

**GROUPE D'ETUDES « PREMATURITE ET NOUVEAUX-NES VULNERABLES »**

# Dossier de presse

---

Restitution des travaux du Groupe d'Etudes

15/02/2017



## Contenu du dossier :

Principales propositions issues du groupe d'études « prématurité et nouveau nés vulnérables » ...	p.2
Rapport : Prématurité et nouveau-nés vulnérables, constats et propositions .....	p.4
Définition .....	p.5
Etat des lieux .....	p.6
Propositions .....	p.11
Avant l'hôpital.....	p.11
A l'hôpital .....	p.12
Après l'hôpital .....	p.15
Annexes .....	p.19
1.    Instruction aux ARS du 3 juin 2015	
2.    Les études et rapports récents	
3.    Les soins du développement	
4.    Le suivi des réseaux périnatalité en Ile de France	
5.    Des exemples de programmes étrangers	
6.    Les maternités de niveaux I, II et III	
7.    Les propositions issues des Etats généraux de la prématurité en 2013	
8.    La liste des personnes auditionnées.	
9.    Les membres du Groupe d'Etudes	

# Principales propositions issues du groupe d'études « prématurité et nouveau nés vulnérables »

---

La présente liste de recommandations relatives à la prévention et à la prise en charge de la prématurité et de la vulnérabilité des nouveau-nés est issue d'un travail de plusieurs mois, ponctué par une vingtaine d'auditions, deux tables rondes et un déplacement en Suède, en sus de nombreux déplacements sur le terrain. Elle est un résumé d'une liste de premières priorités de politiques publiques en la matière, sans toutefois reprendre de manière exhaustive l'ensemble des améliorations possibles, qui relèvent tout à la fois du domaine législatif, réglementaire ou des bonnes pratiques et sont contenues dans le rapport.

## Prévention

- renforcer la prévention par rapport aux facteurs de risque (tabac, alcool, conditions socio-économiques, stress, mais aussi obésité, diabète, âge) ;
- instituer un entretien médical précoce obligatoire aussi informatif que possible sur les risques relatifs à la prématurité ;
- Encourager et faciliter fortement l'allaitement ;
- augmenter la part de néonatalogie dans les études des généralistes et des pédiatres, mais aussi des infirmières et des professions paramédicales ;
- 

## Soins

- considérer que le concept de « patient » comprend à la fois le prématuré mais aussi sa maman, ses parents ;
- favoriser la création de « maisons des parents » sur les sites ou à proximité des hôpitaux dans l'attente d'une architecture qui intègre les parents dans l'hôpital.
- encourager les soins du développement et éviter toute séparation entre les parents et le nouveau-né, via notamment une meilleure organisation interne des hôpitaux ;
- instaurer un ratio correct de médecin/patient dans les services de néonatalogie ;
- mettre à disposition une puéricultrice en renfort du médecin urgentiste lors du transfert des nouveau nés vers les maternités de type II ;
- renforcer la formation des infirmières dans le domaine de la périnatalité et de la gestion de la prématurité ;

- instituer le concept de HAD néonatale et favoriser son développement, en échange d'un accès privilégié des parents aux services de néonatalogie en cas de complications ;
- généraliser les dossiers informatisés partagés pour limiter les saisies répétées et les risques d'erreur.

## Suivi

- s'assurer que les parents puissent disposer des meilleures informations possibles sur l'existence des réseaux de santé périnatale ;
- encourager l'harmonisation des modalités de suivi et de soins entre les RSEV (réseaux de suivi des enfants vulnérables) ;
- repérer les troubles de l'apprentissage le plus tôt possible, via les PMI et les pédiatres, notamment en milieu scolaire ;
- s'assurer que sur tout le territoire, les enfants sont bien suivis jusqu'à 7 ans avec obligation d'un diagnostic à cet âge ;
- optimiser les moyens des CAMSP pour faire face à leur notoriété au sein du monde médical et paramédical, et aux délais d'attente subséquents ;
- établir un consensus de prise en charge de la rémunération des interventions en libéral des médecins, des psychomotriciens, des ergothérapeutes et des psychologues, afin de pallier les délais d'attente en CAMSP ;
- lutter contre les différences d'un département à l'autre dans l'accès à l'AJPP (Allocation Journalière de Présence Parentale) ;
- former d'avantage les équipes des PMI et évaluer les politiques des départements en faveur de la PMI (politiques de recrutement, démographie des professionnels de PMI, orientations et priorités données)
- mettre en place une base de données nationales sur les naissances, à l'instar du système britannique, avec une forme de saisine unique ;
- inviter l'HAS à établir des recommandations dans le suivi des nouveau-nés vulnérables ;

# Prématurité et nouveau-nés vulnérables, constats et propositions

---

Au terme d'un travail qui aura duré... le temps d'une grossesse, le Groupe d'Etudes créé à l'Assemblée nationale est en mesure de présenter **son rapport qui comporte 3 chapitres et 9 annexes**, dont la liste de la vingtaine de **personnes auditionnées que nous remercions** chaleureusement pour leurs contributions et la liste des membres du Groupe d'Etudes.

Les **chapitres** :

- I. Définition
- II. Etat des lieux
- III. Propositions

Les **propositions** sont elles mêmes articulées à l'image du parcours du nouveau né : avant l'hôpital, à l'hôpital, après l'hôpital.

Les **annexes** sont répertoriées ainsi :

1. Instruction aux ARS du 3 juin 2015
2. Les études et rapports récents
3. Les soins du développement
4. Le suivi des réseaux périnatalité en Ile de France
5. Des exemples de programmes étrangers
6. Les maternités de niveaux I, II et III
7. Les propositions issues des Etats généraux de la prématurité en 2013
8. La liste des personnes auditionnées.
9. Les membres du Groupe d'Etudes

Le soutien et la considération dus aux familles constituent le fil rouge de ce rapport.

## I - Définition

---

Si l'on suit la définition de l'OMS, quelques 15 millions de bébés dans le monde naissent prématurément (avant 37 semaines révolues de gestation), et ce nombre est en augmentation. Les critères définitionnels de l'OMS sont les suivants :

- la prématurité extrême (<28 semaines) ;
- la grande prématurité (entre la 28e et la 32e semaine) ;
- la prématurité modérée, voire tardive (entre la 32e et la 37e semaine).

Or, cette définition est elle-même déjà interrogée en France dans le cadre de travaux de recherche récents, d'où des tentatives de nouvelles définitions. Le seul critère des semaines d'aménorrhée ne suffit pas, surtout pour définir la vulnérabilité. Dès lors, la définition devrait prendre en compte les effets postérieurs (survie avec morbidité sévère) mais aussi les dimensions de vulnérabilité propres au contexte familial (dépression maternelle, anxiété, fragilités socio-économiques).

Ainsi, la définition proposée par l'INSERM en 2004, pour les **critères de vulnérabilité**, est la suivante :

- Haut risque : grands prématurés < 33 SA, pronostic vital engagé en période néonatale, encéphalopathies ou accidents neurologiques période néonatale, ictères sévères, lésions cérébrales dépistées en période néonatale, malformations crânio-faciales, cardiopathies congénitales ;
- Risque modéré : *à suivre s'il existe une pathologie ou un milieu social défavorisé* : prématurité tardive, macrosomies, RCIU (retard de croissance intra-utérin), jumeaux, affections maternelles, addictions périnatales...

