpital Ami des Bébé (IHAB)

INPES 2010 : Guide de l'allaitement maternel

INPES et PNNS : actions de communication en matière d'allaitement (Mise à disposition d'un kit photos pour les maternités, les services PMI, les associations de quartier qui le souhaitent, sortie du numéro spécial "la santé de l'homme, spécial allaitement", bannière internet).

<http://coordination-allaitement.org/>

❖ Anticiper la sortie de maternité et organiser la prise en charge en période postnatale

L'anticipation et l'organisation de la prise en charge de la mère et de l'enfant à la sortie de la maternité impliquent la coordination des interventions des professionnels de santé libéraux, des services de PMI, des maternités et des services sociaux mais également celle des pédopsychiatres.

Action proposée :

Identifier et coordonner au niveau régional et infra régional, en s'appuyant sur les réseaux de santé en périnatalité :

- o les ressources médicales susceptibles d'intervenir à domicile en période post-natale (sages-femmes exerçant en secteur libéral, en établissements de santé, en service de PMI, médecins généralistes...) auprès des femmes dès leur sortie de maternité, tout particulièrement en cas de sortie précoce
- o les intervenants sociaux (TISF...), de manière à répondre aux demandes d'accompagnement non médical des familles
- o les pédopsychiatres

¹⁸ http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Plan_daction_allaitement_Pr_D_Turck.pdf

Indicateur proposé :

Existence d'un annuaire répertoriant les professionnels ressources, mis à disposition des professionnels de santé concernés.

❖ La situation des femmes enceintes en situation de précarité**Actions proposées :**

- Proposer aux soignants, aux travailleurs sociaux et aux associations, avec les réseaux de périnatalité et en lien avec les services de PMI, de réfléchir aux modalités d'une prise en charge commune permettant
 - o de repérer rapidement les femmes en situation de vulnérabilité
 - o de les diriger vers des professionnels ou structures d'aide et de prise en charge préalablement identifiés
- Elaborer une réflexion commune PSRS et PRAPS sur la question précarité et périnatalité dans ses aspects prévention, organisation des soins et prise en charge médico-sociale

Indicateur proposé

Taux de femmes enceintes bénéficiant de l'AME, de la CMU ou de la CMUC déclarant leur grossesse au 2^{ème} et au 3^{ème} trimestre de la grossesse

Ressources :

- *CETAF : le score EPICES : l'indicateur de précarité des centres d'examen de santé de l'assurance maladie*
- *Impact conjugué des déterminants sociaux et géographiques sur le suivi de la grossesse en milieu urbanisé ; H. Charreire, M. Le Vaillant, B. Khosnood, E. Combier, Congrès national des ORS, les Inégalités de santé Marseille 2008*
- *Femmes en grande vulnérabilité et maternité, étude du service social hospitalier, Direction de la politique médicale de l'AP-HP, Mai 2005*
- *Etudes et résultats n°552, janvier 2007, Disparités sociales et surveillance de grossesse*
- *Réseau Solipam (solidarité Paris Mamans), Réseau de périnatalité & d'accès aux soins*

A venir : La commission nationale de la naissance a constitué, au 4^{ème} trimestre 2010, un groupe de travail sur la thématique périnatalité-précarité qui sera chargé de réaliser un outil d'aide pour les professionnels

Annexe 5

Troubles sensoriels de l'enfant

Réduire les incapacités liées aux troubles sensoriels de l'enfant

❖ Développer le dépistage de la surdité permanente néonatale (SPN)

Il est important de noter qu'une proposition de loi généralisant le dépistage de la SPN dans les deux ans sur tout le territoire, métropole et DOM, a été adoptée le 30 novembre 2010 en première lecture par l'Assemblée nationale. Le calendrier d'examen par le Sénat n'est pas encore connu.

