

	Réunion du Groupe de Travail AAD du RP2S		
	Compte-rendu réunion du		Réseau Périnatal des 2 Savoie
	2 juillet 2026	Visioconférence – Zoom et présentiel	Nbr page(s) : 8
13h-16h	Rédaction : C Dubost, M Marquand		

Personnes présentes :

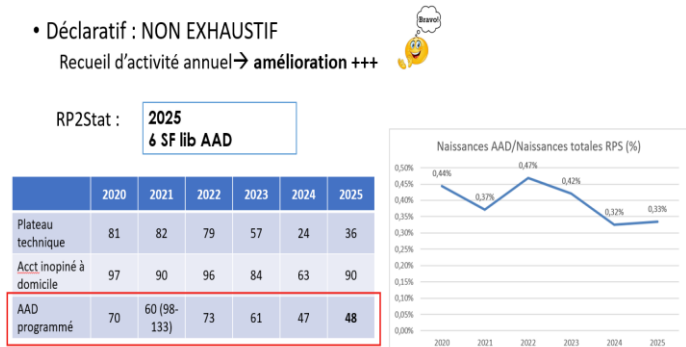
Nom prénom	Fonction	Lieu	Email
BATICLE Anaëlle	Med urgentiste	SAMU 73	anaelle.baticle@ch-metropole-savoie.fr
BURDIN Cécile	SF	HPMB	cecileburdin@free.fr
BOURGEAUX Anne-Claire	SF coord	CHANGE ACY	acbourneaux@ch-annecygenevois.fr
COMBE BLANC Laurence	SF coord	CHUGA	LCombetblanc2@chu-grenoble.fr
DOROSTGU Reza	Méd urgentiste	SAMU 38	RDorostgou@chu-grenoble.fr
DUBOST Caroline	SF cood RP2S	Chambéry	Caroline.dubost@ch-metropole-savoie.fr
DURAND Catherine	Pédiatre – Coord URPHE	URPHE	cdurand.urphe@free.fr
FIANDINO Sandrine	SF lib AAD	Valgelon la Rochette	sf.sandrine@gmail.com
GERVAIS Anaïs	SF	CHAL	agervais@ch-alpes-leman.fr
JEANNIN Marianne	SF coord RPAI	Grenoble	SageFemmeCoordRPAI@chu-grenoble.fr
KEROUREDAN Cécile	Admin SAMU 74	Annecy	ckerouredan@ch-annecygenevois.fr
MARRE Stéphanie	Secrétaire URPHE	Grenoble	secretariatdepistageneonatal@chu-grenoble.fr
MARQUAND Marine	SF coord RP2S	Chambéry	marine.marquand@ch-metropole-savoie.fr
MEUNIER Charlotte	SF lib AAD	St Genis sur Guiers	sagefemme@charlottemeunier.fr
PEYRET Blandine	Pédiatre	CHANGE + RP2S	bpeyret@ch-annecygenevois.fr
PIROIT Gisèle	SF lib AAD	Crolles	gisele.piroitsf@gmail.com
RAYAPPA Claire	SF lib AAD	St Jean de Nioist	clairerayappa@gmail.com
RODET François	SF lib AAD	Barraux	francois.rodet@hotmail.fr
ROUPIOZ Thierry	Med urgentiste	SAMU 74	troupioz@ch-annecygenevois.fr
SEGUIN Mathilde	SF lib AAD	Taninges	matesf08@hotmail.fr

L'AAD en quelques chiffres sur le territoire du RP2S en 2025

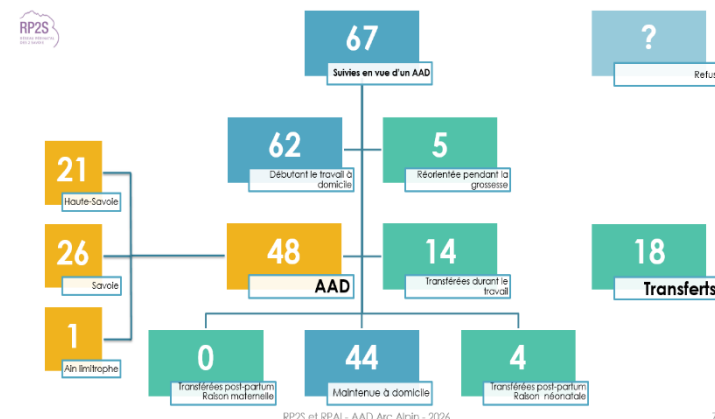
Evolution des naissances dans le RP2S de 2015 à 2025