Mais cette définition ne permet encore pas de prendre en compte le contexte psycho-social ou familial, les handicaps sensoriels, et **diminue la prise en charge** de cas qui ne sont pas considérés comme vulnérables. La question de la prématurité doit également prendre en compte les conséquences à moyen et long terme sur le développement psychologique et cognitif de l'enfant. **La standardisation des définitions doit permettre une standardisation des pratiques, à l'échelle européenne notamment.**

## II - État des lieux

---

Dans le monde, les 15 millions d'enfants nés prématurément représentent 11% des naissances vivantes. Environ 85% naissent avant 37 SA, 10% entre 28 et 31 SA, et 5% relèvent de la très grande prématurité (<28 SA).

En France et dans de nombreux pays développés, le taux de naissances prématurées est en hausse ces dernières années. La prématurité est passée de 5,9% des naissances en 1995 à 7,4% en 2010. Entre 50 000 et 60 000 enfants naissent prématurément chaque année. Parmi eux, 85% sont des prématurés modérés (32-37 SA), 10% sont des grands prématurés (28-32 SA) et 5% sont des très grands prématurés, nés à moins de 28 SA.

Environ 50% des naissances prématurées sont spontanées, dues à des contractions précoces dont la cause est rarement identifiée, ou à la rupture prématurée des membranes, ces ruptures étant parfois d'origine infectieuse. L'autre moitié des naissances prématurées correspond à des naissances provoquées. Il s'agit alors d'une décision médicale et la naissance a le plus souvent lieu par césarienne. Une naissance prématurée peut être décidée en raison d'un risque de décès du fœtus ou de la mère en cours de la grossesse. Ce risque peut être lié à un retard de croissance grave du fœtus, une hypertension artérielle sévère chez la mère, ou une hémorragie maternelle dont l'origine n'est pas toujours expliquée.

Un tiers des enfants prématurés est issu de grossesses multiples. Sur l'ensemble des naissances étudiées par le ministère de la Santé (HAS, *Données épidémiologiques générales liées à la grossesse*, janvier 2012), le taux de prématurité est de 42,7 % contre 6,3 % pour les enfants uniques, soit un risque multiplié par 7 environ. 8,4 % des jumeaux naissent avant 32 semaines contre 1,3 % des enfants uniques.

Aujourd'hui, 80% des naissances ont lieu dans des centres adaptés. Dans chaque région, des **SMUR (Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation)** sont organisées, pour accueillir l'enfant au bon endroit. Dans certaines régions, telles que l'Auvergne Rhône-Alpes,

existe une cellule de régulation des transferts périnataux qui organise le transfert *in utero* et le transfert post natal. L'amélioration médicale est aussi très liée à l'utilisation de surfactant. Les mères sont accueillies dans des maternités d'un niveau correspondant à leur degré de prise en charge (cf annexe 6).

Par ailleurs, 60% des mères françaises allaitent à la sortie de la maternité à terme ; ce taux est de 95% pour les enfants suédois. Or, de nombreuses personnes auditionnées ont rappelé l'importance de l'allaitement, plus encore pour les enfants nés prématurément.

Les **facteurs de risque** sont progressivement connus. Ainsi, les caractéristiques suivantes ont été identifiées :

- la **consommation tabagique** est associée à une augmentation de la prématurité spontanée. Les troubles psychologiques tels que la dépression, l'anxiété et le stress maternel sont significativement associés à la prématurité globale ;
- il existe une légère augmentation du risque de prématurité chez les patientes **travaillant plus de 40 heures par semaine** ou ayant des **conditions de travail** physiquement éprouvantes, selon un score évaluant la pénibilité au travail. Ainsi, le taux de prématurité est deux fois plus faible chez les femmes cadres que dans la catégorie « ouvrières et employées ». La prévalence de la prématurité est plus grande chez les personnes en situation de précarité sociale : les femmes dans des situations précaires sont plus souvent hospitalisées (25,2 % contre 17,9 % pour les autres femmes) et le taux de prématurité à la naissance est plus élevé (8,5 % contre 6,2 % pour les femmes ayant des ressources provenant d'une activité professionnelle) ;
- un **délai de moins de 18 mois entre 2 grossesses** est associé à un risque d'accouchement prématuré. Il est donc souhaitable d'informer les patientes des risques inhérents aux grossesses rapprochées. Ceci pourrait se faire via un carnet de grossesse ;
- enfin, l'hypertension maternelle sévère représente environ 20% des motifs d'accouchements avant 32 semaines de grossesse. En ce cas, l'accouchement est provoqué. Parmi les autres causes possibles d'accouchement prématuré, il est possible de citer :



- les infections génito-urinaires ou généralisées ;
- des anomalies de l'utérus et du placenta (comme le placenta prævia qui peut se compliquer d'une hémorragie) ;
- le diabète maternel ;
- l'hématome rétro-placentaire (décollement prématuré du placenta accompagné d'un hématome).

La prématurité entraîne des **complications de santé** identifiées sous la forme de quatre immaturités :

- **le système nerveux central.** Une surveillance régulière par électroencéphalogramme et par l'imagerie est nécessaire au cours des premières semaines pour dépister d'éventuelles anomalies, en particulier en cas de grande prématurité ;
- **le système pulmonaire.** En l'absence de surfactant, il est indispensable d'administrer aux enfants prématurés un surfactant exogène, à l'aide d'une sonde d'intubation. Il existe par ailleurs un risque de dysplasie broncho-pulmonaire, qui constitue la principale cause de morbidité chez les enfants prématurés. Enfin, les prématurés nés à moins de 34 à 36 semaines de grossesse font par ailleurs fréquemment des pauses respiratoires (apnées) dues à l'immaturité de la commande neuro-respiratoire ;
- **le système cardiorespiratoire.** Les ralentissements de la fréquence cardiaque et des risques de reflux de sang peuvent nécessiter un traitement médicamenteux ;
- **les capacités digestives.** En l'absence du réflexe de succion, avant un âge gestationnel de 34 semaines, l'alimentation des enfants se fait par voie entérale.

Il existe par ailleurs des complications plus durables, puisque la prématurité, en vertu de diverses immaturités, s'inscrit comme une pathologie à long terme :

- **complications respiratoires**, type bronchodysplasie, soit l'équivalent d'un asthme du nourrisson sévère, accompagné d'une grande fragilité immunitaire. Le mode de garde en collectivité est alors souvent médicalement déconseillé, ce qui contraint fortement les familles et souvent un membre du couple à arrêter son travail ;
- **complications neurologiques** avec infirmité d'origine cérébrale, déficit sensoriel, troubles du comportement type, déficit de l'attention et hyperactivité, ainsi que

toutes les difficultés d'apprentissage type DYS, qui justifient un suivi prolongé au cours de la vie scolaire ;

- **complications psychologiques** : la mise en place des liens et des interactions mère-enfant est souvent bouleversée, entraînant des répercussions sur le bien être maternel, parental et de l'enfant. S'ensuit un risque accru de maltraitance, d'où l'importance de l'accompagnement des parents, et de la présence d'un psychologue dans les équipes pour un suivi prolongé.