Les délais après promulgation pour l'extension seront très courts. D'autre part le dépistage est déjà pratiqué dans plusieurs régions de manière plus ou moins extensive. Enfin, la mise en place des filières de prise en charge après dépistage, élément essentiel de l'efficacité de celui-ci, est un travail qui peut être long et complexe. Aussi, il est recommandé de ne pas attendre le vote de cette loi pour agir dans le domaine.

Actions proposées :

Elles se déclinent de manière différente selon que la région comporte déjà ou non un dépistage organisé.

Dans le premier cas, il s'agit de :

- Consolider l'existant
- Identifier et mobiliser besoins et moyens pour l'extension à l'ensemble de la région
- Déterminer des premiers objectifs chiffrés

Dans le second cas, il convient d'identifier des projets de mise en place de ce dépistage..

Le dépistage tel que prévu par le texte de la proposition de loi doit s'appuyer sur un cahier des charges national qui sera publié par arrêté. Cependant, d'ores et déjà, les actions en place peuvent se baser sur les principes suivants :

- une méthodologie précise :
 - pour le dépistage des enfants sans facteur de risque
 - pour le dépistage des enfants hospitalisés en USIN
- une organisation de l'aval assurant :
 - une consultation diagnostique rapide
 - une prise en charge précoce et à moyen terme respectant des recommandations HAS.

Indicateurs proposés :

- Pourcentage de nouveau-nés bénéficiant du dépistage
- Nombre de SPN dépistées

❖ Faire bénéficier les enfants des zones socialement défavorisées et/ou médicalement sous-dotées d'un dépistage des troubles auditifs avant l'âge de 4 ans et des troubles visuels avant l'âge de 6 ans

Le repérage de ces troubles repose sur la vigilance des parents, le dépistage individuel par les médecins, généralistes et pédiatres¹⁹, et sur le dépistage systématique à l'occasion du bilan de santé des 3-4 ans réalisé notamment en école maternelle par les puéricultrices et médecins de PMI et de la visite de la sixième année réalisée par les médecins et infirmières de l'éducation nationale. Selon les données PMI recueillies annuellement, et publiées en ligne par la DREES, en 2007 et 2008 environ 2/3 des enfants bénéficieraient de l'examen des 3-4 ans plus ou moins complet. Les chiffres de passation de l'examen de la sixième

¹⁹ Des repères ont été introduits dans le carnet de santé. La Société française de pédiatrie a conçu avec le soutien de la DGS des outils : brochure et DVD « formateur » destinés aux professionnels de santé amenés à effectuer ces dépistages.

année par la médecine scolaire sont du même ordre (65 à 70%). Le nombre d'enfants ayant bénéficié d'examens sensoriels, la fréquence de ceux-ci en ville, les outils utilisés, ne sont pas connus.

Cependant, certaines zones, socialement défavorisées ou isolées, manquent à la fois de professionnels libéraux et de médecins et d'infirmières en PMI ou santé scolaire. A ces inégalités dans le dépistage, se conjuguent des inégalités dans la prise en charge des déficiences dépistées où se cumulent les difficultés d'accès aux soins, structurelles, financières, voire culturelles.

Actions proposées :

- Définir par territoire, l'organisation optimale faisant intervenir l'ensemble des acteurs concernés (selon le cas : hôpital, PMI, santé scolaire, médecine libérale, URPS, secteur médico-social²⁰)
- Organiser de manière systématique le suivi des dépistages (vérifier que le dépistage a été suivi d'une confirmation diagnostique et le cas échéant d'une prise en charge)
- Favoriser l'organisation de formations multidisciplinaires sur le thème des troubles sensoriels

Indicateurs proposés :

- nombre d'enfants ayant bénéficié d'un dépistage des troubles visuels avant 6 ans
- nombre d'enfants ayant bénéficié d'un dépistage des troubles auditifs avant 4 ans
- formation : nombre de professionnels formés
- pourcentage des enfants dépistés ayant bénéficié d'une consultation spécialisée après le dépistage

Ressources:

