Réseau Périnatal

Naître & Grandir
en languedoc roussillon

naître
en languedoc roussillon

RAPPORT D'ACTIVITÉ 2012

Table des matières

Contexte régional et organisation de l'association « Naître et Grandir en Languedoc Roussillon » 5

I. Historique.....7

II. Les chiffres clés de la périnatalité en Languedoc-Roussillon 7
II.1. Les naissances.....7
II.2. La mortalité foeto-infantile 8

III. Organisation de l'association Naître et Grandir en Languedoc-Roussillon, support juridique des réseaux d'amont Naître en LR et d'aval Grandir en LR 13

Le réseau « Naître en Languedoc-Roussillon ».....19

I. Les objectifs du réseau « Naître en Languedoc-Roussillon » 21
I.1. Objectifs principaux.....21
I.2. Priorités fixées 21
I.3. Financement.....21

II. Organisation du réseau « Naître en Languedoc-Roussillon » 23
II.1. Le comité de pilotage 23
II.2. Le comité scientifique du réseau « Naître en Languedoc-Roussillon » 23
II.3. La cellule de coordination du réseau « Naître en Languedoc-Roussillon » 25

III. Les adhérents du réseau « Naître en Languedoc-Roussillon ».....26
III.1. Nombre d'adhérents 26
III.2. Evolution des adhésions 26
III.3. Les professionnels adhérents du réseau à titre individuel 27
III.4. Les structures impliquées dans le réseau.....30

IV. Les missions du réseau « Naître en Languedoc-Roussillon » en 2011.....32
IV.1. Promotion et accompagnement à la mise en place du Dossier Commun Périnatal Informatisé (DCPI).....32
IV.2. Analyse rétrospective de dossiers de mortalité et morbidité périnatale (RMM) 41
IV.3. Les Journées du Réseau 49
IV.4. Elaboration et diffusion de référentiels de soins périnatals 56
IV.5. Organisation du dépistage de la trisomie 21.....62
IV.6. Actions de coordination et de communication 68
IV.7. Etude sur la morbidité maternelle 75

V. Les projets du réseau « Naître en Languedoc-Roussillon » 82
V.1. Promotion de l'allaitement maternel.....82
V.2. Périnatalité et addictions en Languedoc-Roussillon : Programme régional de prévention des addictions en périnatalité et de mutualisation des dynamiques locales.....90

VI. Annexes.....100
VI.1. Annexe 1 : Tableau d'activité de promotion du Dossier commun périnatal informatisé (DCPI) 100
VI.2. Annexe 2 : Plaquettes des Journées du réseau 105
VI.3. Annexe 3 : Participants aux différents groupes de travail sur les référentiels.....107
VI.4. Annexe 4 : Auto-questionnaire de repérage des addictions.....112

Contexte régional et organisation de l'association « Naître et Grandir en Languedoc Roussillon »

Naître & Grandir
en languedoc roussillon

I. Historique

La volonté de créer le réseau a été affirmée par la CRN dès 1999, au moment de la mise en place d'un plan d'action nécessaire, faisant suite à l'audit périnatal réalisé par l'enquête EPIPAGE en 1996-1997. La création du réseau est apparue à la CRN comme un des moyens organisationnels majeurs et incontournables pour améliorer la situation périnatale en Languedoc-Roussillon. De fait, depuis 1999, avec la mise en place du réseau et d'un plan d'action périnatal régional soutenus par les tutelles, les indicateurs périnatals régionaux se sont nettement améliorés.

Les statuts de l'association « Naître en Languedoc-Roussillon » ont été enregistrés en préfecture le 13 mai 2004, cette association loi 1901, support juridique du réseau périnatal régional a reçu l'accord de financement ARH/URCAM en décembre 2004.

En 2009 avec la mise en place du réseau d'aval de suivi des nouveau-nés vulnérables, le nom de l'association est devenu « Naître et Grandir en Languedoc-Roussillon » à la suite du vote de l'assemblée générale du 16 juin 2009, les nouveaux statuts ont été enregistrés en préfecture le 20 juillet 2009.

Dès la création du réseau, son conseil d'administration a proposé un plan d'action reprenant les actions conceptualisées par la CRN et le réseau est devenu en quelque sorte un « effecteur » de la CRN, cette commission étant totalement dépourvue de moyens financiers.

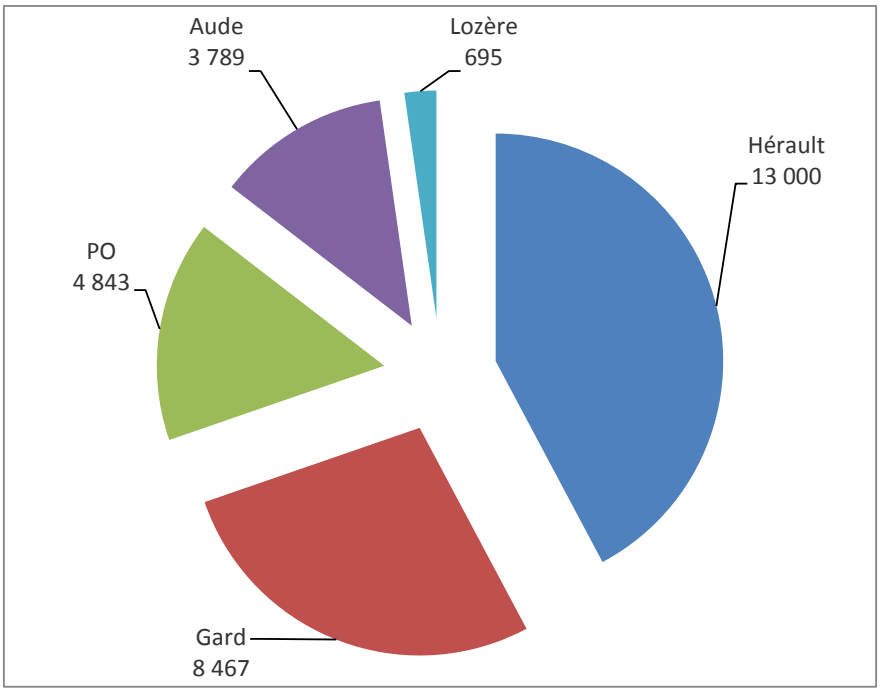
Depuis, le réseau est monté en puissance devenant le réseau périnatal régional de tous les acteurs de la périnatalité issus de tous modes d'exercice (public, privé, libéral et PMI) ayant pour objectif commun d'offrir des soins de qualité aux femmes enceintes et aux nouveau-nés. En signant la charte périnatale régionale, ils se sont tous engagés dans une éthique de travail en réseau pour assurer le bien-être pendant la grossesse, la naissance et la période post-natale ainsi que la sécurité des mères et des nouveau-nés.