La prise en charge sanitaire de la famille et du nouveau-né s'organise selon trois temps : **le pré-natal, les soins à l'hôpital et le post-natal.**

Pour ce qui est de la première phase, les gynécologues obstétriciens sont très attentifs au développement de la grossesse. On peut notamment citer parmi leurs outils dernièrement identifiés pour détecter les risques de prématurité :

- l'interrogatoire et la prise en compte des antécédents obstétricaux en particulier l'antécédent de prématurité spontanée, qui permettent d'identifier une population à risque d'accouchement prématuré pour la grossesse en cours ;
- la mesure échographique par voie vaginale de la longueur du col, utile pour estimer le risque d'accouchement prématuré spontané en population générale. Plus courte est la longueur échographique du col entre 18 et 24 semaines, plus important est le risque d'accouchement prématuré spontané.

Les formes de soin, pour la deuxième phase, associées à la prématurité se distinguent de la manière suivante :

- la **réanimation néonatale pour les grands prématurés**, lors de laquelle ils bénéficient d'une surveillance renforcée. Ils sont ensuite orientés vers les soins intensifs, puis en service de néonatalogie quand leur état de santé se stabilise ;
- le **passage par un incubateur**, dont ils ne peuvent sortir que lorsque leur poids est supérieur à 2 kg ;
- les **soins de développement, dont la forme la plus aboutie est le NIDCAP** (cf annexe 3). Dans ce cadre, le contact avec les parents est très fortement recommandé, la

technique du "peau à peau" plébiscitée et la coopération entre les parents et l'équipe médical et de soins utilement encouragée.

La sortie de l'hôpital, enfin, se fait quand l'enfant est devenu **autonome du point de vue respiratoire et digestif**, de la même façon que les enfants nés à terme.

**Les points forts du système hospitalier français** sont les suivants :

- le référencement des malades dans les centres habilités, au niveau hospitalier, est bien établi, en fonction des niveaux de maternité répertoriés en annexe ;
- une bonne continuité des soins grâce à des professionnels qui permet une meilleure connaissance des patients.

**Le point faible :**

- les fortes inégalités d'accès à ces services spécialisés et performants d'un territoire à l'autre.

Les **réseaux régionaux d'aval (RSEV)** permettent de suivre les prématurés, idéalement jusqu'à l'âge de 7 ans ; ils existent également dans les DROM, y compris à Mayotte. Ils reçoivent des financements, via **le FIR (Fonds d'Intervention Régional)**, à hauteur de 10 millions d'euros, et d'un peu moins de 5 millions pour les réseaux non régionaux. Ils développent par ailleurs de nombreux liens avec les MDPH (Maisons départementales des personnes handicapées). En novembre 2016, près de 40000 enfants sont suivis dans un RSEV (Réseau de Suivi des Enfants Vulnérables).

Les CAMSP (Centres d'Action Médico-Sociale Précoce) sont également des acteurs majeurs des réseaux de soins. Trois sortes de CAMSP existent :

- 20% sont adossées à un service hospitalier et dépendent d'une réglementation hospitalière ;
- de 75 à 80% des CAMSP sont purement associatifs.
- une petite minorité dépend de l'hôpital mais est gérée par une association ;

Pour ce qui est des enfants suivis par des CAMSP en 2014, 43% sont prématurés, 22% sont nés entre 32 et 37 semaines, 14% sont nés entre 28 et 31 semaines et 7% sont nés avant 28 semaines. En général, les CAMSP qui se créent aujourd'hui peuvent accueillir 150 patients. Or, la moyenne est actuellement de 273 enfants par CAMSP. Enfin, en 2014, sur les 20 000 nouveaux admis, 80 à 85% seraient sur listes d'attente.

**C'est de ce constat que sont issues les propositions suivantes, toutes exprimées au cours des auditions menées par le groupe de travail ou collectées dans des documents annexes, et présentées en fonction des personnes auditionnées.**

## III – Propositions

---

### 1 - Avant l'hôpital

Les actions suivantes peuvent être considérées comme des actions de prévention dont le bénéfice est partagé par l'ensemble des personnes auditionnées :

- mettre en place avant la conception une consultation médicale obligatoire et une information afin de mieux prévenir la prématurité en fonction des facteurs de risque ;
- dépister précocement en cours de grossesse les facteurs de risque afin d'orienter les parturientes vers une filière de soin adaptée ;
- coordonner les actions de soutien à l'enfant, aux parents et aux soignants par des programmes d'intervention précoce validés scientifiquement.

**Les propositions qui suivent ont été exprimées dans le contexte d'auditions fermées, et ne sont donc pas référencées par personne auditionnée.**

- permettre à toutes les femmes d'avoir accès à leurs droits et à toutes les informations sur la grossesse ;

- rendre l'entretien prénatal précoce, aussi informatif que possible, obligatoire ;
- ne pas forcément médicaliser les grossesses à bas risque, mais renforcer les actions de prévention et surtout de suivi précoce ;
- renforcer la prévention par rapport aux facteurs de risque (tabac, alcool, conditions socio-économiques, stress, mais aussi obésité, diabète, âge) ;
- prévenir les grossesses gémellaires par procréation médicalement assistée (PMA).
- valoriser les acteurs du suivi prénatal en ville (médecins et sages-femmes libéraux, professionnels de PMI) ;
- trouver des supports communs, qui permettent à tous les professionnels de santé d'avoir l'intégralité des données qui les concernent, et non seulement le carnet de santé de maternité.
- changer les modalités de remboursement d'une fécondation in vitro ; aujourd'hui limitée à quatre tentatives, il pourrait être proposé comme dans d'autre pays de rembourser plus de tentatives si l'implantation d'un seul embryon au lieu de deux est effectuée pour les femmes de moins de 35 ans ;

## 2 - À l'hôpital

Le bilan dans les structures médicales est plutôt satisfaisant, surtout via l'appropriation par tous des logiques de maternité de type II et de type III, malgré les risques de saturation des types III, parfois dus à des défauts « d'aiguillage » vers l'établissement le mieux adapté à la situation (dans un certain nombre de situations, le niveau II serait suffisant). Plus globalement, il conviendrait de faire converger les pratiques de l'ensemble des établissements vers les meilleures pratiques et d'intégrer une réflexion aboutie, par territoire, idéalement au niveau de chaque Agence régionale de santé, sur les évolutions notamment architecturales à opérer pour améliorer l'accueil de l'enfant, sa maman, ses parents.