- *Recommandations HAS « évaluation a priori d'un dépistage »*
- *Expertise collective : Déficits auditifs – INSERM 2006*
- *Evaluation du programme expérimental de dépistage néonatal de la surdité en maternité de la CNAMTS. CEMKA-EVAL 2007 et 2009*
- *Etude médico-économique du dépistage de la SPN, Direction générale de la santé, 2010²¹*
Evaluation du dépistage néonatal systématique de la surdité permanente bilatérale (HAS 2007)
- *HAS 2005 « propositions pour le dépistage individuels 28 jours-6 ans »*
- *Enquêtes (quantitative et qualitative) CAMPS*
- *Recommandations sur la prise en charge précoce des surdités de l'enfant de 0 à 6 ans (HAS 2010)*
- *Recommandations ANAES « Prévenir l'amblyopie »*
- *Expertise collective : Déficits visuels– INSERM 2002*
- *Référence de publications sur les troubles neuro-visuels (voir en particulier les actes du colloque sur les troubles des apprentissages en ligne sur www.sante.gouv.fr).*
- *PROPOSITION DE LOI, ADOPTÉE PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE, visant à généraliser le dépistage précoce des troubles de l'audition, transmise au Sénat le 1^{er} décembre 2010*
<http://www.senat.fr/leg/pp110-144.html>

²⁰ Notamment les CAMSP spécialisés, les SAFEP et les SESSAD, SSEFIS, SAAAIS qui peuvent intervenir en partenariat et/ou en relais avec les CAMSP,

²¹ Rapport rédigé par ALCIMED-REES et remis à l'administration-non publié

Annexe 6

Troubles du langage et des apprentissages chez l'enfant

Organiser le dépistage et la prise en charge précoce des troubles du langage et des apprentissages

L'évaluation de l'application au niveau local des mesures du plan triennal « Troubles du langage oral et écrit » relevant du ministère de la santé et du ministère de l'éducation nationale a été effectuée par la Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé en 2007. Les principaux résultats montrent une amélioration de la prise en compte des problématiques mais des problèmes persistants de moyens et d'organisation, les pistes de réponse à explorer portant sur l'analyse au niveau régional et territorial des besoins et des moyens et la mise en place de réseaux et de filières de soins.

Objectifs proposés :

- A partir du bilan sur le territoire : état des lieux des besoins et des ressources, des dépistages existant et des prises en charge : définir au niveau de la région, l'organisation optimale faisant intervenir l'ensemble des acteurs concernés (la PMI et la santé scolaire, les professionnels libéraux (URPS²²), les réseaux, le secteur médico-social, les centres de référence des troubles du langage, MDPH²³)
 - Favoriser : les initiatives pluridisciplinaires locales (par exemple de type recherche-action, projets en association avec le milieu scolaire, « réseaux » ou autre terme désignant l'organisation des plusieurs partenaires..) pour le dépistage et la prise en charge des troubles des apprentissages particulièrement au bénéfice des secteurs défavorisés ainsi que des formations sur le thème des troubles du langage et des apprentissages

Ressources :

- *Plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage 2000*
- *Recommandations sur les outils de Repérage, Dépistage et Diagnostic pour les Enfants atteints d'un Trouble Spécifique du Langage / Rapport d'experts 2005*
- *Evaluation du plan d'action 2001-2004 pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage. FNORS 2007²⁴*
- *Expertise collective : Dyslexie, dysorthographe, dyscalculie - Bilan des données scientifiques (INSERM 2007)*
- *Actes du colloque : « Troubles du langage, troubles des apprentissages » organisé le 27 janvier 2009 par la DGS*
- *Sur les troubles eux-mêmes, il existe une littérature conséquente : travaux français et internationaux.*

²² Union régionale des professionnels de santé

²³ Maisons Départementales des Personnes Handicapées

²⁴ Il s'agit d'un rapport remis à la DGS qui n'a pas été publié mais diffusé en interne aux administrations.