L'AAD sur le territoire du RP2S de 2020 à 2025



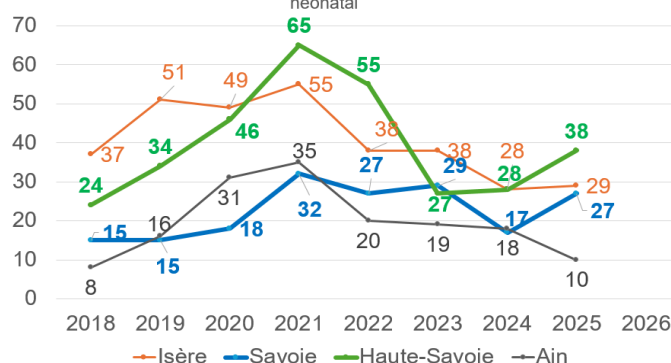
2025 – AAD – RP2S



RP2S – CR réunion GT AAD – 02 juillet 2026

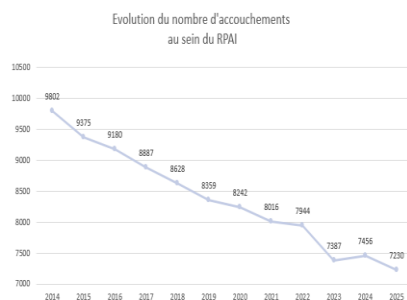
Approche des naissances « AAD » par l'URPHE

Suivi acc à domicile non suivis de transfert - données du dépistage néonatal



L'AAD en quelques chiffres sur le territoire du RPAI en 2025

Evolution des accouchements dans le RPAI de 2014 à 2025



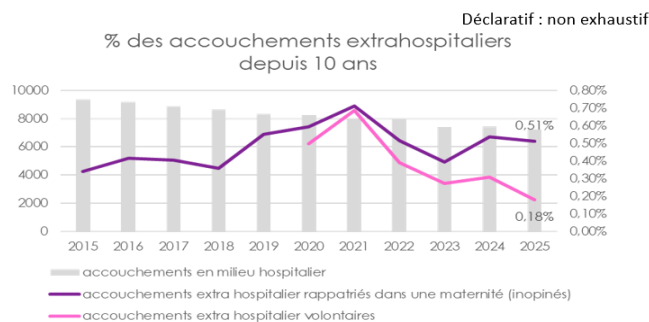
7 230 Accouchements
7 341 Naissances totales
7 243 Naissances vivantes

- 3% vs 2024
- 21,9% en 10 ans

L'AAD sur le territoire du RPAI de 2020 à 2025

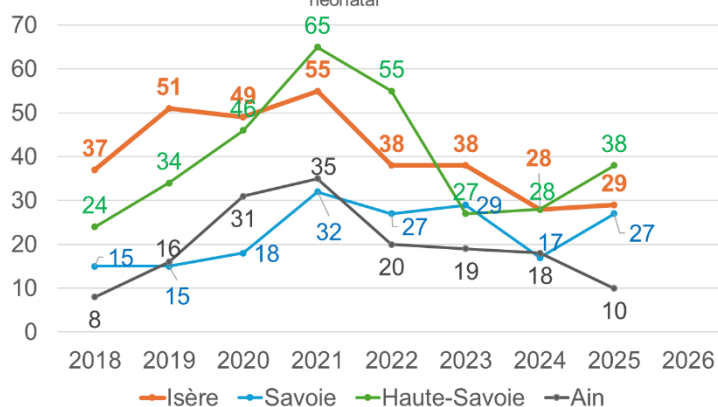
Au sein du RPAI, 7 SF déclaraient réaliser des accouchements à domicile programmés en 2024.

4 d'entre elles diminuent voir arrêtent leur activité en 2025/2026.