II. Les chiffres clés de la périnatalité en Languedoc-Roussillon

II.1. Les naissances

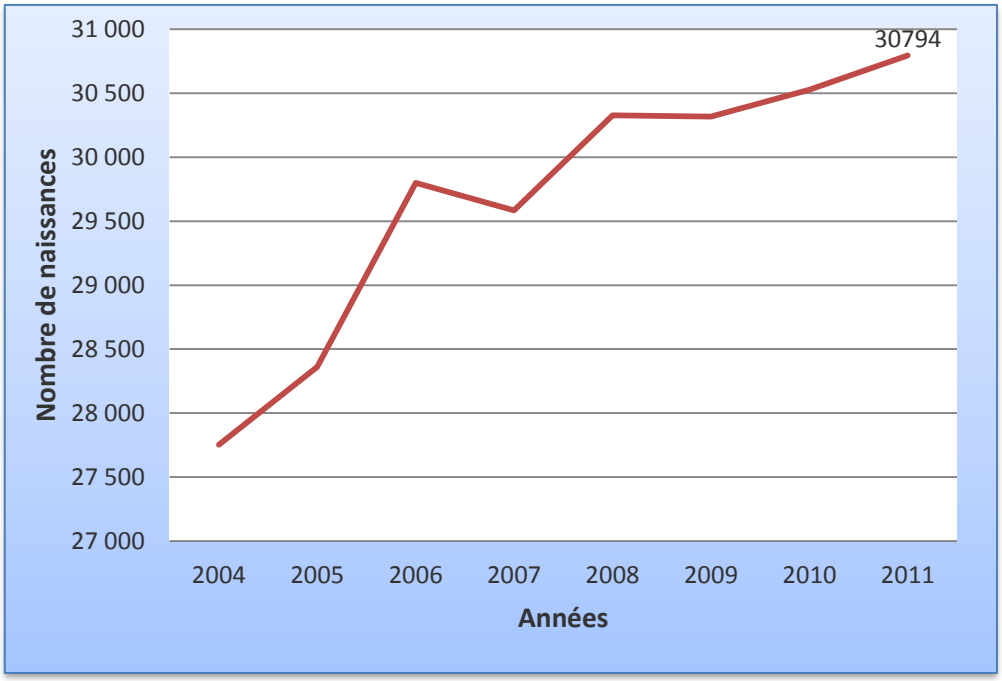
Les derniers chiffres de l'INSEE indiquent un nombre de 30 794 naissances vivantes domiciliées en Languedoc-Roussillon au 31 décembre 2011.

Graphique 1 : Répartition des naissances par département



Naissances déclarées Insee – Fichiers états civils

Graphique 2 : Evolution du nombre de naissances depuis 2004



Source : Naissances déclarées Insee – Fichiers états civils

Depuis la création du réseau en 2004, le nombre de naissances dans la région a augmenté de 11 % et il est près de 30 % supérieur à celui du début des années 70 alors qu'au niveau national il reste inférieur.

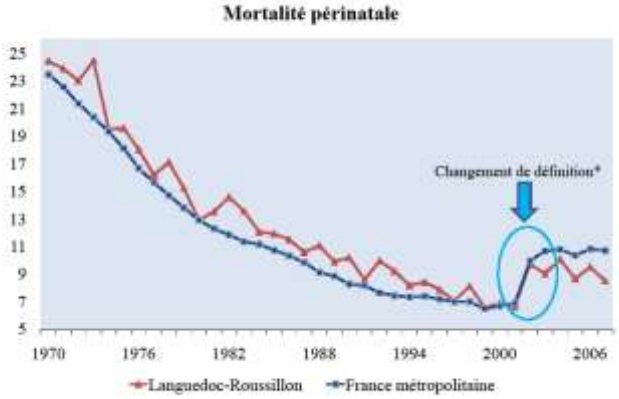
Source : Insee-Fichiers d'Etat civil – Exploitation ORS L-R

II.2. La mortalité foeto-infantile

Nos efforts pour communiquer et travailler ensemble ont fortement contribué à obtenir ces dernières années de réelles améliorations en termes d'organisation des soins en lien avec la périnatalité. En effet, les indicateurs de mortalité périnatale de la région sont aujourd'hui plus favorables qu'au niveau national, **la région Languedoc-Roussillon se situe au 2e rang des régions métropolitaines** avec un taux de 8,91 décès périnatals pour 1 000 naissances sur la période 2008-2010.

La mortalité périnatale et ses composantes

*(**Taux de mortalité périnatale** : nombre d'enfants nés sans vie et d'enfants décédés avant d'avoir atteint 7 jours pour 1 000 naissances totales. Ce taux se décompose en mortinatalité et en mortalité néonatale précoce)*



*La hausse observée dans les années 2001-2002 correspond au changement de définition concernant les mort-nés (prise en compte à partir de 22 SA au lieu de 27 auparavant)

Insee-Fichiers d'Etat civil – Exploitation ORS L-R

Entre les années 1970 et 2000, la mortalité périnatale en région a fortement diminué mais restait toujours plus élevée qu'au niveau national. A partir des années 2000, une amélioration de la mortalité périnatale est observée en région. Aujourd'hui, la situation de la région en termes de mortalité périnatale est plus favorable qu'au niveau national.

Tableau 1 : Composantes de la mortalité périnatale en 2008-2010 (moyenne annuelle)

	Mortalité* périnatale	Mortinatalité*	Mortalité** néonatale précoce
Aude	**8,59**	7,27	1,32
Gard	**9,57**	8,74	0,83
Hérault	**8,21**	6,81	1,40
Lozère	**9,88**	9,01	0,87
PO	**9,69**	8,03	1,66
LR	**8,91**	**7,65**	**1,26**
FM	**12,26**	**10,63**	**1,63**

* Taux pour 1 000 naissances

** Taux pour 1 000 naissances vivantes

Insee-Fichiers d'Etat civil – Exploitation ORS L-R

Données lissées sur 3 ans

La région se situe au 2ème rang des régions métropolitaines pour le taux de mortalité périnatale. Elle a considérablement rattrapé son retard et cette évolution favorable semble se confirmer dans le temps et ceci depuis 7 ans.

Tableau 2 : Evolution du classement de la région parmi les 22 régions métropolitaines

	Mortalité périnatale	Morti-natalité	Mortalité néonatale précoce
1995-1997	**18**	21	8
1997-1999	**18**	20	2
1999-2001	**16**	15	8
2001-2003	**8**	10	2
2003-2005	**2**	5	2
2005-2007	**1**	3	3
2007-2009	**2**	2	5
2008 - 2010	**2**	2	3

Insee-Fichiers d'Etat civil – Exploitation ORS L-R

Note de lecture : Pour la mortinatalité, la région se situait à la 21ème place parmi les 22 régions métropolitaines en 1995-97, elle présentait une mortinatalité parmi les plus élevées.

La mortalité infantile et ses composantes

*(**Taux de mortalité infantile** : nombre d'enfants décédés avant l'âge d'un an pour 1 000 naissances vivantes. Le taux se décompose en mortalité néonatale et mortalité post néonatale).*

Sur la période 2008-2010, près de 120 enfants sont décédés en moyenne chaque année en Languedoc-Roussillon au cours de leur première année de vie. Comme au niveau national, la mortalité infantile régionale a été divisée par 3 en 30 ans pour arriver à moins de 4 décès (3,96) pour 1 000 naissances. On observe ainsi que :

- la région présente un taux de mortalité infantile supérieur à celui du niveau national en raison d'un taux de mortalité post-néonatale plus élevé que la moyenne nationale ;
- elle se situe parmi les dernières régions métropolitaines en termes de mortalité infantile.

Les éléments explicatifs de ce décalage ne sont pas encore bien connus. Les premiers éléments d'une étude menée par le CREAI-ORS LR sur la période 2007–2009 ont permis d'identifier 3 causes responsables de 80% de la mortalité infantile.

- Les affections en lien avec la période périnatale (54 %).
- Les malformations congénitales et anomalies chromosomiques (19 %).
- Le syndrome de la mort subite du nourrisson (9 %).