Annexe 7

Obésité et surpoids chez les jeunes enfants

Diminuer la prévalence de l'obésité et du surpoids chez les jeunes enfants

Depuis 2001, la prévention de l'obésité figure parmi les objectifs du PNNS²⁵. L'objectif de stabiliser l'augmentation de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants a été atteint. Il est désormais nécessaire d'aller plus loin.

Divers mécanismes ont été développés par le PNNS pour mobiliser les acteurs intervenant dans le domaine de la prévention de l'obésité (chartes villes et départements actifs du PNNS, attribution du logo du PNNS, charte volontaires de progrès nutritionnel). Il existe, selon les termes du rapport IGAS CGAAER d'avril 2010, un très grand foisonnement d'actions qui montre la forte sensibilité des professionnels et du monde associatif à cette question de santé. Des recommandations ont été formulées et diffusées en lien avec l'éducation nationale comme la suppression de la collation matinale systématique à l'école, la composition des aliments parfois vendus dans les enceintes scolaires. La loi a supprimé dès 2005 les distributeurs d'aliments dans les écoles, un décret d'application sur la composition des repas servis en restauration scolaire devrait être publié pour application à partir de la rentrée scolaire 2011.

La Haute autorité de santé a été saisie afin de formuler des recommandations de bonnes pratiques pour le dépistage et la prise en charge du surpoids et de l'obésité chez l'enfant comme chez l'adulte ; des outils pour le dépistage de l'obésité chez l'enfant ont été diffusés dès 2003 aux professionnels de santé et une édition actualisée va être proposée par l'INPES. Les délégués de l'assurance maladie vont initier des visites aux médecins généralistes orientées sur la question du dépistage et de la première prise en charge de l'obésité de l'enfant.

Objectifs proposés (HCSP)

- diminuer en 5 ans, de 15 % en moyenne, chez les enfants et adolescents de 3 à 17 ans, la prévalence globale de surpoids et d'obésité
- diminuer, en 5 ans, de 15 % au moins, chez les enfants et adolescents de 3 à 17 ans issus de milieux défavorisés la prévalence de surpoids et d'obésité

Le PNNS 2011-2015 et le plan obésité sont en cours d'élaboration. Ils devraient être annoncés en 2011. Ils fourniront les orientations stratégiques pour développer les actions nécessaires à l'atteinte de ces objectifs.

Indicateur proposé :

- Prévalence de surpoids et d'obésité chez les enfants de grande section de maternelle

Ressources documentaires

- *Rapport au Président de la République : Commission pour la prévention et la prise en charge de l'obésité-Décembre 2009* <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000238/0000.pdf>
- *Inspection générale des affaires sociales; Conseil général de l'alimentation, de l'agriculture et des espaces ruraux, Rapport sur l'évaluation du programme national nutrition santé PNNS2 2006-2010- avril 2010* http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_et_sommaire_PNNS_.pdf
- *DREES Etudes et résultats n°737 – septembre 2010* : <http://www.sante-sports.gouv.fr/no-737-la-sante-des-enfants-en-grande-section-de-maternelle-en-2005-2006.html>
- www.mangerbouger.fr
- www.sante-sports.gouv.fr, dossier nutrition

²⁵ Programme National Nutrition Santé

Annexe 8

❖ Vaccinations des nouveau-nés, des jeunes enfants et des mères

Contexte général

La situation épidémiologique des maladies infectieuses à prévention vaccinale en France, du fait des taux insuffisants de couverture vaccinale, nécessite un engagement national et régional pour la promotion de la vaccination, avec une mobilisation de l'ensemble des acteurs (Etat, collectivités territoriales, professionnels de santé, associations, ...).

En effet, malgré une perception jusqu'ici favorable des vaccinations par la population et par les professionnels de santé, les taux de couverture vaccinale restent insuffisants pour permettre le contrôle et l'élimination des maladies concernées (exemple des épidémies de rougeole survenues depuis 2008).