D'où les **propositions suivantes de personnes auditionnées mais dont l'impact réglementaire ou financier n'a pas pu être mesuré à ce stade :**

### L'organisation des soins

- **encourager les soins du développement ;**
- **éviter toute séparation entre les parents et le nouveau-né ;**
- mettre en place une procédure de décision collégiale, pour les décisions de poursuivre ou non les soins à destination d'un enfant prématuré, intégrant les parents, précédée d'une action de médiation envers les familles ;
- éviter des directives trop précises qui contraignent la marge de manœuvre des équipes de médecin en matière de réanimation post-natale ;

### L'accueil des familles

- considérer que le concept de « patient » comprend à la fois le prématuré mais aussi sa maman, ses parents ;
- favoriser la création de « maisons des parents » sur les sites ou à proximité des hôpitaux ;
- faciliter la présence des parents dans les chambres, mais aussi dans leur vie à l'hôpital (cuisine, parking, ...) ;
- encourager et faciliter l'allaitement des mères avec d'avantage de moyens et assurer la présence d'un tire-lait par mère ;
- lutter contre le sous-dimensionnement des unités de néonatalogie lorsque ce sous dimensionnement est constaté, notamment en matière de nombres de lits d'accueil ;
- mieux associer les parents dans la réflexion sur l'architecture de l'hôpital en cas de construction neuve ou de rénovation, et penser l'espace pour leur permettre de rester pendant la journée ;
- favoriser le rapprochement des maternités et des services de néonatalogie lors de la construction d'hôpitaux neufs ou lors de rénovations lorsque cela n'est pas le cas ;

### Les moyens des services

- **instaurer un ratio de médecin/patient** dans les services de néonatalogie, à l'instar de ce qui se pratique pour les infirmiers (exemple de l'article D6124-34-4 du Code de la santé publique, qui dispose qu'une équipe paramédicale d'une unité de réanimation pédiatrique comporte au minimum deux infirmiers diplômés d'État pour cinq patients, ainsi qu'une puéricultrice). Ce ratio ne doit pas uniquement prendre en compte les naissances, au risque de diminuer les moyens des maternités de « type II », mais la durée d'hospitalisation des nouveau-nés ;
- instituer une équipe de 5 personnes pour 1200 naissances dans les maternités ;
- améliorer, dans la mesure où le permet la démographie médicale, la présence des pédiatres dans les maternités de niveau I ;
- mettre en place une puéricultrice obligatoire en maternité ;

#### Les transports

- **mettre à disposition une puéricultrice en renfort du médecin urgentiste lors du transfert des nouveau nés vers les maternités de type II ;**
- améliorer le transfert *in utero*, qui fonctionne globalement bien, par l'augmentation de places dans les services périnataux ;

#### La formation et le bien être des soignants

- assurer une formation de pédiatrie générale à destination des internes, ainsi que des stages en obstétrique.
- renforcer la **formation des infirmières généralistes**, via :
  - o une spécialisation initiale proche du système suisse, avec deux ans supplémentaires après le tronc commun, sanctionnés par un diplôme (les infirmières restent sept ans en Suisse dans le même hôpital, contre deux ans en France) ;
  - o la mise en place d'un plan de carrière optimisé.

- améliorer l'attractivité du métier de puéricultrices et éviter les trop grands « turn over » de personnel en améliorant les conditions de travail ;
- **instaurer des salles de repos** dans les établissements qui n'en comptent pas à destination du personnel soignant ;
- allonger les études des puéricultrices, dont un mois au minimum consacré à la question de la prématurité, et en reconnaître le caractère diplômant ;
- **encourager l'allaitement** par la formation des professionnels de néonatalogie et maternité ; mettre en place des campagnes de communication pro allaitement ;
- **augmenter la part de néonatalogie dans les études** des généralistes et des pédiatres, mais aussi des infirmières et des professions paramédicales ;

#### Le suivi possible hors de l'hôpital

- favoriser la HAD (hospitalisation à domicile), et **instaurer le concept de HAD néonatale**, en échange duquel les parents auraient un accès illimité aux services de néonatalogie en cas de problème ;
- encourager lorsque c'est possible et souhaitable le suivi à domicile par les sages-femmes, à l'instar du Prado (programme d'accompagnement au retour à domicile après hospitalisation), pour les nouveau-nés vulnérables ;
- mettre en place un système d'information clinique structuré, qui intègre les acteurs de l'hôpital, des réseaux et de la ville, et, plus largement, **mettre en place un parcours de soin qui évite toute forme de rupture entre ces acteurs** ;
- éviter la logique issue de la T2A (tarification à l'activité) pour favoriser la collaboration au sein des réseaux ;

### **3 - Après l'hôpital**

La prise en charge des enfants vulnérables, après leur passage dans des structures médicales, se fait notamment par le biais des réseaux de suivi régionaux, dont les missions sont décrites ci-dessous.



### **Les missions des réseaux de suivi des enfants vulnérables (RSEV)**

Les réseaux de suivi des enfants vulnérables (RSEV) permettent réfléchir au niveau local pour des réseaux associant d'associer la médecine de ville, les professionnels de rééducation, les CAMSP, la PMI et l'hôpital. Les missions des RSEV sont les suivantes :

- le suivi des enfants jusqu'à 7 ans et établir un diagnostic final ;
- l'accès des parents à une liste de pédiatres spécialisés dans les questions de prise en charge des prématurés ;
- l'orientation précoce des enfants qui en ont besoin vers des services spécialisés dans la gestion des handicaps ;
- le repérage des troubles de l'apprentissage le plus tôt possible, par les PMI et les pédiatres, notamment en milieu scolaire ;
- la formation des « pédiatres-pilotes » à la prématurité ;
- la formation des équipes des PMI ;
- la prise en compte des cas particuliers des prématurés entre 32 et 36 SA qui dépend des moyens alloués par l'ARS ;

Le Collectif prématurité a, en 2013, dans le cadre d'une plateforme de propositions, identifié cinq axes d'actions permettant d'améliorer la prise en charge des prématurés, la coordination des soins et l'organisation des services de soins en néonatalogie, l'environnement de l'accueil du nouveau-né prématuré et de sa famille et l'harmonisation du suivi à long terme des enfants dont l'état le nécessite (cf. annexe).

**Les présentes propositions insistent également sur la nécessité de la continuité entre la prise en charge à l'hôpital et l'accompagnement par la suite, mais là encore, l'impact réglementaire et financier n'a pas pu être établi à ce stade.**

### Les réseaux de suivi périnataux

- maintenir des réseaux de périnatalité à une échelle humaine et pertinente, soit parfois l'échelle régionale précédant la réforme créant les nouvelles régions ;

- clarifier la place et les pratiques des réseaux de santé périnatale ;
- **les RSEV doivent travailler à harmoniser les référentiels de suivi et l'organisation des parcours des nouveau-nés vulnérables.**
- **s'assurer que les parents puissent disposer des meilleures informations possibles sur l'existence des réseaux de santé périnatale ;**
- favoriser l'accès des parents à une liste de pédiatres spécialisés dans les questions de prise en charge des prématurés ;
- former d'avantage les équipes des PMI et évaluer les politiques des départements en faveur de la PMI (politiques de recrutement, démographie des professionnels de PMI, orientations et priorités données) ;

#### La lutte contre les difficultés d'apprentissage

- s'assurer que sur tout le territoire, les enfants sont bien suivis **jusqu'à 7 ans avec obligation d'un diagnostic à cet âge**
- intégrer les différences socio-économiques dans le suivi des prématurés, jusqu'à l'apprentissage de la lecture et de l'écriture ;
- repérer les troubles de l'apprentissage le plus tôt possible, via les PMI et les pédiatres, notamment en milieu scolaire ;
- accompagner les enfants à l'école face aux troubles de l'apprentissage, en partenariat avec les CMP (Centres Médico-Psychologiques), puis les CMPP (Centres Médico Psycho Pédagogiques) ;
- partager les études menées sur les enfants en bas âge par le ministère de l'Éducation nationale ;
- orienter plus précocement les enfants qui en ont besoin vers des services spécialisés dans la gestion des handicaps ;
- faciliter le choix pour les parents de la date d'entrée de l'enfant prématuré dans l'école maternelle ;