Approche des naissances « AAD » par l'URPHE

Suivi acc à domicile non suivis de transfert - données du dépistage néonatal



Constats :

- Sur le territoire du RPAI et du RP2S, près de la moitié des SF ont diminuées voire cessées leur activité.
- Il y a des disparités importantes entre les données de l'URPHE et le recueil d'activité que nous effectuons au RP2S et au RPAI ; éléments d'explications :
 - Haute-Savoie : 38 AAD/URPHE vs 21 AAD/RP2S → il est possible que cet écart soit en partie dû à des sages-femmes exerçant en Suisse et pratiquant également l'AAD sur le territoire français.
 - Ain et Isère : l'URPHE tient compte des chiffres de tout le département mais le territoire du RP2S sur le département de l'Ain ne concerne qu'une toute petite partie de celui-ci (Belley ; Bellegarde ; Pays de Gex) ; de la même façon le RPAI partage le département de l'Isère avec le réseau AURORE.

Discussion autour de la difficulté à connaître les sages-femmes suisses qui exercent en France sous couvert de la convention Carnot et sans demande d'autorisation d'exercice en France au Conseil National de l'Ordre des sages-femmes (CNOSF). La convention qui date de 1889 est obsolète et non applicable. D'après certaines sages-femmes suisses contactées à ce sujet, ce n'est pas l'avis des juristes suisses. Le fait de ne pas connaître ces sages-femmes empêche notamment de les convier à ce groupe de travail, de recueillir leur activité « AAD sur le territoire du RP2S » et de leur faire part de la procédure AAD du RP2S. Le SMUR peut alors intervenir dans un AAD sans avoir aucune antériorité de la SF. De nombreuses démarches ont déjà été entreprises par le RP2S mais non concluantes jusqu'à présent : présidente de la section genevoise et présidente de la section Vaud de la Fédération suisse des sages-femmes rencontrées ; lien avec l'association des sages-femmes indépendantes du canton de Vaud ; ARS ARA sollicitée (réunion avec Délégation départementale de l'ARS 74 + RP2S + CDOSF 74 + chef de service SAMU 74 + référente périnatalité de l'ARS ARA).

Suivi fiches de pré-identification – SAMU 74

Bilan 2025 : 38 fiches de pré-identification reçues (avril/juillet/octobre mois avec plus d'activité) ; 8 appels au C15. Les fiches sont systématiquement transmises via MonSISRA. Le SAMU 74 est bien averti lorsque la naissance a eu lieu afin de permettre l'archivage de la fiche. La procédure fonctionne bien. Augmentation du nombre de fiches reçues depuis début 2026 en comparaison avec l'année 2025.

Points d'amélioration :

- Le SAMU 74 souhaite recevoir les fiches de signalement en **format PDF** et non JPEG, **une à la fois**.
- Actuellement les fiches sont envoyées sur l'adresse MonSisra de Mme Kerouredan ce qui peut engendrer des délais de traitement lors des congés. **Le SAMU 74 va faire une demande pour créer une adresse service qui pourra être consultée par plusieurs personnes.**

Suivi fiches de pré-identification – SAMU 73

Rappel fait que la cellule de transfert ne prend en charge que les transferts inter établissements.

Rappel de l'importance de l'archivage des fiches de pré signalement après l'accouchement pour prévenir un risque de confusion en cas d'appel du SAMU sans lien avec l'AAD.

Bilan 2025 : 21 femmes pré identifiées pour un AAD ; 3 appels au C15 (dont 1 appel passé avec un autre téléphone que celui enregistré) et 2 SMUR déclenchés ; 6 fiches de fin de signalement reçues. Augmentation du nombre de fiches reçues au 1^{er} semestre 2026 en comparaison avec l'année 2025 (déjà 18 femmes pré identifiées ; 1 appel au C15 ; 0 SMUR déclenché ; 3 fiches de fin de signalement reçues). Fiches toujours transmises par les SF lib via MonSiSRA. Délais de traitement des fiches par le SAMU 73 jusqu'à 1 semaine. Discussion sur l'intérêt de transmettre ces fiches plus précocement au SAMU → NON : les fiches sont transmises après la visite du domicile des parents qui se fait en début de 9^{ème} mois vers 37SA et lors de laquelle l'accessibilité aux secours est vérifié (si non accessible, AAD contre-indiqué).