Situation actuelle

Vaccinations chez les nouveau-nés

- Pour l'hépatite B, une étude rétrospective régionale, a estimé que 20 % des femmes enceintes ne bénéficient pas du dépistage systématique de l'Ag Hbs pourtant rendu obligatoire par le décret du 14 février 1992. Cette étude montre aussi que sur 5 nouveau-nés de femmes dépistées Ag HBs positives, 2 nouveau-nés n'ont pas bénéficié d'une sérovaccination ou d'une vaccination seule. Par ailleurs, parmi les 730 cas notifiés à l'InVS entre 2005 et 2009, 3 cas concernent des nourrissons de moins d'1 an, nés de mère positive pour l'Ag Hbs, n'ayant reçu aucune sérovaccination.

- La vaccination par le BCG des enfants exposés au risque de tuberculose, depuis la suspension de l'obligation vaccinale, est insuffisamment pratiquée, notamment lors du séjour de l'enfant à la maternité.

Les données de couverture vaccinale chez les jeunes enfants (recueillies à 24 mois grâce aux certificats de santé et à 6 ans par les enquêtes en milieu scolaire) montrent que, si les enfants sont bien vaccinés contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et la coqueluche, en revanche les taux de couverture vaccinale contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (notamment pour la 2^{ème} dose de ROR à 24 mois et pour le rattrapage vaccinal deuxième dose à 6 ans), contre le pneumocoque et contre l'hépatite B, bien qu'en progression, restent insuffisants et très variables selon les zones géographiques.

La vaccination contre le méningocoque C des nourrissons âgés de 12 à 24 mois et son extension jusqu'à l'âge de 24 ans révolus (dans l'attente de la création d'une immunité de groupe) a été introduite dans le calendrier vaccinal 2010 et nécessite l'obtention d'une couverture vaccinale élevée pour protéger les nourrissons âgés de moins d'un an.

Il n'existe pas de système de routine pour recueillir des données sur les couvertures vaccinales des mères. Ce sont des études chez les adultes qui ont montré que les taux de couverture vaccinale des femmes étaient inférieurs à 70% pour le tétanos et la poliomyélite et à 15% pour la coqueluche. Cette protection insuffisante a des répercussions sur l'épidémiologie des maladies infectieuses correspondantes : contamination des enfants de moins de 6 mois par les adultes (coqueluche, grippe), absence d'immunité passive transférée aux nourrissons par leurs mères lors de la grossesse (rougeole).

Ces constats ont conduit à **préconiser la stratégie dite du « cocooning »** qui vise en effet à protéger les nourrissons, pas encore ou incomplètement vaccinés (ou pour lesquels il existe une contre indication), par l'immunisation de leurs parents, fratrie et entourage proche (familial et professionnels en contact avec les nourrissons).

Cette situation a conduit le HCSP à recommander de vacciner les adultes :

- contre la coqueluche pour ceux n'ayant pas reçu de rappel de vaccin coqueluche depuis plus de 10 ans, notamment à l'occasion du rappel vaccinal à l'âge de 26- 28 ans,
- en rattrapage contre la rougeole pour les personnes nées depuis 1980 selon le calendrier vaccinal (deux doses de vaccins pour les personnes nées depuis 1992 n'en ayant pas déjà bénéficié, une dose pour celle nées entre 1980 et 1991), dans le cadre du plan OMS d'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale,
- contre la grippe saisonnière pour l'entourage des nourrissons de moins de 6 mois à risque de grippe grave.