Tableau 3 : Composantes de la mortalité infantile en 2007-2009 (moyenne annuelle)

	Mortalité* Infantile	Mortalité* néonatale	Mortalité* post-néonatale
Aude	**3,00**	1,68	1,32
Gard	**3,48**	1,82	1,66
Hérault	**4,37**	2,81	1,56
Lozère	**2,60**	1,73	0,87
PO	**4,70**	2,90	1,80
LR	**3,96**	**2,38**	**1,58**
FM	**3,53**	**2,37**	**1,16**

Insee-Fichiers d'Etat civil – Exploitation ORS L-R Données lissées sur 3 ans

Tableau 4 : Evolution du classement de la région parmi les 22 régions métropolitaines

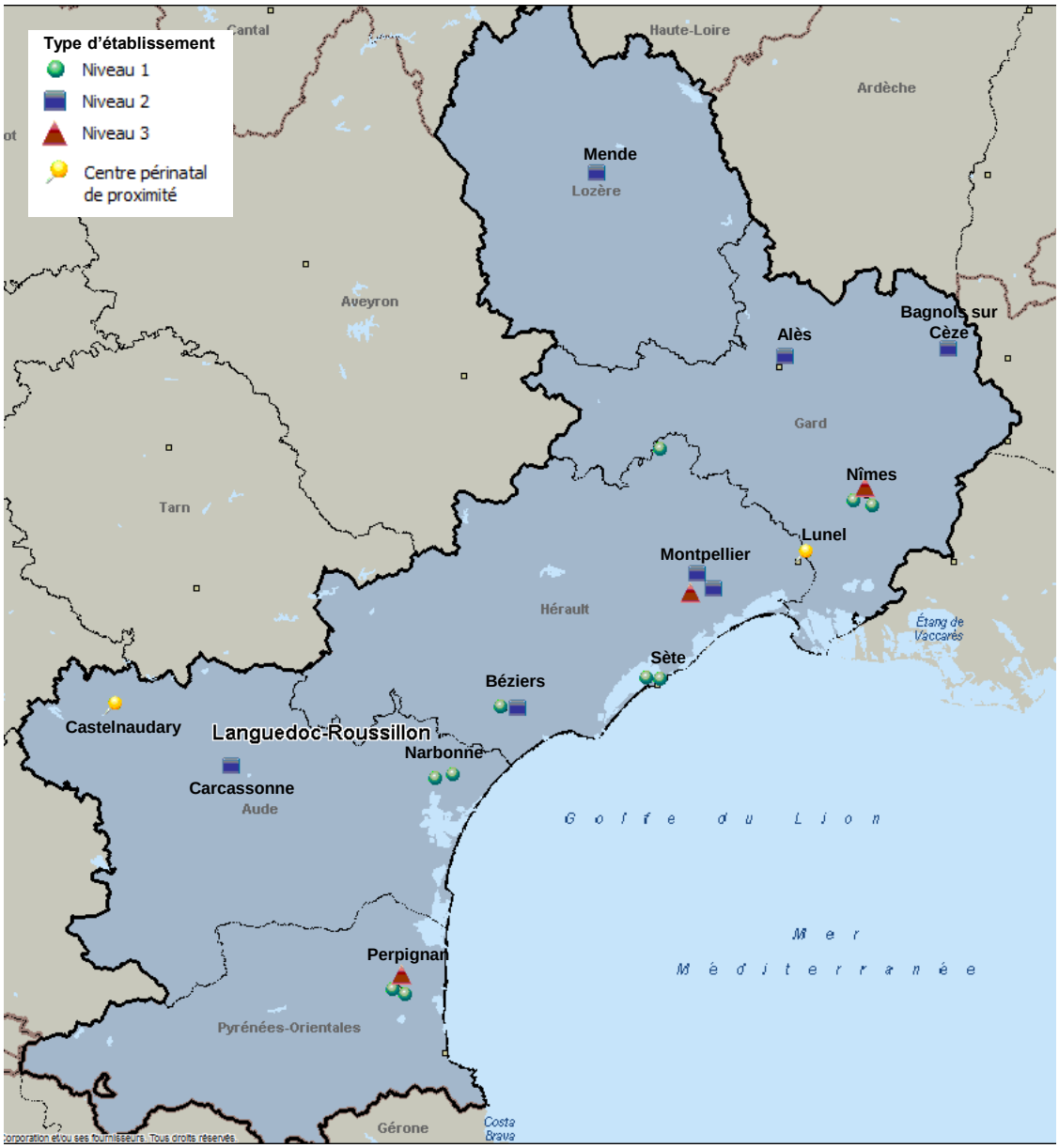
	Mortalité infantile	Mortalité néonatale	Mortalité post-néonatale
1995-1997	**19**	19	14
1997-1999	**17**	16	19
1999-2001	**18**	17	15
2001-2003	**4**	2	15
2003-2005	**9**	3	20
2005-2007	**12**	2	19
2007-2009	**18**	10	22
2008-2010	**19**	13	21

Note de lecture : Pour la mortalité infantile, la région se situait à la 19ème place parmi les 22 régions métropolitaines en 1995-97, elle présentait un taux de mortalité infantile parmi les plus élevés. Insee-Fichiers d'Etat civil – Exploitation ORS L-R

Les maternités

⇨ En 2012, 20 maternités publiques ou privées et 2 centres périnatals de proximité étaient implantés dans la région Languedoc-Roussillon.

Carte 1 : Les maternités en région Languedoc-Roussillon



La situation favorable en région est le résultat d'une politique active. Elle a permis une meilleure prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés, basée principalement sur l'amélioration de la collaboration entre les professionnels de la naissance d'une part, et entre les établissements d'autre part.

De plus, le travail mené par la commission régionale de la naissance en impulsant la création d'un réseau périnatal régional, le réseau « Naître et Grandir en Languedoc-Roussillon » et les efforts considérables de l'ensemble des professionnels de santé dans le domaine de la périnatalité y ont largement contribué.

III. Organisation de l'association Naître et Grandir en Languedoc-Roussillon, support juridique des réseaux d'amont Naître en LR et d'aval Grandir en LR

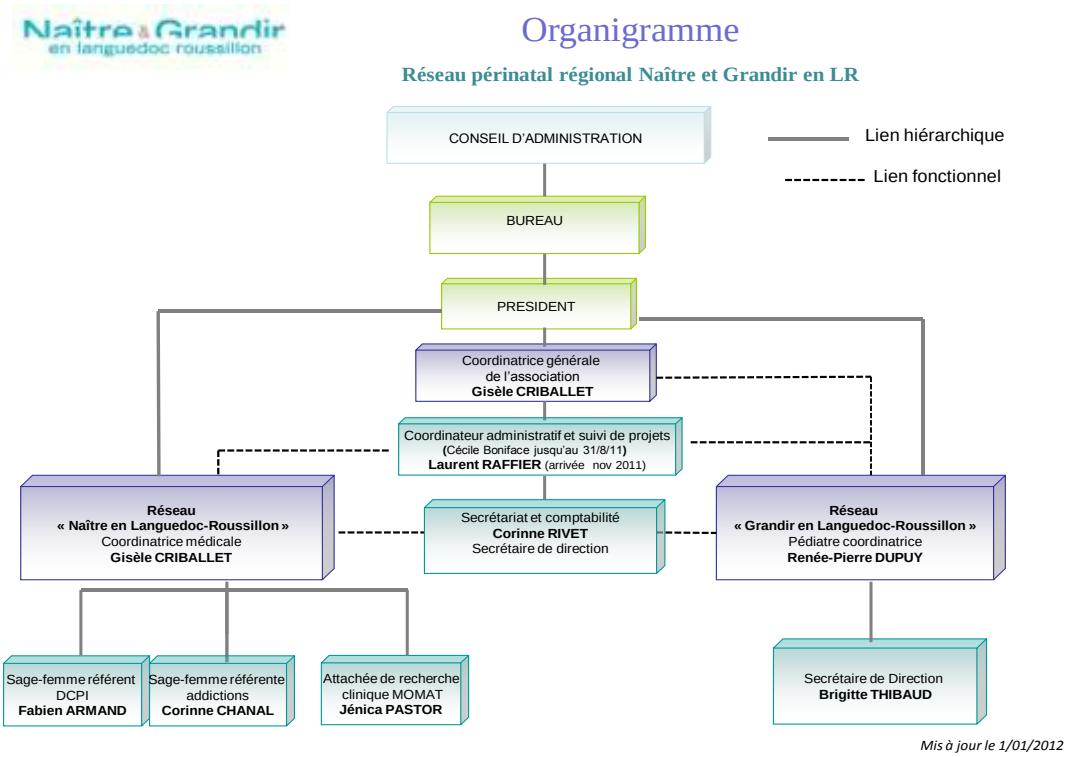
Les réseaux NLR et GLR s'appuient comme support juridique, sur une association loi 1901 dénommée « Naître et Grandir en Languedoc-Roussillon». En 2011 une réorganisation interne a été accompagnée par un audit interne mené par Mme Linck du cabinet de consultant ALIDORO. L'implication des membres du bureau de l'association et des salariés a permis un travail important sur le fond du fonctionnement et la structuration de l'association.