#### Le suivi spécialisé de l'enfant

- pallier les faiblesses des CAMSP grâce à un personnel spécialisé qui puisse « référencer » les enfants dès leur sortie d'hôpital ;
- adapter les horaires des CAMSP à leurs fonctions (ne pas fermer le samedi) ;
- conserver la polyvalence des CAMSP et traiter toutes les catégories de handicaps ;
- rembourser les soins des psychomotriciens et des ergothérapeutes de ville ;
- augmenter les moyens des CAMSP pour faire face à leur notoriété au sein du monde médical et paramédical, et aux délais d'attente subséquents ;
- compléter le décret relatif à la prise en charge par les CPAM de prises en charge complémentaires (kinésithérapeutes) ;
- encourager les synergies entre les services de néonatalogie et les CAMSP ;
- augmenter la rémunération des kinésithérapeutes au sein des CAMSP ;
- établir un consensus de prise en charge de la rémunération des interventions en libéral des médecins, des psychomotriciens, des ergothérapeutes et des psychologues, afin de pallier les délais d'attente en CAMSP. Ce consensus doit également concerner les consultations hospitalières et les consultations de PMI ;
- séparer les budgets des CAMSP de celui de l'hôpital auquel elles sont adossées, lorsqu'elles le sont ;

#### Le suivi psychologique des familles

- créer un réseau de soin en pédopsychiatrie et développement du soutien psychologique pour les familles ;
- valoriser toutes les activités liées aux prises en charge psycho-sociales, qui ne peuvent être qu'hospitalière et pourtant non valorisées par la T2A ;
- assurer une prise en charge psychologique prolongée pour les parents, en lien avec les PMI, déjà acteur-clé sur le terrain ;

#### La prise en charge financière des conséquences de la prématurité : allocations et congés

- lutter contre difficultés administratives liées aux inégalités territoriales ;
- prendre en charge, par l'assurance-maladie, les mères qui font une demande de rapprochement de domicile ;
- lutter contre les différences dans l'accès à l'AJPP (Allocation Journalière de Présence Parentale) ;
- augmenter la durée du congé paternité et d'accueil de l'enfant, afin qu'il soit égal à la durée d'hospitalisation, le cas échéant ;
- expérimenter un congé maternité total de l'ordre de 28 semaines ;

### Pour aller plus loin...

- mettre en place une base de données nationales sur les naissances, à l'instar du système britannique, avec une forme de saisine unique ;
- maintenir une surveillance statistique des données de la prématurité et de l'évolution de sa prise en charge, en lien avec les réseaux de périnatalité ;
- mettre en place des évaluations médico-économiques sur la situation et les conséquences à long terme des modalités de prise en charge des prématurés et des nouveau-nés vulnérables ; la mise en œuvre des plates-formes territoriales d'appui concrétisée par un décret appliquant la loi de modernisation du système de santé, va permettre aux ARS de suivre les parcours complexes de prématurés ayant des complications sérieuses, mais devra intégrer la question de la place des réseaux de santé en périnatalité ;
- pour chaque patient, généraliser les **dossiers informatisés** partagés pour limiter les saisies répétées et les risques d'erreur ;
- **inviter l'HAS à établir des recommandations dans le suivi des nouveau-nés vulnérables ;**

## Annexe 1 : Instruction aux ARS du 3 juin 2015

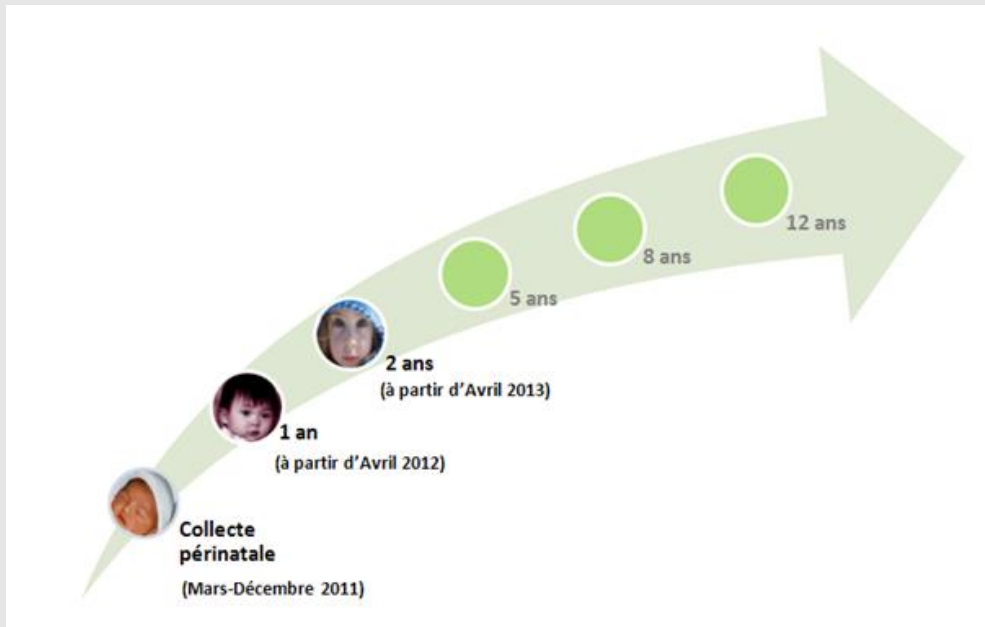
### **Instruction aux ARS, relative à l'actualisation et à l'harmonisation des missions des réseaux de santé en périnatalité dans un cadre régional, du 3 juin 2015**

Cette instruction visait notamment à :

- vérifier la présence de RSP y compris outre-mer ;
- la définition de **nouvelles missions** :
  - améliorer l'articulation ville-établissement de santé, notamment afin d'optimiser le parcours de la femme enceinte du pré au post-partum, avec un accompagnement constant, sans redondances ni perte d'information ;
  - contribuer à réduire les inégalités sociales de santé, pour éviter toute rupture de soins, et coordonner les acteurs -tant du secteur sanitaire que des champs médico-social et social- pour assurer la continuité du suivi, éviter de perdre de vue les enfants concernés, permettre le dépistage et la prise en charge précoce d'incapacités afin d'en diminuer les conséquences.

## Annexe 2 : les études récentes EPIPAGE 2

Cette étude, menée par l'INSERM depuis 2011, après l'étude EPIPAGE 1 en 1997, se fonde sur les données relatives à plus de 7 000 naissances survenues avant 35 semaines de grossesse (enfants nés vivants ou mort-nés), dans 25 régions françaises. Parmi ceux-là, 4 200 sont suivis jusqu'à leurs 12 ans. L'objectif est de mieux connaître le devenir neurodéveloppemental et en santé de ces enfants, au regard des évolutions des pratiques médicales et de l'organisation des soins.