Points d'amélioration :

- SF AAD : **Utiliser le téléphone indiqué dans la fiche pour passer l'appel**, idéalement **transmettre les fiches de fin de signalement** et a minima avertir par via MonSISRA le SAMU lorsque l'accouchement a eu lieu, faire **remonter les dysfonctionnements** au SAMU.
- SAMU 73 : **Exhaustivité des archivages, réorganisation avec les nouveaux superviseurs**

Suivi fiches de pré-identification – SAMU 38

Bilans 2025 : Actuellement les fiches de pré identification sont transmises par mail au SAMU 38 mais non enregistrées; pas d'utilisation de la messagerie sécurisée SISRA.

Points d'amélioration : Les fiches de pré identification pourront être complétées en ligne via un nouveau logiciel d'ici fin 2026 ce qui devrait permettre la sécurisation des données transmises et l'enregistrement des fiches de pré signalement en vue d'un AAD.

Suivi fiches de pré-identification – SAMU 01

Bilan 2025 : Le Dr S. Prost, chef de service du SAMU 01 s'excuse de son absence à cette réunion. Bilan des fiches de pré identification et/ou autres difficultés à signaler demandés par le RP2S mais pas de retour du SAMU 01.

Points d'amélioration : C. Rayappa, SF lib AAD qui exerce dans l'Ain, confie ne pas transmettre les fiches de pré identification au SAMU 01 car contraignant de devoir faire un envoi postal. En effet, le SAMU 01 n'a pas donné d'adresse de messagerie sécurisée MonSISRA → **RP2S : revoir avec Dr Prost si possibilité d'utiliser l'adresse MSSANTE du secrétariat du SAMU 01 (secretariat.samu01@ch-bourg01.aura.mssante.fr).**

Questionnements sur la pertinence des fiches de pré signalements : cette procédure a fait ses preuves sur délais et ciblage des interventions, elle a par ailleurs été prise en exemple dans d'autres réseaux.

Les SAMU réinvitent les SF AAD à venir visiter un centre de régulation pour mieux comprendre leur fonctionnement.

Point qualité et sécurité des soins :

- Lien : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3602950/fr/evenements-indesirables-graves-associes-aux-soins-eigs-survenus-chez-les-nouveaux-nes
- Contexte : les indicateurs périnataux en France se détériorent entre 2011 et 2024 et notamment hausse de la mortalité infantile à 4.1 ‰ en lien avec l'augmentation de la mortalité néonatale passant de 1.5 ‰ à 2 ‰. Les raisons objectives de cette détérioration des indicateurs périnataux selon l'INSERM sont liées aux caractéristiques des femmes enceintes (↑âge, ↑obésité...), à des inégalités sociales de santé et d'accès aux soins et à l'organisation des soins. Constat en 2021 : des difficultés organisationnelles autour de la sécurité des soins touchent 96 % des maternités (permanence des soins, équipes en tension, charge de travail des sages-femmes et recours aux intérimaires). Le rapport de la Mission Sénat et de la Cours des comptes préconisent : une réorganisation de l'offre de soins (maillage territorial en plateaux techniques), un renforcement du suivi de proximité durant la grossesse et après la naissance, la création d'un registre national des naissances et de la mortalité néonatale
- Résumé du texte et synthèse fait en réunion
- Focus sur les mesures barrières (humaines et organisationnelles) : pour la majorité des cas, ces mesures barrières n'ont pas été mises en œuvre et auraient pu empêcher la survenue de l'évènement ou limiter ses conséquences (209/301 ; 69 %)
- Les 10 préconisations sont :
 1. Préconisations : **S'assurer systématiquement des compétences (techniques et non techniques) des professionnels** exerçant en gynécologie-obstétrique et en pédiatrie néonatale.
 2. Garantir l'accès de tous les professionnels de santé impliqués à l'ensemble des **informations médicales** nécessaires à la prise en charge des nouveau-nés et de leur mère.
 3. Lutter contre les **erreurs diagnostiques** (diagnostic retardé, erroné, manqué ou non communiqué au patient).
 4. Mieux prendre en charge les **grossesses et accouchements à risque**.
 5. Améliorer la prise en charge de la **réanimation néonatale en maternité**.
 6. Mieux prévenir les **risques de chutes et d'étouffement du nouveau-né** à la **maternité**.
 7. Respecter les **bonnes pratiques de prise de décision des transferts** in utero et périnataux.
 8. Poursuivre la sécurisation de la prise en charge **médicamenteuse** et de l'utilisation des **dispositifs médicaux**.
 9. Renforcer la **sécurité des accouchements accompagnés à domicile et des accouchements en maison de naissance**.
 10. Faire évoluer le formulaire de **déclaration des EIGS** et améliorer la qualité des déclarations.
- Les préconisations comportent des points porteurs de sens dans l'orientation du travail du réseau, dont :
 - Place de la simulation en santé / compétences techniques / compétences non techniques
 - Formaliser l'accueil des nouveaux / remplaçants
 - Utiliser les techniques du Briefing et Débriefing chaque situation à risque (dans la vraie vie !)
 - Importance de la culture RMM
 - Implication du patient
 - Connaître et repérer les biais cognitifs : avec outil simulation en santé, « autopsie cognitive »
 - Importance des outils de type aide cognitive de crise (ACC)
 - S'appuyer sur l'intelligence collective.
- Focus AAD : EIGS sont liés à des retards de prise en charge et à des défauts de formation
 - **Information des femmes** (délai incompressible => sur risque) et repérage des contre-indications
 - **Formation** des SF AAD réa NN et urgences obstétricales (*place de la simulation en santé*)
 - Équipements à domicile
 - Liens maternité d'inscription et SAMU
 - Préconisation que les SF s'engagent dans la gestion de leurs risques et dans un processus d'amélioration de leurs pratiques (participation aux RMM...)