L'organigramme de l'association a été retravaillé ainsi que les missions de chaque salarié ou mis à disposition de l'association NGLR participant à l'équipe de coordination des deux réseaux. Un règlement intérieur a été rédigé.

Le fonctionnement de NGLR a été assuré en 2012 par :

- ***un conseil d'administration*** : composé de tous les représentants de la périnatalité dans la région qui a élu :
  - **un bureau** composé de 6 personnes qui a élu :
    - ***une présidente : Laurence Cassé ;***
- ***Une cellule de coordination*** composée de ***:***
  - 5 salariés en CDI : 1 ETP de coordinatrice générale de NGLR et médicale du réseau Naître en LR, 1 ETP de coordinateur administratif et suivi de projet, 1 ETP d'attachée de recherche clinique et 2 ETP d'assistante de direction ;
  - 1 ETP pédiatre coordinatrice médicale du réseau Grandir en LR, mis à disposition du réseau par le CHU de Nîmes ;
  - 1 ETP de sage-femme mise à disposition du réseau par l'Hôpital d'Alès pour la promotion et le déploiement du DPCI auprès des établissements et des professionnels de la périnatalité du LR ;
  - 1 ETP de puéricultrice mise à disposition du réseau dans le cadre du suivi des nouveau-nés vulnérables. L'ETP est également réparti sur les 3 établissements de type 3 de la région : le CHU de Montpellier, le CHU de Nîmes et le CH de Perpignan ;
  - 30 % ETP sage-femme addictologue mise à disposition du réseau par le CHU de Montpellier pour le projet « Périnatalité et addictions » ;
  - 20 % ETP consultante en lactation exerçant en indépendant pour le projet de « Promotion de l'allaitement maternel ».

Figure 1 : Organigramme de l'association Naître et Grandir en Languedoc-Roussillon



Le réseau est géré par un Conseil d'administration composé de 29 membres (dont 8 suppléants), dont 7 sont des représentants du secteur privé. Une partie des membres du CA voyant leur mandat arrivé à échéance en 2012, ces derniers ont été renouvelés à l'occasion d'élections qui se sont tenues en mai 2011.

Tableau 5 : Les membres du CA suite aux élections de Mai 2011

COLLEGE	TITULAIRE	SUPPLEANT
Echographistes ou radiologues	FAURE Jean-Michel	LEGAC Marie-Pascale
Puéricultrices	ALLEGRE-DIAZ Françoise	
2 Représentants de la FHP	LAURIN-ROURE Catherine JULIEN Claude	BENAZECH Paul
Chirurgiens pédiatriques	CAPTIER Guillaume	
Gynécologues obstétriciens	FORGET Séverine	GROSSET Bertrand
Représentant d'Institution de formation professionnelle	COURTIN Valérie	LECOINTE Véronique
Sages-femmes	CASSÉ Laurence	FERRER Manuel
Représentant d'associations d'usagers	AULOMBARD Roger- Louis	
Transporteurs	GIRAUD Isabelle	

COLLEGE	TITULAIRE	SUPPLEANT
Représentant d'un Centre Hospitalier Général	Directeur CH de MENDE	Directeur CH d' ALES
Représentant d'un Centre Hospitalier Universitaire	BOULOT Pierre	
Pédiatres	PLAN Odile	MASRI Christian/ SAUCA Bénédicte
Représentant d'un réseau périnatal de proximité	RESEDA	
Médecins généralistes	DUNAND Thierry	
Anesthésistes réanimateurs	MORAU Estelle	SLETH Jean-Christian
Conseils Généraux 11-30-34-48-66	BLARD Hélène (CG 30)	Autres départements
Psychiatre ou psychologue	ROY Joël	
Représentant d'un CAMSP	DAUDÉ Hubert	
Neurophysiologistes	GAGNARD LANDRA Corinne	BRIERE Caroline
Travailleur social	REYROLLE Marc	

A la suite de l'élection du Conseil d'administration, une nouvelle élection du bureau a eu lieu le 19 septembre 2012 qui a amené une modification dans sa composition.

Tableau 6 : Les membres du bureau élus en Septembre 2012

Fonction	Nom Prénom	Public/Privé
Présidente	CASSE Laurence	Libérale
Vice-Présidente	LAURIN-ROURE Catherine	Privé
Trésoriere	ALLEGRE- DIAZ Françoise	Public
Trésorier adjoint	DUNAND Thierry	Libéral
Secrétaire	PLAN Odile	Public
Secrétaire-adjoint	DAUDE Hubert	Public

En 2012, une Assemblée générale ordinaire a été organisée, le Conseil d'administration s'est réuni 5 fois et le bureau s'est réuni 4 fois. Le détail de ces réunions est présenté dans le tableau ci-après.

Tableau 7 : Calendrier des réunions en 2011

Organe	Nbre de réunions	Date des réunions	Nombre total de participants	Thèmes des réunions
Assemblée générale	1	25 mai 2012	17 présents, 30 représentés	▪ **Rapport moral du Président** ▪ **Rapport financier du Trésorier** ▪ **Prévisionnel 2012** ▪ **Rapport du commissaire aux comptes** ▪ **Approbation des comptes 2011** ▪ **Montant des cotisations 2013** ▪ **Renouvellement des membres du Conseil d'Administration**
Conseil d'administration	4	27 janvier 2012	10 participants	▪ **Point sur le dépistage de la trisomie 21** ▪ **Modifications du règlement intérieur** ▪ **Point financier 2011 et budget prévisionnel 2012** ▪ **Préparation du rapport d'activité 2011** ▪ **Actions à évaluer en 2012** ▪ **Demande et renouvellement des financements** ▪ **Bilan de la journée d'hiver du réseau (13 Janvier 2012)** ▪ **Communication du réseau (Newsletter et site internet)** ▪ **Calendrier 2012 actions prévisionnelles (RMM et journées)** ▪ **Questions diverses**
		5 Avril 2012	8 participants	▪ **Bilan financier et arrêt des comptes 2011** ▪ **Approbation du bilan moral** ▪ **Demandes de financement 2012** ▪ **Organisation interne : règlement intérieur** ▪ **Organisation de la journée de printemps du réseau** ▪ **Communication du réseau (site internet, newsletter)** ▪ **Calendrier 2012** ▪ **Questions diverses**
		19 septembre 2012	13 participants	▪ **Résultats de l'élection de l'AG du 25 mai et élection du nouveau bureau** ▪ **Réorganisation des missions du CA et des comités scientifiques** ▪ **Point financier sur les actions en cours** ▪ **Préparation nouvelle demande de financement à l'ARS** ▪ **Calendrier 2012 : dates des prochaines réunions du CA, RMM et Journées** ▪ **Questions diverses**