Cette étude se subdivise en plusieurs sous-études :

- les marqueurs biologiques des complications de l'enfant en relation avec la prématurité (Projet BIOPAG) ;
- le contexte infectieux de la grossesse et ses liens avec le devenir de l'enfant (Projet CHORHIST) ;
- la valeur pronostique des lésions cérébrales sur le développement des enfants à partir de l'échographie transfontanellaire et des nouvelles techniques d'imagerie par résonance magnétique (Projet EPIRMEX) ;
- le lien existant entre la qualité des interactions précoces mère-enfant et le devenir neurodéveloppemental de l'enfant (Projet OLIMPE) ;
- la relation entre la mise en place du microbiote intestinal et le risque de complications ultérieures chez le grand prématuré (Projet EPIFLORE) ;
- les facteurs nutritionnels précoces en lien avec le développement de l'enfant (Projet EPINUTRI) ;
- les gestes stressants ou douloureux subis en période néonatale et le développement neurologique ultérieur des enfants (Projet EPIPAIN 2).

**L'étude MELIP (MELatonin In Preterm)**, vise à évaluer le rôle protecteur de la mélatonine naturellement produite par l'organisme pour protéger le cerveau du fœtus et l'intérêt d'administrer de la mélatonine à la mère avant un accouchement prématuré.

L'étude **EPICE (Effective Perinatal Intensive Care in Europe)** coordonnée par l'INSERM, sous la direction de Mme Jennifer Zeitlin, a démontré que la mise en place de quatre pratiques médicales effectuées ensemble pouvait **diminuer la mortalité de 18%**. Ces quatre pratiques sont les suivantes :

- le transfert des femmes enceintes dans des centres spécialisés adaptés pour accueillir des grands prématurés ;
- l'administration prénatale de corticostéroïdes (pour la maturation des poumons) ;
- la prévention de l'hypothermie ;
- l'administration de surfactant (substance essentielle à la fonction respiratoire qui tapisse les alvéoles pulmonaires) dans les 2 heures suivant la naissance, ou la ventilation nasale en pression positive, pour les enfants nés avant 28 semaines de grossesse.

## Le rapport EURO-PERISTAT

Celui-ci présente les données de la santé périnatale en 2010 pour 26 pays membres de l'Union Européenne, ainsi que pour l'Islande, la Norvège et la Suisse. Ce programme, financé par la Commission européenne, a permis d'établir plusieurs constats :

- la France est le seul pays d'Europe, avec Chypre, à ne pas disposer de données systématiques pour toutes les naissances, sur l'âge gestationnel des nouveau-nés, ni sur leur poids, puisque les bulletins de naissance ne disposent pas de ces informations. Si le Pmsi (Programme de médicalisation des systèmes d'information) permet de disposer de données sur l'âge gestationnel et le poids de naissance de tous les enfants, la France demeure en retard dans ce domaine ;

- la France a le taux de mortinatalité (naissances d'enfants sans vie) le plus élevé d'Europe (9,2 pour 1000 naissances totales). Ceci pourrait s'expliquer par le fait que 40 à 50 % des mort-nés en France seraient attribuables à des interruptions médicales de grossesse (IMG), mais aussi par une politique très active de dépistage des anomalies congénitales et une pratique des IMG relativement tardive ;

- pour les **indicateurs de santé**, la France est en milieu de peloton par rapport aux autres États membres de l'UE :

- o la mortalité néonatale (décès dans les 27 premiers jours après la naissance) est en légère baisse : 2,3 pour 1000 naissances vivantes en France (2,6 en 2003), alors que les taux varient de 1,2 à 5,5 en Europe. La France se situe au 17ème rang ;

- o la prématurité est en légère hausse en France par rapport à 2003 : elle passe de 6,3 à 6,6 % des naissances vivantes. La France est le 10<sup>e</sup> pays avec le plus grand nombre de prématurés dans l'UE ;

- Pour ce qui est de **l'organisation des soins**, la France suit le modèle européen de concentration des naissances dans de grandes maternités, comme dans d'autres pays européens ; la proportion de naissances dans des maternités de 3000 accouchements ou plus a augmenté par rapport à 2003 (19 % au lieu de 8 %) mais reste faible par rapport à ce qu'on observe par exemple en Ecosse (80 %) ou même en Suède (51 %) ;

- Pour ce qui est des **facteurs de risque**, la France est dans la moyenne inférieure du pourcentage de femmes de 35 ans et plus (19,2%), ainsi que pour les femmes obèses (9,9%), même si ces deux facteurs sont en augmentation. Le pourcentage des femmes qui fument pendant la grossesse varie de 5 % parmi les pays où les taux sont les plus bas, à 13 % au Danemark, 14 % en Espagne (Catalogne), 15 % en Irlande du Nord, 17 % en France et 19 % en Ecosse.



### Annexe 3 : les soins de développement

#### **Le NIDCAP (Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program)**

Ce programme de soins de développement, instauré notamment dans les CHU de Brest et de Montpellier, combine deux formes de stratégies, afin de favoriser le développement harmonieux du nouveau-né à terme ou prématuré :

##### **Stratégies environnementales :**

- Réduction des stimuli nocifs ;
- Diminution globale du niveau lumineux, création de cycle jour / nuit ;
- Diminution du bruit lié au matériel et au personnel ;
- Diminution des manipulations, regroupements des soins ;
- Limitation des procédures douloureuses diagnostiques ou thérapeutiques à celles qui influent réellement sur l'état de santé.

##### **Stratégies comportementales :**

- Posture et contention (enveloppement, position en flexion, soutien postural) ;
- Stimulation sensorielle non douloureuse (toucher, massage, bercement, parole) ;
- Suction non nutritive.

Le but de l'ensemble de ces actions est d'optimiser le développement neuro comportemental des nouveau-nés en réduisant le stress et en répondant à ses besoins spécifiques en collaboration avec sa famille.

#### **Annexe 4 : le dispositif de suivi des nouveau-nés vulnérables porté par les réseaux de périnatalité en Ile-de-France**

Inspiré par des expérimentations engagées dans le milieu des années 2000, notamment en Pays de Loire et en Bourgogne, le dispositif de suivi des enfants vulnérables francilien concerne les nouveau-nés vulnérables parmi les quelques 180 000 naissances annuelles du territoire francilien.

Ce dispositif, mis en place au milieu des années 2000 par le Réseau Pédiatrique du Sud-Ouest Francilien (RPSOF), est porté par des réseaux de santé périnatale franciliens. L'extension régionale du dispositif a été progressive.

Le travail se fait à partir d'un maillage ville/hôpital de proximité, afin d'associer les médecins que consultent les parents. L'équipe hospitalière, en lien avec la famille et le réseau de périnatalité, choisit un médecin-pilote, qui se charge de l'ensemble de la coordination du suivi de l'enfant avec tous les acteurs. Le médecin pilote peut être un pédiatre, libéral ou hospitalier, un médecin généraliste en ville, un médecin de PMI. Il bénéficie de formations spécifiques sur le suivi des nouveau-nés vulnérables.

Ces médecins-pilotes font des consultations longues (l'équivalent de trois ou quatre consultations). Le médecin libéral va bénéficier d'un complément de rémunération pour ces consultations longues, non par le biais de la CPAM, mais par celui des réseaux, dans le cadre du financement FIR (40 à 60 euros par consultation).

Ce complément de rémunération n'est mis en place que pour les consultations de médecine libérale, et non pour les consultations hospitalières ou de PMI.