Nous pouvons souligner que les travaux menés sur territoire du RPAI et du RP2S en lien avec l'activité des AAD répondent déjà aux préconisations de la HAS ; certains points doivent s'améliorer (projet formation urgences obstétricales ; liens maternité d'inscription et SAMU pour améliorer les transferts qui restent souvent encore une difficulté) et tous doivent se poursuivre.

Rappel :

Nouvelle procédure de déclaration régionale depuis janvier 2025 (Nb de déclaration x 3,4).

[Fiche de déclaration régionale](#) mise à jour en 2026.

- www.rp2s.fr >> Protocoles et Documents >> Protocoles et procédures >> Onglet EIG

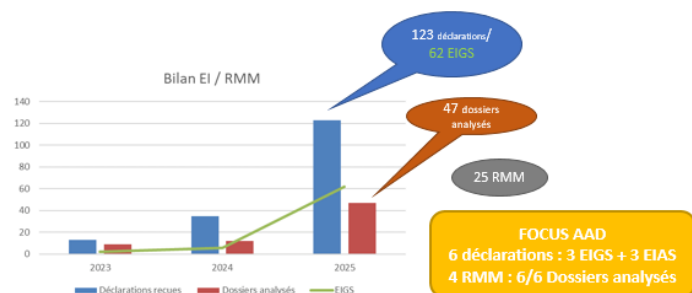
- www.rpai-perinat.org >> PROFESSIONNELS - Protocoles et procédures

- Déclaration à adresser par messagerie sécurisé + signalement ARS si EIGS

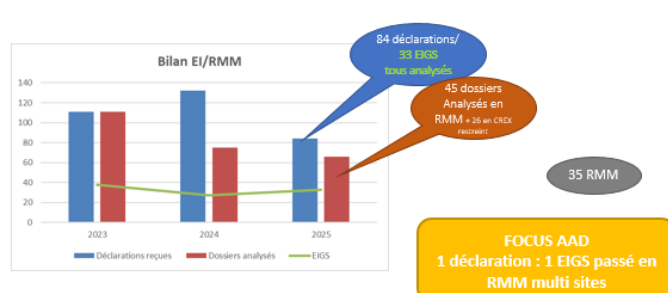
- Reseauperinataldessaivoie.RP2S@chms.aura.mssante.fr
- reseau.perinatalalpesisere@chu-grenoble.aura.mssante.fr

Bilan 2025 :

Nombre d'EIGS/EIAS déclarés en 2025 – RP2S



Nombre d'EIGS/EIAS déclarés en 2023/2025



L'avis du RP2S de ne pas considérer systématiquement les complications maternelles ou néonatales dans un contexte de naissance à domicile accompagnée ou non comme un EIGS n'a pas été retenu. Cependant, nous pouvons retenir que pour parler d'EIGS il faut répondre à sa définition c'est-à-dire " *événement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent y compris une anomalie ou une malformation congénitale*".