Organe	Nbre de réunions	Date des réunions	Nombre total de participants	Thèmes des réunions
		11 décembre 2012	6 participants 3 invités	▪ **Composition des comités scientifiques** ▪ **Demande d'agrément Développement professionnel continu** ▪ **Organisation de la fin de l'étude MOMAT** ▪ **Point financier : simulation fin d'exercice 2012** ▪ **Préparation du RDV ARS du 12 décembre 2012** ▪ **Retour sur les entretiens annuels avec les salariés** ▪ **Questions diverses.**
Bureau	6	Concertations téléphoniques et par mail, réunions les 27 janvier, 17 février, 5 avril, 15 mai, 20 juin, 14 novembre, environ une réunion par mois avec la Présidente	Tous les membres	▪ **Vie associative : élections, organisation des réunions du CA et de l'AG** ▪ **Organisation interne du réseau : entretien avec les salariés** ▪ **Formation des salariés** ▪ **Suivi financier** ▪ **Relation avec l'ARS** ▪ **Organisation des réunions et manifestations** ▪ **Communication : site internet** ▪ **Point sur les actions du réseau d'amont NLR** ▪ **Point sur les actions du réseau d'aval GLR** ▪ **Calendrier actions et réunions 2012**

Le réseau « Naître en Languedoc-Roussillon »

I. Les objectifs du réseau « Naître en Languedoc-Roussillon »

I.1. Objectifs principaux

Conforme à la circulaire du 30 mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité, les objectifs principaux du réseau « Naître en Languedoc-Roussillon » sont :

- favoriser l'accès et la coordination des soins, la continuité de prise en charge des femmes enceintes en améliorant l'organisation des professionnels entre eux et avec les établissements, leurs compétences par des formations spécifiques, en coordonnant leurs actions périnatales et en leur permettant d'utiliser des outils de communication performants ;
- maintenir et améliorer les bons résultats obtenus en périnatalité dans la région Languedoc-Roussillon, grâce à ses actions , à la synergie des collaborations qu'il impulse entre les professionnels publics et libéraux et entre les établissements publics et privés et enfin, par ses relations avec les tutelles, décideurs et financeurs d'action de santé publique périnatale.

I.2. Priorités fixées

Les priorités engagées en 2012 au sein du réseau d'amont pour répondre à ces objectifs principaux ont été :

1- promouvoir et accompagner la mise en place du Dossier Commun Périnatal Informatisé dans les 20 maternités publiques et privées de notre région et dans les CPP ;
2- organiser plusieurs rencontres professionnelles sur l'analyse rétrospective de dossiers de mortalité et morbidité périnatale par des professionnels (RMM : Revue de morbidité et mortalité périnatale en réseau) ;
3- élaborer, actualiser et diffuser des référentiels régionaux de soins périnatals dans les domaines de l'obstétrique, de la psychologie périnatale, de l'allaitement et des addictions en périnatalité ;
4- Former et informer les professionnels de la naissance de notre région de chaque nouveauté et progrès pour leurs pratiques ;
5- conduire une étude sur la morbidité maternelle dans la région ;
6- participer à l'organisation du dépistage de la Trisomie 21 au 1er trimestre de la grossesse ;
7- promouvoir l'allaitement maternel ;
8- poursuivre le programme régional de prévention des addictions en périnatalité et expérimenter un auto-questionnaire de repérage dans les maternités publiques de la région ;
9- animer un groupe de travail régional des cadres de maternité afin d'échanger sur les outils de management et les projets menés dans les maternités de la région.

I.3. Financement

- Le réseau « Naître en Languedoc-Roussillon » a été agréé par l'URCAM/ARH en 2004 et financé par la DRDR (Dotation Régionale de Développement des Réseaux de santé) puis par le FIQCS jusqu'à fin 2011 et par le FIR depuis 2012, pour 4 objectifs opérationnels.
    - ⇨ *Promotion de l'utilisation et accompagnement à la mise en place du DCPI.*
    - ⇨ *Analyse rétrospective de dossiers de mortalité et morbidité périnatale.*
    - ⇨ *Elaboration, actualisation et diffusion de référentiels de soins périnatals.*
    - ⇨ *Actions de formation médicale.*
- Le réseau est également financé par le FIQCS, sur les années 2011-2012, pour mener une étude régionale sur la morbidité maternelle.
- Le réseau a reçu des réponses positives à l'appel à projet prévention de l'ARS en 2011 et a obtenu des financements complémentaires pour :
    - ⇨ *poursuivre le programme régional de prévention des addictions en périnatalité ;*
    - ⇨ *assurer la promotion de l'allaitement maternel.*

- Le réseau a reçu une réponse positive à l'appel à projet du Ministère de la santé « Prévention des risques liés à la sexualité et aux addictions chez les femmes » en 2011 et a obtenu des financements pour :
  - ⇨ *augmenter le repérage précoce des femmes enceintes ayant des conduites addictives.*
- Les laboratoires suivants ont occasionnellement apporté leur soutien au réseau « Naître en Languedoc-Roussillon ». L'association Naître et grandir en Languedoc-Roussillon (bureau et conseil d'administration) veille à ce que ce soutien ne donne pas lieu à conflit d'intérêt.
  - *Mama NANA.*
  - *GEMS Ultrasound.*
  - *SAURAMPS MEDICAL.*
  - *LABORATOIRE CHIESI.*
  - *LABORATOIRE GEMS.*

II. Organisation du réseau « Naître en Languedoc-Roussillon »

Le réseau s'appuie sur un support juridique, une association loi 1901 dénommée « Naître et Grandir en Languedoc-Roussillon».

Sa promotion et son fonctionnement ont été assurés en 2012 par :

- ⇨ ***un comité de pilotage*** : une présidente (Laurence Cassé) et un conseil d'administration composé de tous les représentants de la périnatalité dans la région (25 personnes) ;
- ⇨ ***un comité scientifique*** composé des référents des groupes de travail, des experts de la région et des membres du CA volontaires ;
- ⇨ ***une cellule de coordination*** :
  - 4 salariés : 1 ETP de coordinatrice médicale, 0.5 ETP de coordinateur administratif et suivi de projet, 1 ETP d'attachée de recherche clinique (MOMAT), et 1 ETP de secrétaire de direction ;
  - 1 ETP sage-femme mise à disposition du réseau par l'Hôpital d'Alès pour la promotion du DPCI auprès des établissements et des professionnels de la périnatalité du LR
  - 0.3% ETP sage-femme addictologue mise à disposition du réseau par le CHU de Montpellier pour le projet « Périnatalité et addictions » ;
  - Une consultante en lactation exerçant en indépendant pour le projet de « Promotion de l'allaitement maternel ».

II.1. Le comité de pilotage

Le comité de pilotage du réseau est composé des membres du Conseil d'administration élus pour 3 ans renouvelables 2 fois (Cf. III ci-dessus).

II.2. Le comité scientifique du réseau « Naître en Languedoc-Roussillon »

En 2012, le réseau a fait le constat que le comité scientifique qui avait été créé lors de la mise en place des premières revues de morbidité et de mortalité ne s'était pas réuni depuis 2010 et qu'une partie de ses missions avaient été assurées depuis par le conseil d'administration. Ce dernier a donc décidé de renouveler la composition du comité scientifique et de redéfinir ces missions.