Il existe des limites à ce dispositif :

- les consultations longues, à l'hôpital ou en PMI, ne sont pas reconnues et valorisées : l'impact financier est lourd pour les services qui organisent ces consultations de suivi (moins d'enfants vus, ce qui génère moins de recettes) ;
- certains départements font face à des problèmes de démographie médicale ;
- les CMP et les CAMSP sont saturés, ce qui peut aboutir à des délais d'attente parfois très longs, jusqu'à un an sur certains territoires ;
- les soins psychomoteurs ne sont pas intégrés dans la nomenclature permettant de rembourser les soins, de la même manière que la prise en charge précoce en orthophonie.

## **Annexe 5 : des exemples de programmes étrangers**

Les pays européens se concentrent essentiellement sur prématurés de moins de 32 SA, ou nécessitant des interventions techniques à domicile, de type gastronomie ou trachéotomie, ainsi les familles vulnérables (en difficulté socio-économique ou psychologique).

**Pays-Bas** : programme avec des évaluations fréquentes des bébés pendant les six premiers mois, qui améliore significativement le pronostic. Les assurances sociales ont décidé de le financer à l'échelle du pays.

Ce plan, proche de ce qui est fait à Brest, est actuellement testé dans huit CHU français, dont on peut espérer les résultats d'ici 2 à 3 ans.

**Allemagne** : les jeunes mères ont le droit à dix visites de sages-femmes après la naissance, remboursées à 100%.

**Suisse** : outre le modèle de formation des infirmières, beaucoup plus long qu'en France, la Suisse se distingue par la structuration de cette formation autour de la « médecine du développement », de type NIDCAP.

## Annexe 6 : les maternités de niveau I, II ou III

### Les grandes lignes de l'activité des trois niveaux de maternités, instituées par décret en 1998

- Maternités de niveau I : possibilité d'accouchement dits à bas risque au cours du 9e mois de grossesse, 24 heures/24 ; ainsi que les consultations de surveillance de grossesse et la prise en charge des urgences obstétricales (fausses couches, grossesses extra-utérines, césariennes, hémorragies de la délivrance). Elles disposent d'au moins une sage-femme présente 24 heures/24 et d'un obstétricien (et d'un chirurgien si l'obstétricien n'est pas titulaire de la compétence chirurgicale), d'un anesthésiste réanimateur et d'un pédiatre présents ou rapidement joignables (liste d'astreinte).
- Maternités de niveau II : disposent en plus d'un service de néonatalogie permettant la prise en charge des enfants nés prématurément pendant le 8e mois de grossesse (32–36 SA), pesant entre 1 500 et 2 500 g, et/ou nécessitant des soins spécifiques. Au sein de l'établissement existent de plus un service de soins intensifs en néonatalogie (niveau II b) et certains établissements d'un service de réanimation adulte, leur permettant de prendre en charge les grossesses à risques maternels.
- Maternités de niveau III : disposent en plus d'un service de réanimation néonatale permettant la prise en charge des enfants nés très prématurément (pendant le 6e ou le 7e mois de grossesse) ou présentant des maladies ou des malformations graves. Ils disposent de plus d'un service d'hospitalisation des grossesses à risque maternel et/ou fœtal, de services de réanimation adulte, de soins intensifs et de radiologie interventionnelle permettant la prise en charge des grossesses à haut risque maternel.

## **Annexe 7 : Propositions issues des états généraux de la prématurité de 2013**

1. Faire de la prématurité une des priorités en recherche clinique et épidémiologique.
2. Accompagner de façon adaptée les situations de précarité dans le domaine de la périnatalité.
3. Mettre en place avant la conception une consultation et une information afin de mieux prévenir la prématurité en fonction des facteurs de risque.
4. Dépister précocement en cours de grossesse les facteurs de risque afin d'orienter les parturientes vers une filière de soin adaptée.
5. Mettre en place un accès non limité et une participation intégrée des parents aux soins durant l'hospitalisation de leur enfant.
6. Adopter une architecture adaptée au bien-être et au développement de l'enfant, de la famille et des soignants.
7. Coordonner les actions de soutien à l'enfant, aux parents et aux soignants par des programmes d'intervention précoce validés scientifiquement.
8. Coordonner les soins en renforçant l'action des réseaux de périnatalité et en mutualisant le parcours de soins de la maman et de son bébé au sein d'une région sanitaire.
9. Organiser le parcours de soins de l'enfant né prématuré jusqu'à l'âge scolaire au sein de réseaux ville-hôpital et structures de prise en charge.
10. Évaluer la politique de santé périnatale en disposant d'un système d'information continu, partagé et comparatif pour surveiller la mortalité et la morbidité des enfants prématurés en France.

## **Annexe 8 : Liste des personnes auditionnées**

Mme Charlotte Bouvard, fondatrice et directrice de SOS Préma

Pr Olivier Baud, INSERM, néonatalogiste au service de réanimation et pédiatrie néonatales - Hôpital Robert Debré

Pr Jacques Sizun, chef du service de Néonatalogie et Réanimation pédiatrique du CHU de Brest

Dr Lydia Valdes, adjointe au chef de bureau « Plateaux techniques et prises en charge hospitalières aigües »

Mme Catherine Grenier, directrice de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (DAQSS), à la Haute Autorité de Santé

Dr Laurence Desplanques, responsable du département périnatalité et orthogénie, Pôle « Besoins, Réduction des Inégalités, Territoires », Direction de la Santé Publique

M. Jean-Marc Delahaye, chargé des relations institutionnelles et des affaires européennes  
Conseil national de l'Ordre des sages-femmes

Mme Marie-José Keller, présidente du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes

Mme Marianne Benoit Truong Canh, vice-présidente du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes

Dr Danielle Masson, neuropédiatre et néonatalogiste

Mme Geneviève Laurent, présidente de l'ANECAMSP

M. Jean-Claude Ameisen, président du Conseil Consultatif National d'Ethique

Mme Elisabeth Guise, Déléguée Régionale Ile de France - Antilles - Réunion – Mayotte, ANPDE

Dr Bernard Hédon, président du CNGOF

Dr Claire Briennon, pédiatre. Chef de pôle. Pôle mère enfant. CH Agen

Dr Dieudonné Nicobaharaye

Pr Stéphane Marret, professeur des universités, Université de Rouen, praticien hospitalier

Dr Pierre-Yves Ancel, médecin épidémiologiste, maître de conférence des universités (Université Paris-Descartes)

Dr Sophie Rubio-Gurung,) pédiatre, coordinatrice du réseau de suivi des enfants vulnérable (RSEV) de Lyon « ECL'AUR », responsable du groupe de travail des RSEV au sein de la FFRSP

Mme Gisèle Criballet,) sage-femme coordinatrice du réseau périnatal du Languedoc-Roussillon « NGLR » et présidente de la FFRSP

Dr Elie Saliba, professeur des universités, Université de Tours, praticien hospitalier

Mme Lydia Puech, Présidente de l'association Néonin's et Docteur Renée-Pierre Dupuy