Formations et actions formatives

Les SF AAD participent régulièrement et activement aux actions et formations proposées par le RP2S et le RPAI.

Une session Simu réa NN RP2S a eu lieu en mai 2026 : 4 SF AAD de l'arc Alpin + 2 SF du réseau AURORE.

Une entente existe entre le RP2S et le RPAI concernant l'organisation des sessions de formation Simu selon les possibilités de chacun et afin de les proposer toujours en commun pour permettre un nombre suffisant d'inscription. Actuellement, il ne nous est pas permis de faire la promotion de nos formations en simulation spécifique AAD en dehors du territoire de l'Arc Alpin (RPAI+RP2S). Cependant, la création du Dispositif Spécifique Régional en Périnatalité (=rassemblement des 5 réseaux de la région Auvergne Rhône-Alpes) pourrait faciliter l'accès à ces formations à l'ensemble des SF AAD de la région (sous réserve d'entente régionale). Dans l'attente, lorsqu'une SF présente spontanément son intérêt pour l'une de ces sessions, contenu de l'absence d'offre de ce type de formation, nous acceptons l'inscription à condition qu'il reste des places (=priorité aux SF AAD de l'Arc Alpin).

L'intérêt pour une formation en simulation volet urgences obstétricales a été de nouveau manifesté. Après concertation avec AC Hyacinthe (coordinatrice du programme RP2Simu URG OBST) :

- Plusieurs formateurs sont motivés à travailler pour l'adaptation de cette formation dans le contexte AAD.
- Vu l'ampleur que demande ce travail d'adaptation, avant de se lancer nous devons valider l'engagement de minimum 6 SF lib AAD pour 1 session (max 10).
- Coût projeté par session : rémunération de 4 formateurs vs 3 pour le programme réa NN + location d'une salle + rémunération du travail de préparation donc

✓ Entre 6 et 8 SF AAD : coût total 880€/SF dont 630€ pris en charge par le DPC soit un reste à charge de 250€/SF

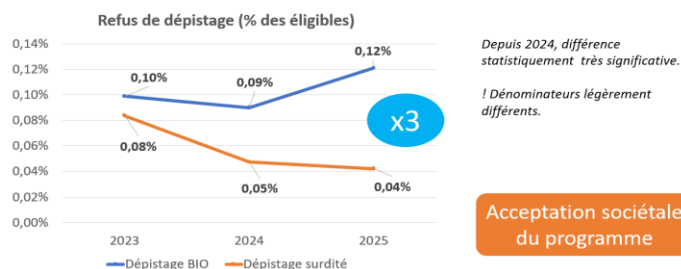
✓ Entre 8 et 10 SF AAD : coût total 680€/SF dont 630€ pris en charge par le DPC soit un reste à charge de 50€/SF

➔ **RP2S se rapproche du RPAI pour rediscuter de ce projet et sollicite les SF AAD de l'Arc Alpin pour engagement écrit de leur intérêt pour cette formation (C. Dubost ; août-sept 2026).**

Dépistages néonataux dans un contexte d'AAD

Refus de dépistage néonatal

Evolution des refus dépistage bio DNN versus dépistage surdité DNS, région toutes les naissances



Constats : Augmentation des refus pour le dépistage biologique et diminution des refus pour le dépistage de la surdité.

Éléments d'explications : Augmentation des refus de dépistage biologique probablement en lien avec les recherches génétiques. Avant la question des refus, il faut bien considérer la question du consentement et de l'**information parentale**. **La signature ne concerne que les examens génétiques**, donc l'essentiel du dépistage peut être effectué avec un consentement simple.

Craintes +++ de l'URPHE :

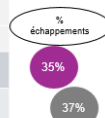
- Dépistage Bio : Guthrie prélevé mais non acheminé (=perdu de vu) → Si l'URPHE-CRDN n'est pas tenu au courant de la naissance, il ne peut pas assurer le suivi des prélèvements Guthrie des enfants nés à domicile et non transférés puisqu'il n'y a pas de numéro d'accouchement.
- Dépistage auditif : question des échappements c'est-à-dire des enfants "perdus" avant le dépistage, et sans refus explicite.