Les missions du comité scientifique ont donc été redéfinies à la suite du Conseil d'administration du 19 septembre 2012 comme suit :

1. contribuer à la réflexion sur la réalisation des missions du réseau en proposant des actions au Conseil d'administration ;
2. établir le programme scientifique des journées du réseau, des formations et des revues de morbidité mortalité ;
3. superviser l'élaboration des protocoles en identifiant ceux à rédiger ou à mettre à jour, en coordonnant les groupes de travail thématiques et en validant le contenu des protocoles ;
4. appuyer le bureau et la cellule de coordination dans la mise en œuvre des actions ;
5. contrôler la qualité des productions et des actions du réseau (ex : protocoles, programmes de formation, études, etc.) ;
6. impulser une dynamique de publication et de diffusion des productions du réseau ;
7. veiller à l'absence de conflit d'intérêt dans les actions du réseau *via* la création d'une sous-commission dédiée à ce travail.

Afin de renouveler la composition du comité scientifique, un appel à candidature a été lancé à tous les adhérents au réseau le 2 Octobre 2012. Toutes les candidatures ont été retenues et une liste de 38 membres a été établie (Cf. ci-après) qui respectent à la fois la diversité des professions, des territoires et des modes d'exercices des professionnels de la périnatalité. Enfin, une première réunion de travail du comité a été organisée le 11 décembre 2012.

Tableau 8 : Liste des membres du comité scientifique

NOM Prénom	Profession	Lieu d'exercice
ANDRE Bérengère	Sage-femme	CH Bagnols sur Cèze
BADR Maliha	Pédiatre	CHRU Montpellier
BAUMLER Marcel	Gynéco-obstétricien	libéral Montpellier
BEGLER Julia	Gynéco-obstétricien	Clinique Kennedy libérale
BENITO-CASTRO Fernando	Pédiatre	CHU Nîmes
BERNAUD-LAFONT Pauline	Sage-femme	CH Narbonne
BLARD Hélène	Sage-femme cadre	PMI 30
BOUDIAF Michel	Pédiatre	PMI Aude
BOULOT Pierre	Gynéco-obstétricien	CHRU Montpellier
CAPTIER Guillaume	Chirurgien pédiatrique	CHRU Montpellier
CASSÉ Laurence	Sage-femme	libérale
CHANAL Corinne	Sage-femme addiction	CHRU Montpellier
COHEN Maurice	Gynécologue-Obstétricien	Libéral Alès
COLLON Marie-Christine	Sage-femme cadre	Clinique St Thérèse Sète
DI MAIO Massimo	Pédiatre	CHU Nîmes
DUNAND Thierry	Médecin généraliste	libéral Béziers
DUPUY Renée-Pierre	Pédiatre	Réseau NGLR
FORGET Severine	Gynéco-obstétricien	CH Perpignan
FORT Béatrice	Anesthésiste	CH Béziers
GALLAND Pascal	Addictologue	CH Béziers
GIRAUD Isabelle	Transporteur	SAMU 34
GROSSET Bertrand	Gynéco-obstétricien	CH Carcassonne
GUITTON Sébastien	Sage-femme échographiste	CH de Béziers
KALHIL Nada	Gynéco-obstétricien	Libérale Clinique Champeau
LAURENT Stéphanie	Sage-femme	CHU Nîmes
MARIE Eric Manvieu	Gynéco-obstétricien	CH Narbonne
MARTINEZ Mathieu	Sage-femme	Montpellier Conseil de l'ordre des SF
MASSON Guy	Gynéco-obstétricien	retraité
MILESI Christophe	Pédiatre	CHRU Montpellier
MORAU Estelle	Anesthésiste réanimateur	CHRU Montpellier
REYROLE Marc	Travailleur social	maison maternelle
ROQUEFEUIL Sophie	Sage-femme	CH Perpignan
ROY Joël	Pédopsychiatre	CHU Nîmes / AFREE
SAUCA Bénédicte	Pédiatre	CH Perpignan
SLETH Jean-Christian	Anesthésiste réanimateur	libéral Clinique St Roch
TORRALBA Dominique	Sage-femme	libérale CATLLAR (PO)
WERNET Anne	Anesthésiste réanimateur	CH Perpignan
ZIMMERMANN Rachel	Sage-femme cadre	CH Alès

II.3. La cellule de coordination du réseau « Naître en Languedoc-Roussillon »

La cellule de coordination est composée de 6 personnes dont 4 sont salariées de l'association et 2 mis à disposition par des Centres Hospitaliers.

Tableau 9 : Effectifs de l'équipe de coordination du réseau Naître en Languedoc-Roussillon en 2011

Libellé du poste	% ETP financé	Date d'embauche	Statut	Noms
Coordinatrice médicale	100 %	07/01/2005	Salariée CDI	**Gisèle CRIBALLET**
Coordinateur administratif (Mutualisation avec le réseau d'aval)	0.5 %	7/11/2011	Salarié CDI	**Laurent RAFFIER**
Secrétaire de direction	100 %	23/08/2010	Salariée CDI	**Corinne RIVET**
Sage-femme pour la promotion du DPCI auprès des établissements et des professionnels de la périnatalité du LR	100 %	01/03/2007	Mise à disposition par le Centre Hospitalier d'Alès	**Fabien ARMAND**
Attaché de recherche clinique pour le projet Morbidité maternelle	50 % jusqu'au 1/03/2011 100 % ensuite	1/11/2010	Salariée CDI	**Jenica PASTOR**
Sage-femme référente « Périnatalité et Addictions »	*30 %* ***(Financement ARS Prévention)***	*1/09/2008*	*Mise à disposition par le CHU de Montpellier*	***Corinne CHANAL***

III. Les adhérents du réseau « Naître en Languedoc-Roussillon »

III.1. Nombre d'adhérents

Rappel : il existe 2 façons de participer et d'adhérer au réseau :

➢ **Adhésion au réseau périnatal**

- Les adhérents du réseau sont tous signataires de la charte constitutive du réseau périnatal de la région Languedoc-Roussillon.
  L'adhésion est gratuite et pérenne (sauf démission ou exclusion).

1387 professionnels adhérents au réseau

- 20 maternités des secteurs public/privé
- 2 centres périnatals de proximité
- Les 5 Conseils généraux de la région

Tous signataires
de la charte constitutive du réseau

Ils doivent à ce titre en respecter les engagements dont les principaux sont :

- l'utilisation d'un dossier commun partagé ;
- la mise à jour régulière des connaissances dans le champ de la périnatalité ;
- la reprise de cas difficiles de mortalité ou morbidité materno-fœtale ;
- l'utilisation de référentiels actualisés.

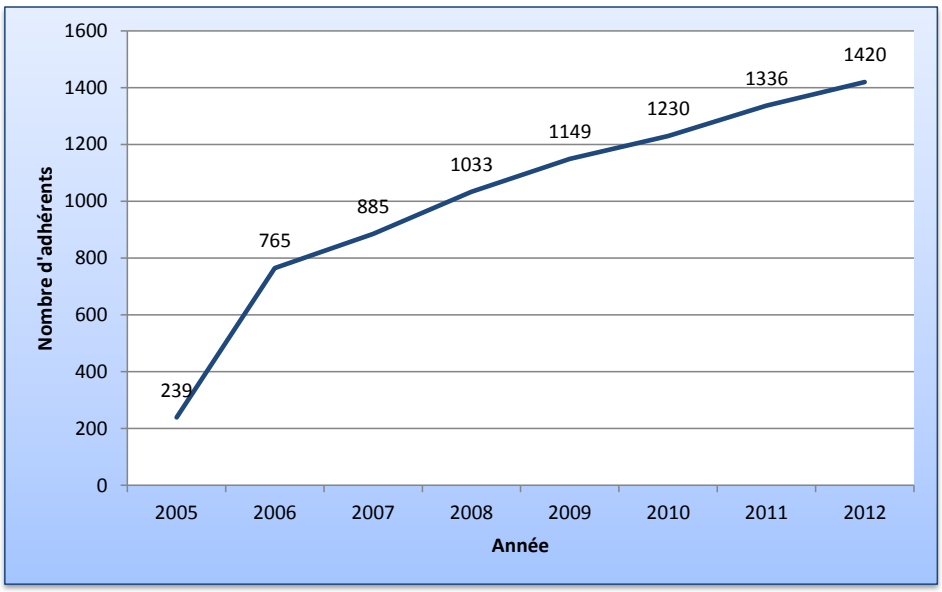
➢ **Adhésion à l'Association « Naître et Grandir en Languedoc Roussillon »**

- Tous les adhérents du réseau périnatal peuvent également être membres de l'association du réseau périnatal, s'ils souhaitent participer à la vie administrative de l'association : assemblée générale, vote, candidature au conseil d'administration.
- Pour cela, ils doivent être à jour de la cotisation annuelle dont le montant est voté en Assemblée Générale Ordinaire (25 € en 2011 pour les personnes physiques, 100 € pour les personnes morales).
- En 2012, 101 membres du réseau sont également membres cotisant à l'association « Naître et Grandir en Languedoc Roussillon ».