Actions proposées :

Concernant l'ensemble des vaccinations

- développer des partenariats pour améliorer la couverture vaccinale au niveau de toute la région (services de PMI, maternités, écoles de sages-femmes, d'infirmiers, ordres professionnels, ...),
- mettre en place des actions de sensibilisation, information, communication ciblées selon la problématique (vaccins à taux de couverture insuffisant) auprès des professionnels de santé libéraux, salariés et hospitaliers (en prenant en compte l'implication des sages-femmes, pharmaciens, infirmiers), notamment à l'occasion de **la Semaine européenne de la vaccination**, événement permettant de promouvoir les vaccinations et de fédérer des partenaires sur un objectif commun,
- développer une information des parents et de la fratrie pendant la grossesse sur les vaccinations afin :
 - o de proposer à l'entourage les vaccinations nécessaires dans le cadre de la stratégie dite du cocooning,
 - o et de préparer une vaccination précoce en maternité pour le nouveau-né et la mère en fonction du statut vaccinal.

Mesures spécifiques selon les vaccinations

Mère-enfant

- Atteindre l'objectif fixé dans le COM des ARS sur un taux de couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole de 95% pour la 1^{ère} dose.
- Offrir aux femmes dont la sérologie de la rubéole était négative pendant la grossesse la vaccination en post-partum selon la recommandation en vigueur.
- Vacciner contre l'hépatite B les nouveau-nés de mère porteuse du virus de l'hépatite B en rappelant aux professionnels de santé concernés les recommandations de la circulaire N°DGS/SD5C/DHOS/E2/2004/532 du 10 novembre 2004 relative au dépistage obligatoire au cours de la grossesse de l'antigène HBs du virus de l'hépatite B (VHB) et à la vaccination des nouveau-nés de femmes porteuses de l'antigène du virus de l'hépatite B aux gynécologues-obstétriciens et sage femme. L'objectif du plan national est d'atteindre plus de 95% des enfants concernés par cette situation.
- Pour le BCG, mettre en place une organisation dédiée s'appuyant sur :
 - o l'identification dès les entretiens prénataux des nouveau-nés à venir relevant de la recommandation ;
 - o l'information des parents tout au long du suivi de grossesse et parents avant la sortie de maternité ;
 - o l'identification en maternité du personnel vaccinateur et des plages horaires de vaccination ;
 - o le développement de collaborations entre les maternités les CLAT, les PMI et les centres de vaccination pour organiser la vaccination à la maternité et former au geste ;

- la mobilisation, le cas échéant, des structures d'hospitalisation à domicile prenant en charge le post-partum pour vacciner par le BCG.
- Pour la vaccination contre la coqueluche : à l'occasion d'une grossesse, la mise à jour des vaccinations pour les membres de l'entourage familial (enfant qui n'est pas à jour pour cette vaccination, adulte qui n'a pas reçu de vaccination contre la coqueluche au cours des dix dernières années), selon les modalités suivantes :
 - durant la grossesse pour le père, la fratrie et, le cas échéant, l'adulte en charge de la garde du nourrisson²⁶ pendant ses 6 premiers mois de vie ;
 - - pour la mère en post-partum immédiat (l'allaitement ne constitue pas une contre-indication à la vaccination anticoquelucheuse).
- Pour la vaccination contre la varicelle : la vaccination des femmes n'ayant pas d'antécédent clinique de varicelle (ou dont l'histoire est douteuse) est recommandée dans les suites d'une première grossesse, selon les recommandations en vigueur.

Equipes en charge de la mère et/ou de l'enfant

En complément des vaccinations obligatoires, s'assurer que les statuts vaccinaux (pour les vaccinations recommandées) des professionnels en charge des mères et/ ou enfants sont conformes aux recommandations qui leur sont spécifiques.

Indicateurs proposés :

- Partenariats mis en place.
- Actions de sensibilisation et de formation menées, quel que soit le public
- Taux de couverture vaccinale (pour les valences concernant les enfants et les mères).
- Selon les maladies considérées :
 - Nombre de maternités proposant (directement ou par convention avec d'autres structures) le BCG aux nouveau-nés,
 - Proportion d'enfants, nés de mère Ag HBs positive, ayant bénéficié d'une sérovaccination,

Nombre d'épisodes nosocomiaux liés à la rougeole, coqueluche, varicelle dans les services en charge de la mère et/ou du nouveau né.