Problématique des échappements du DNS :

Part des naissances hors établissement / à domicile (HE) (toutes) dans les refus et échappements. Région entière.

	Refus nombre total	Refus part HE	Echappements nombre total	Echappements part HE	Part des naiss. HE sur l'ens. des naiss.	Naiss. HE nombre	Naiss. Totales nombre
2023	60	30 %	301	49 %	0,78%	617	78769
2024	37	46 %	253	58 %	0,79%	615	78148
2025	32	25%	231	53%	0,79%	599	75951

Année 2025	Echappements, n	Refus, n	Total "AAD"
Isère	8	2	29
Savoie	10	0	27
Haute-Savoie	14	0	38
Ain	6	0	10
{ 38, 73, 74 }	32	2	94
{ 38, 73, 74, 01 }	38	2	104



Ensemble des naissances hors établissement / à domicile, quelle qu'en soit l'issue (transfert ou pas) donc à la fois AAD avec ou sans transfert et AIEH

Le dépistage n'est pas obligatoire pour les parents, mais **la pratique des tests de dépistage doit obligatoirement être proposée aux parents**, quelle que soit l'organisation de naissance choisie.

Cette problématique concerne les AAD mais aussi les enfants avec sortie ultra précoce de maternité (avant H24 ; il n'est pas recommandé de pratiquer le test auditif aussi près de la naissance), et nés en plateau technique avec sage-femme libérale sans séjour en suites de naissances.

Or dans ce groupe d'enfant, l'URPHE relève (dans l'ensemble des réseaux) un grand nombre d'enfants sans dépistage et sans refus tracé c'est à dire en situation d'échappement.

Pour ces enfants, il n'y a pas d'urgence au dépistage, et pas d'intérêt à programmer un test dans les tout premiers jours de vie. La région, la FFADAN et la HAS recommandent pour ces enfants un parcours sous forme d'accès direct en test différé (type T3 direct).

Pour avancer :

- Pour les AAD, rencontrer dans le cadre des réseaux les sages-femmes libérales concernées et **réfléchir en commun** et avec les responsables des acteurs du T3 sur un **parcours de soin** permettant une **proposition de dépistage directement en test différé (un « T3 » de rattrapage)** pour les parents qui le souhaitent.

- Les tâches qui incombent à la SF AAD :

- ✓ **Prise du RV ou mail à l'acteur choisi (maternité ou libéral) pour convocation par la sage-femme AAD.**
- ✓ **Informé l'URPHE via SISRA** de l'accord des parents pour réaliser le DNS et de l'acteur qui réalisera celui-ci (secretariatdepistageneonatal@chu-grenoble.aura.mssante.fr) ou **noter sur le buvard Guthrie** le consentement des parents pour le DNS et l'acteur choisi pour le réaliser.
Cet envoi permettra à l'URPHE-CRDN de recontacter les parents désirant le dépistage mais pour lesquels l'URPHE n'a pas de trace de test. Cette traçabilité pourra favoriser l'accessibilité au dépistage et faire remonter les difficultés d'accès éventuelles auxquelles sont confrontées les familles.
- ✓ **Informé les parents** que le test peut être facturé (exonération du ticket modérateur si < 12J ou < 1 mois dans les établissements de santé).
- ✓ **Vérifier que le test ait été réalisé et soit concluant**
- ✓ **Si besoin d'un suivi, s'assurer que la consultation spécialisée est prévue**

- En cas de **refus** de dépistage, que doit faire la SF AAD ?

- ✓ Bien en **informé l'URPHE** via carton de Guthrie et [formulaire de refus régional](#)
- ✓ **Tracer le refus** dans le **carnet de santé** "*refus de dépistage auditif par les parents*" et dans le **dossier de soin** de la SF lib AAD
- ✓ Le refus d'un seul des deux parents suffit à ne pas réaliser le test chez l'enfant. L'autorisation de l'un des parents et la non-opposition du second parent permet de réaliser le DNS.
- ✓ Les parents bénéficient pour le DNS d'un "droit au remord" puisque le DNS est possible dans les 3 premiers mois de vie de l'enfant.

- Pour ces enfants bas risque, un test différé (T3) en OEA reste acceptable.