III.2. Evolution des adhésions

Le nombre d'adhésions au réseau a été multiplié par plus de 6 en sept ans. Il est passé de **239** adhérents au 31 décembre 2005 à **1420** au 31 décembre 2012 : 33 personnes morales à jour de cotisation et 1387 personnes physiques ayant signé la charte. Depuis 2009, le nombre de personnes physiques adhérentes augmente en moyenne chaque année d'environ 8 %.

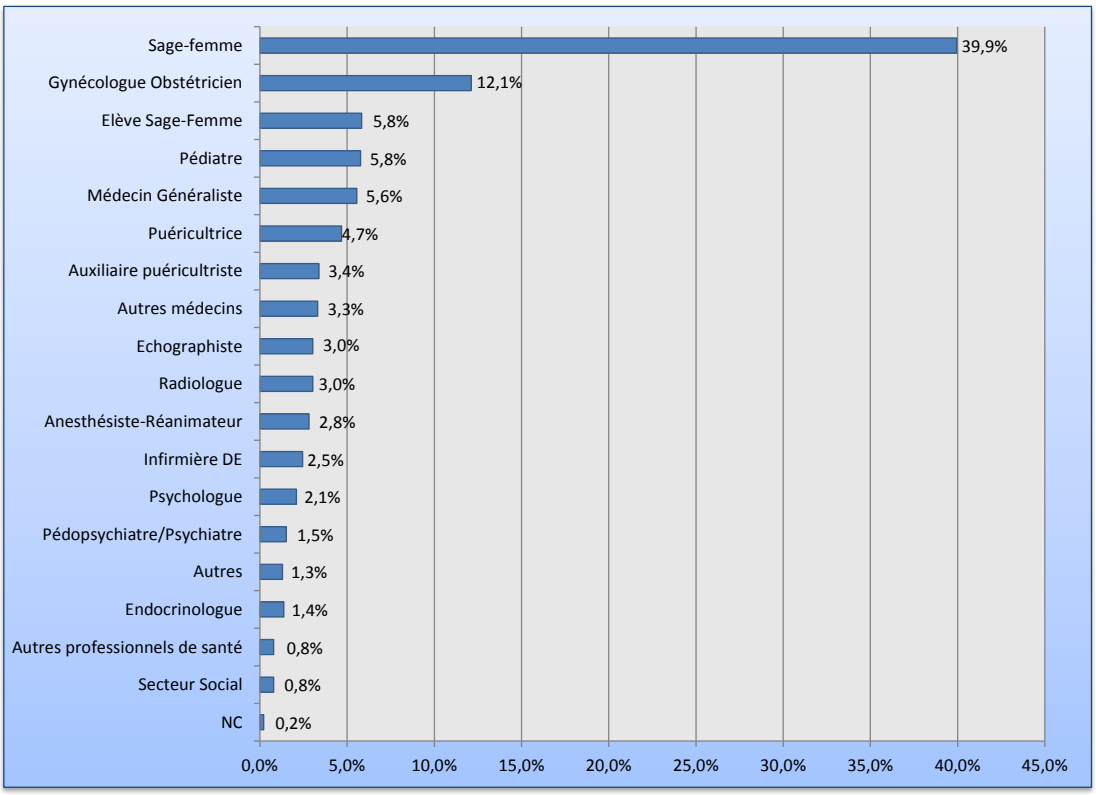
Graphique 3 : Evolution du nombre d'adhérents 2005 – 2012



III.3. Les professionnels adhérents du réseau à titre individuel

Le Graphique 4 ci-dessous montre à la fois que les adhérents au réseau sont composés pour plus de moitié de Gynécologues-obstétriciens et de Sages-femmes et que toutes les professions de la périnatalité dans leur grande diversité sont représentées au sein du réseau.

Graphique 4 : Professions des adhérents au 31 décembre 2012[1]



[1] Autres médecins : Gynécologue Médical, Chirurgien pédiatrique, Médecin Addictologue, Interne, Médecin de santé publique, Neurophysiologiste, Gastroentérologue, Chirurgien sénologue, Médecin de Crèche, Médecin Urgentiste, Neurologue
Autres professionnels de santé : Aide-Soignante, Cadre de Santé, Consultante en lactation, Coordinatrice de consultations, Pharmacienne
Autres : Biologiste, Tabacologue, Diabétologue, Kinésithérapeute, Orthophoniste, Enseignant

Tableau 10 : Adhérents par profession et mode d'exercice au 31 décembre 2012

Mode d'exercice		Libéraux		Hospitaliers		Salariés privés		Mixte		Conseil Général / PMI		Retraités		NC	
Professions	**Total**	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Anesthésiste-Réanimateur	**39**	8	21%	30	77%							1	3%		
Echographiste	**42**	34	81%	5	12%			3	7%						
Endocrinologue	**19**	11	58%	7	37%			1	5%						
Gynécologue Obstétricien	**168**	93	55%	57	34%	4	2%	11	7%	1	1%	1	1%	1	1%
Médecin Généraliste	**77**	65	84%	2	3%	2	3%	1	1%	7	9%				
Pédopsychiatre/ Psychiatre	**21**	7	33%	9	43%	4	19%	1	5%						
Pédiatre	**80**	32	40%	37	46%	2	3%	5	6%	3	4%			1	1%
Radiologue	**42**	37	88%	4	10%									1	2%
Autres médecins[2]	**46**	10	22%	26	57%	3	7%	6	13%	1	2%				
Total Médecins	***534***	*297*	*56%*	*177*	*33%*	*15*	*3%*	*28*	*5%*	*12*	*2%*	*2*	*0,4%*	*3*	*0,6%*
Sage-femme	**554**	131	24%	268	48%	97	18%	22	4%	33	6%	1	0%	2	0%
Elève Sage-Femme	**81**			70	86%									11	14%
Infirmière DE	**34**			17	50%	9	26%			6	18%			2	6%
Psychologue	**29**	6	21%	13	45%	6	21%	2	7%	2	7%				
Puéricultrice	**65**	1	2%	32	49%	14	22%			14	22%	1	2%	3	5%
Auxiliaire puéricultriste	**47**			14	30%	32	68%			1	2%				
Autres professionnels de santé[3]	**11**	1	9%	6	55%	1	9%							3	27%
Secteur Social	**11**			4	36%	5	45%			1	9%			1	9%
Autres[4]	**18**	13	72%	3	17%			1	6%			1	6%		
Non-communiqué	**3**					1	33%							2	67%
Total	**1387**	**449**	**32%**	**604**	**44%**	**180**	**13%**	**53**	**4%**	**69**	**5%**	**5**	**0%**	**27**	**2%**

Le réseau compte donc parmi ses adhérents :

- 534 médecins (toutes spécialités confondues) ;
- 554 sages-femmes soit 64 % des SF exerçant dans la région[5] ;
- 168 gynécologues-obstétricien soit 79 % des GO exerçant dans la région ;
- 80 Pédiatres soit 30 % des pédiatres exerçant dans la région.