Ressources

Couvertures vaccinales chez l'enfant estimées à partir des certificats de santé du 24ème mois, France, 2004-2007". BEH n°31-32, 27 juillet 2010.
http://www.invs.sante.fr/beh/2010/31_32/beh_31_32_2010.pdf

DREES Etudes et résultats n°737 – septembre 2010 : <http://www.sante-sports.gouv.fr/no-737-la-sante-des-enfants-en-grande-section-de-maternelle-en-2005-2006.html>

Le Calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2010 selon l'avis du Haut conseil de la santé publique. Bull Epidemiol Hebd 2010 ; 14-15 : 121-172
http://www.invs.sante.fr/beh/2010/14_15/beh_14_15.pdf

Plan national de lutte contre les hépatites B et C. 2009-2012.
http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_national_Hepatitis.pdf

Plan national d'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale (2005-2010).
http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/plan_elimination_rougeole.pdf

Programme de lutte contre la tuberculose en France. 2007-2009.
http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/prog_tuberculose_2007_2009.pdf

Epidémiologie de la tuberculose en France : bilan des cas déclarés 2008.
http://www.invs.sante.fr/beh/2010/27_28/beh_27_28.pdf

²⁶ Ces adultes incluent aussi les grands-parents qui gardent occasionnellement leurs petits enfants.

Annexe 9

Liste des référents identifiés au sein des Agences régionales de santé (13 -12- 2010)

Région	Santé péri et post natale
Alsace	Odile MONTALVO
Aquitaine	Anne-Marie DE BELLEVILLE Dr Béatrice-Anne BARATCHART
Auvergne	Marie-Claude DIDIERLAURENT
Basse Normandie	Sylvie FRAPPIER
Bourgogne	Michèle JACQUETTON
Bretagne	Olivier JOSEPH
Centre	Emmanuelle CARREAU Emilie MASSE
Champagne Ardenne	Jean-Paul HOULIER
Corse	Renée MORANI Laurence GLAIZE
Franche Comté	Sylvie CLEMENT VANEL
Guadeloupe	Christiane COLLANGE
Guyane	
Haute Normandie	Sandra CHARPENTIER
Ile de France	Anne Gaëlle DANIEL
Languedoc Roussillon	Michel GREMY
Limousin	

Lorraine	Stéphanie GEYER
Martinique	Christian LASSALLE
Midi Pyrénées	Christine. FRABOUL
Nord Pas de Calais	Elisabeth VERITE Maryse PANDOLFO
Océan Indien	Anh-Dao NGUYEN Pierre GUILLAUMOT
PACA	Geneviève VEDRINES
Pays de la Loire	Françoise JUBAULT
Picardie	Christophe RUSSEL
Poitou-Charentes	
Rhône Alpes	Dr Géraldine JANODY

Annexe 10

Groupe de travail permanent périnatalité petite enfance

Contexte :

Le plan stratégique régional de santé (PSRS) est pluriannuel et ses priorités, déclinées en objectifs, s'imposent aux différents schémas et programmes composant le projet régional de santé : schéma régional de prévention, schéma régional d'organisation des soins et schéma régional d'organisation médico-social. Le plan stratégique régional de santé prévoit également des articulations avec des programmes particuliers déclinant les modalités spécifiques d'application des schémas, notamment en ce qui concerne l'axe *périnatalité et petite enfance*, le programme relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS).

Pour déterminer les priorités régionales en matière de *périnatalité et petite enfance*, ainsi que les objectifs permettant de les décliner, et pour assurer la mise en œuvre territoriale de la politique de santé en matière de périnatalité et de santé du jeune enfant, la mobilisation transversale et la coordination de l'ensemble des acteurs pouvant être amenés à intervenir dans les différents champs, qu'il s'agisse de celui de la prévention, du soin ou du champ médico-social, sont indispensables.