- Si ce test n'est pas concluant, l'enfant doit être adressé directement en CEAE : il n'y a pas de contrôle nécessaire si on est bien dans la temporalité T3 vers la 2ème à 3ème semaine de vie et avec un test effectué par PEAa.

Pour avance sur la problématique des échappements du dépistage bio :

La SF AAD informe l'URPHE-CRDN par messagerie sécurisée SISRA au moment de la naissance ou au moment du prélèvement pour ainsi permettre à l'URPHE-CRDN d'assurer le suivi des prélèvements Guthrie des enfants nés à domicile et non transférés (secretariatdepistageneonatal@chu-grenoble.aura.mssante.fr).

Info et rappel pour le dépistage bio

Nouvelles maladies et nouveau buvard à venir en 2027

Attention aux non-conformités

- Prélèvement non conforme
 - Avant 48h de vie
 - Gouttes non conformes
 - Quantité insuffisante
 - Diluées
 - Surchargées
- Délais d'acheminement > 4 j



- Quantité insuffisante
- Gouttes mal déposées
- Mal séchées avant envoi
- Saturées
- Diluées
- Plusieurs gouttes dans le même cercle
- Diluées (alcool...)

Rappel des bonnes pratiques

- A partir de **48h de vie**
- Prélèvement main ou talon
- 1 seule goutte de sang par rond
 - Remplit tout le rond
 - Imprègne recto-verso
- Séchage : 3h à l'air libre
- **Acheminement à la charge du professionnel de santé**
- Guide des bonnes pratiques : www.depistage-neonatal.fr



Point d'évaluation de la procédure AAD sur le territoire du RP2S, ainsi que du RPAI en fonction des thématiques (tour de table)

- Voir avec URPHE-CRDN si les enfants nés à domicile et prélevés à domicile par une SF indépendante Suisse sont comptabilisés avec les naissances de la Haute-Savoie (C. Durand + SF coord RP2S).

Poursuivre les efforts d'identification des SF Suisses exerçant les AAD sur le territoire français (SF coord RP2S)

- Fiche de pré-identification « patiente remarquable » en vue d'un AAD fonctionne bien dans l'ensemble.

→ **Ajouter dans paragraphe « 3. Postnatal » → Transmettre fiche clôture signalement au SAMU si pré identification faite**

→ **SAMU 01 : adresse messagerie sécurisée MonSISRA à transmettre au RP2S.**

→ **SAMU 38 : transmettre au RPAI dès que le logiciel sera fonctionnel, en attendant transmettre l'adresse messagerie sécurisée MonSISRA.**

- Patiente techniquée si transfert pendant le travail (VVP + bilan prélevé).

→ **Décision d'envisager de perfuser la patiente en cas de décision de transfert selon la situation clinique et le degré d'urgence (à ajouter dans le paragraphe "transfert" de la procédure AAD → RP2S et RPAI).**

- Rappel : dossier complet avec carte de groupe + résultats examens complémentaires (bio, écho...) INDISPENSABLE pour tout transfert

- **Axes d'amélioration des échappements du DNS et du dépistage néonatal biologique proposés ci-dessus à ajouter dans la procédure AAD (paragraphe dépistages néonataux) → RP2S et RPAI**

- Problématique des ANA soulignée, **réunion sur le refus de soins à organiser → RP2S et se rapprocher du RPAI pour organisation conjointe si souhaité.**

- **Réunion à programmer avec l'APAAD régionale → Sandrine Fiandino.**

- **Sollicitation des SF AAD de l'Arc Alpin par mail pour une pré-inscription à l'éventuelle session Simu urgences obstétricales au second semestre 2027** (aucun travail ne sera entrepris en amont de l'engagement par mail d'au moins 6 voire 8 SF) → organisation par **RP2S**

- La HAS a été saisie pour travailler sur l'élaboration de critères d'éligibilité pour la prise en charge des femmes enceintes en maison de naissance et de critères de transferts. Ce travail n'a pas permis de définir ces critères dont nous aurions pu nous inspirer pour les AAD.

Prochaine réunion des groupes de travail « AAD » du RP2S et du RPAI dans 1 an puis réunion 1x/an avec possibilité de réunir le groupe de travail de manière plus rapprochée si besoin.