### Annexe 9 : Liste des membres du Groupe d'Etudes

Nom	Fonction	Commissions	Groupe	Circonscription
<a href="#">Mme Isabelle Le Callennec</a>	Présidente	Affaires sociales	Les Républicains	Ille-et-Vilaine 5 <sup>e</sup>
<a href="#">Mme Aurélie Filippetti</a>	Vice-Présidente	Finances	Socialiste, écologiste et républicain	Moselle 1 <sup>re</sup>
<a href="#">M. Jean-Patrick Gille</a>	Vice-Président	Affaires sociales	Socialiste, écologiste et républicain	Indre-et-Loire 1 <sup>re</sup>
<a href="#">Mme Claude Greff</a>	Vice-Présidente	Affaires culturelles et éducation	Les Républicains	Indre-et-Loire 2 <sup>e</sup>
<a href="#">Mme Dominique Nachury</a>	Vice-Présidente	Affaires culturelles et éducation	Les Républicains	Rhône 4 <sup>e</sup>
<a href="#">M. Arnaud Richard</a>	Vice-Président	Affaires sociales	Union des démocrates et indépendants	Yvelines 7 <sup>e</sup>
<a href="#">M. Gwendal Rouillard</a>	Vice-Président	Défense	Socialiste, écologiste et républicain	Morbihan 5 <sup>e</sup>
<a href="#">M. Jean-Paul Bacquet</a>		Affaires étrangères	Socialiste, écologiste et républicain	Puy-de-Dôme 4 <sup>e</sup>
<a href="#">M. Nicolas Bays</a>		Défense	Socialiste, écologiste et républicain	Pas-de-Calais 12 <sup>e</sup>
<a href="#">Mme Véronique Besse</a>		Affaires culturelles et éducation	Non inscrit	Vendée 4 <sup>e</sup>
<a href="#">M. Yves Blein</a>		Affaires économiques	Socialiste, écologiste et républicain	Rhône 14 <sup>e</sup>
<a href="#">M. Jacques Bompard</a>		Lois	Non inscrit	Vaucluse 4 <sup>e</sup>
<a href="#">M. Christophe Bouillon</a>		Développement durable	Socialiste, écologiste et républicain	Seine-Maritime 5 <sup>e</sup>
<a href="#">M. Xavier Breton</a>		Affaires culturelles et éducation	Les Républicains	Ain 1 <sup>re</sup>



Nom	Fonction	Commissions	Groupe	Circonscription
<a href="#">Mme Martine Carrillon-Couvreur</a>		Affaires sociales	Socialiste, écologiste et républicain	Nièvre 1 <sup>re</sup>
<a href="#">M. Patrice Carvalho</a>		Développement durable	Gauche démocrate et républicaine	Oise 6 <sup>e</sup>
<a href="#">M. Yves Censi</a>		Affaires sociales	Les Républicains	Aveyron 1 <sup>re</sup>
<a href="#">M. Jean-Pierre Decool</a>		Lois	Les Républicains	Nord 14 <sup>e</sup>
<a href="#">M. Jean-Pierre Door</a>		Affaires sociales	Les Républicains	Loiret 4 <sup>e</sup>
<a href="#">Mme Virginie Duby-Muller</a>		Affaires culturelles et éducation	Les Républicains	Haute-Savoie 4 <sup>e</sup>
<a href="#">M. Jean-Louis Dumont</a>		Finances	Socialiste, écologiste et républicain	Meuse 2 <sup>e</sup>
<a href="#">Mme Marie-Hélène Fabre</a>		Affaires économiques	Socialiste, écologiste et républicain	Aude 2 <sup>e</sup>
<a href="#">M. Claude de Ganay</a>		Défense	Les Républicains	Loiret 3 <sup>e</sup>
<a href="#">M. Hervé Gaymard</a>		Affaires étrangères	Les Républicains	Savoie 2 <sup>e</sup>
<a href="#">M. Guy Geoffroy</a>		Lois	Les Républicains	Seine-et-Marne 9 <sup>e</sup>
<a href="#">M. Razzy Hammadi</a>		Finances	Socialiste, écologiste et républicain	Seine-Saint-Denis 7 <sup>e</sup>
<a href="#">M. Sébastien Huyghe</a>		Lois	Les Républicains	Nord 5 <sup>e</sup>
<a href="#">M. Denis Jacquat</a>		Affaires sociales	Les Républicains	Moselle 2 <sup>e</sup>
<a href="#">M. Régis Juanico</a>		Finances	Socialiste, écologiste et républicain	Loire 1 <sup>re</sup>
<a href="#">M. Philippe Kemel</a>		Affaires économiques	Socialiste, écologiste et républicain	Pas-de-Calais 11 <sup>e</sup>
<a href="#">M. Charles de La Verpillière</a>		Défense	Les Républicains	Ain 2 <sup>e</sup>
<a href="#">M. Marc Le Fur</a>		Finances	Les Républicains	Côtes-d'Armor 3 <sup>e</sup>
<a href="#">Mme Annie Le Houerou</a>		Affaires sociales	Socialiste, écologiste et républicain	Côtes-d'Armor 4 <sup>e</sup>
<a href="#">Mme Catherine Lemorton</a>		Affaires sociales	Socialiste,	Haute-

Nom	Fonction	Commissions	Groupe	Circonscription
			écologiste et républicain	Garonne 1 <sup>re</sup>
<a href="#">M. Jean Leonetti</a>		Affaires sociales	Les Républicains	Alpes-Maritimes 7 <sup>e</sup>
<a href="#">Mme Lucette Lousteau</a>		Défense	Socialiste, écologiste et républicain	Lot-et-Garonne 1 <sup>re</sup>
<a href="#">M. Gilles Lurton</a>		Affaires sociales	Les Républicains	Ille-et-Vilaine 7 <sup>e</sup>
<a href="#">M. Alain Marty</a>		Défense	Les Républicains	Moselle 4 <sup>e</sup>
<a href="#">M. Paul Molac</a>		Lois	Socialiste, écologiste et républicain	Morbihan 4 <sup>e</sup>
<a href="#">M. Yannick Moreau</a>		Affaires économiques	Les Républicains	Vendée 3 <sup>e</sup>
<a href="#">M. Alain Moyne-Bressand</a>		Défense	Les Républicains	Isère 6 <sup>e</sup>
<a href="#">Mme Monique Orphé</a>		Affaires sociales	Socialiste, écologiste et républicain	Réunion 6 <sup>e</sup>
<a href="#">Mme Christine Pires Beaune</a>		Finances	Socialiste, écologiste et républicain	Puy-de-Dôme 2 <sup>e</sup>
<a href="#">M. Jean-Frédéric Poisson</a>		Lois	Les Républicains	Yvelines 10 <sup>e</sup>
<a href="#">Mme Bérengère Poletti</a>		Affaires sociales	Les Républicains	Ardennes 1 <sup>re</sup>
<a href="#">Mme Régine Povéda</a>		Affaires culturelles et éducation	Socialiste, écologiste et républicain	Lot-et-Garonne 2 <sup>e</sup>
<a href="#">M. Jean-Marie Sermier</a>		Développement durable	Les Républicains	Jura 3 <sup>e</sup>
<a href="#">M. Fernand Siré</a>		Affaires sociales	Les Républicains	Pyrénées-Orientales 2 <sup>e</sup>
<a href="#">M. Philippe Vitel</a>		Défense	Les Républicains	Var 2 <sup>e</sup>
<a href="#">M. Patrick Weiten</a>		Développement durable	Union des démocrates et indépendants	Moselle 9 <sup>e</sup>
<a href="#">Mme Marie-Jo Zimmermann</a>		Lois	Les Républicains	Moselle 3 <sup>e</sup>
<a href="#">M. Michel Zumkeller</a>		Lois	Union des démocrates et indépendants	Territoire de Belfort 2 <sup>e</sup>