Action proposée :

Constituer un groupe de travail permanent « périnatalité et santé de l'enfant »²⁷ au sein de l'ARS afin qu'il :

- participe à la définition des axes du PSRS
- contribue au déploiement, à la déclinaison et à l'accompagnement de la mise en œuvre de la politique nationale et régionale de santé, au plan régional et infra régional
- veille à la cohérence des politiques en favorisant une réflexion commune des acteurs impliqués en périnatalité²⁸ et santé des enfants au niveau de la région
- assure la continuité des actions menées dans le cadre des commissions régionales de la naissance

Propositions de fonctionnement :

Il est essentiel que soient représentés dans ce groupe permanent les usagers et l'ensemble des institutions et professionnels (salariés et libéraux) œuvrant dans les champs de la prévention²⁹, de l'offre de soins³⁰ et du médico-social³¹, qu'ils soient directement du ressort des ARS (comme les établissements de santé) ou non (PMI, santé scolaire). Ainsi, et de manière non exhaustive:

- les professionnels de santé du domaine périnatal et pédiatrique, qu'ils exercent en secteur public, privé ou libéral (gynécologues-obstétriciens, sages-femmes, médecins généralistes, pédiatres, pédopsychiatres, anesthésistes réanimateurs, puéricultrices, psychologues....)

²⁷ Il peut être placé soit auprès de l'ARS, soit auprès de la CRSA.

²⁸ Incluant, comme indiqué dans cette note, la prévention des grossesses non désirées

²⁹ Guide méthodologique Schéma régional de prévention

³⁰ Guide méthodologique Schéma régional d'organisation sanitaire

³¹ Guide méthodologique Schéma régional d'organisation médicosocial

- des professionnels autres que ceux des professions médicales ou paramédicales peuvent être concernés, on peut citer par exemple les techniciens de l'intervention sociale et familiale (TISF) dans le champ de la périnatalité
- les services de protection maternelle et infantile des départements sont des acteurs incontournables dans le champ de la prévention
- les réseaux, essentiellement les réseaux de périnatalité³²
- des acteurs de la prise en charge des handicaps dans le champ du médico-social et du scolaire (CAMPS, SESSAD...) seront concernés (par exemple sur les thématiques surdité ou suivi des grands prématurés...)
- des acteurs du champ social (aide sociale à l'enfance par exemple)
- l'institution scolaire, dans son rôle à la fois de prévention et de scolarisation des enfants malades chroniques et handicapés, paraît également indispensable

Il est proposé que ce groupe intègre les personnes ressources identifiées dans le groupe de travail constitué sur la prévention des grossesses non désirées.

Selon les thématiques, des sous-groupes ad hoc faisant appel à des compétences spécifiques pourraient être constitués

Ressources :

- La commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant (CNNSE) est issue de l'élargissement par décret du 12 novembre 2010, de la commission nationale de la naissance. Elle a pour mission de contribuer à la réalisation des objectifs de santé publique fixés pour la périnatalité et pour la santé de l'enfant, d'apporter son concours et son expertise pour la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques publiques en matière de périnatalité et de santé de l'enfant, notamment dans les domaines de la santé publique, de l'organisation de l'offre de soins, des pratiques professionnelles et du financement.

L'arrêté de composition est en cours de publication ; il est intéressant de noter que les agences régionales de santé y sont représentées puisqu'y sont nommés un directeur général d'agence régionale de santé, un membre d'une CRSA et un r f rent ARS du domaine périnatalité et petite enfance:

- Décret no 2010-1407 du 12 novembre 2010 modifiant le décret no 2009-1216 du 9 octobre 2009 relatif à la création et aux missions de la Commission nationale de la naissance
- Arrêté du 12 novembre 2010 relatif à la composition et au secrétariat de la Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant (un arrêté modifié doit être publié prochainement, sans modification des représentations CRSA et ARS)
- Décret n 2010-348 du 31 mars 2010, relatif à la CRSA.

³² Mais également, par exemple, les réseaux de suivi des troubles du langage