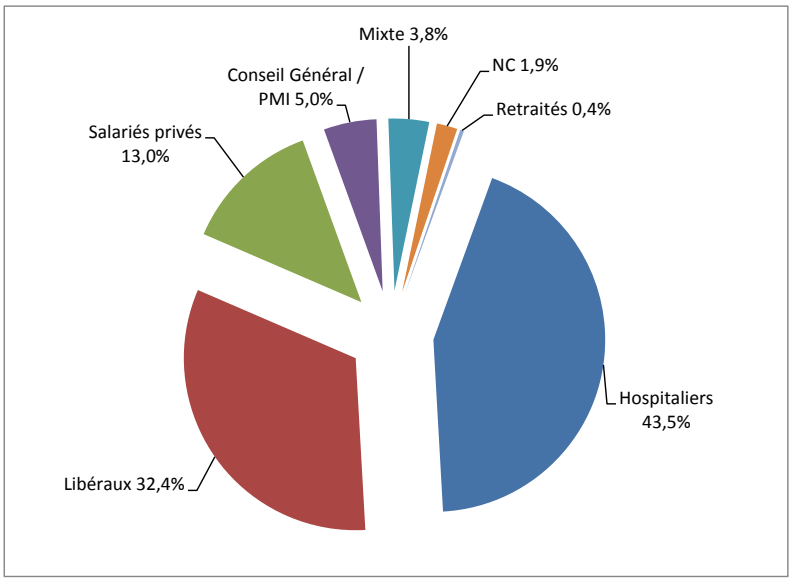
[2] Autres médecins : Gynécologue Médical, Chirurgien pédiatrique, Médecin Addictologue, Interne, Médecin de santé publique, Neurophysiologiste, Gastroentérologue, Chirurgien sénologue, Médecin de Crèche, Médecin Urgentiste, Neurologue

[3] Autres professionnels de santé : Aide-Soignante, Cadre de Santé, Consultante en lactation, Coordinatrice de consultations, Pharmacienne

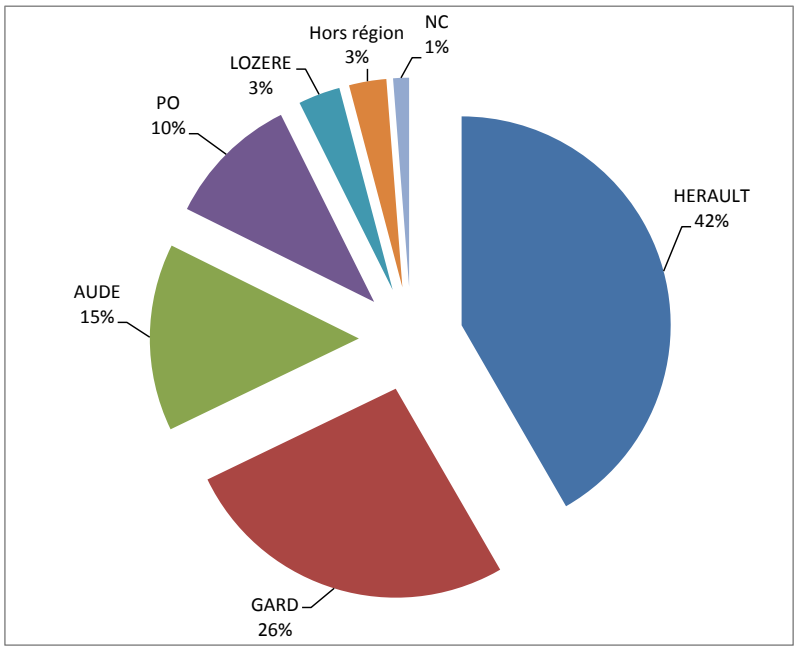
[4] Autres : Biologiste, Tabacologue, Diabétologue, Kinésithérapeute, Orthophoniste, Enseignant

[5] Source : Base STATISS au 01/01/2010, http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/apps/statiss/frames/frprof_sante.asp-prov=BJ-depar=BM.htm

Graphique 5 : Mode d'exercice des professionnels adhérents au 31 décembre 2012



Graphique 6 : Département d'exercice des professionnels adhérents au 31 décembre 2012



➢ **Implication des professionnels adhérents au sein du réseau**

L'implication des professionnels au sein du réseau se fait d'une part par l'information de leur appartenance au réseau de santé périnatal régional, dans les cabinets, les lieux de consultation et les maternités et d'autre part, à des degrés divers par :

- l'utilisation du DCPI pour toute nouvelle grossesse de gestante ;
- la participation à des revues de dossiers de mortalité et morbidité périnatale ;
- la participation aux réunions d'élaboration et de validation de référentiels ainsi que leur utilisation dans leur pratique ;
- la participation des professionnels aux réunions de formation médicales (échographie, addictions, entretien prénatal précoce, journées annuelles…..) ;
- la lutte contre le tabagisme au cours de la grossesse et les autres addictions (opiacés, alcool, psychotropes) ;
- la promotion de l'allaitement maternel ;
- leur participation au dépistage de la trisomie 21 ;
- leur participation à une étude régionale sur la morbidité maternelle.

Il y a deux niveaux d'implication des professionnels dans le réseau

- Ceux qui sont impliqués dans la vie, l'animation et l'organisation du réseau de par leur appartenance au comité de pilotage, conseil d'administration et comité scientifique.
- Et ceux qui sont de simples adhérents au réseau et qui en reçoivent la formation, l'information ou en utilisent des outils de communication, dans un but d'améliorer leurs compétences et leurs pratiques professionnelles.

III.4. Les structures impliquées dans le réseau

33 structures sont à jour de cotisation au 31 décembre 2012 : 10 centres hospitaliers, 10 cliniques privées, 5 conseils généraux, 1 ordre professionnel départemental, 5 associations et 2 CAMSP. 7 de ces structures sont particulièrement impliquées au sein de l'association en tant que membres titulaires du Conseil d'administration.

Tableau 11 : Structures adhérentes du réseau au 31 décembre 2011

Département	Liste des structures	Nombre total
Maternités Publiques		
Aude	1. CH de Narbonne 2. CH Antoine Gayraud (Carcassonne)	**2**
Gard	3. CHU Caremeau (Nîmes) 4. CH d'Alès 5. CH Louis Pasteur (Bagnols-sur-Cèze)	**3**
Hérault	6. CH du Bassin de Thau 7. CH de Béziers 8. CHU Arnaud de Villeneuve (Montpellier)	**3**
Lozère	9. CH de Mende	**1**
P-O	10. 10. CH Saint Jean (Perpignan)	**1**
Maternités Privées		
Aude	11. Polyclinique Le Languedoc	**1**
Gard	12. Polyclinique Kennedy 13. Polyclinique Grand Sud	**2**
Hérault	14. Polyclinique Sainte-Thérèse (Sète) 15. Clinique Champeau (Bézier) 16. Clinique Saint Roch (Montpellier) 17. Clinique Clémentville (Montpellier) 18. Clinique Saint Louis (Ganges)	**5**
P-O	19. Clinique Saint Pierre (Perpignan) 20. Clinique Notre Dame d'Espérance (Perpignan)	**2**
Autres		
Aude	21. Conseil général de l'Aude, Direction PMI	**1**
Gard	22. Réseau de périnatalité du Bassin Alésien (RESEDA) 23. Conseil général du Gard, Direction PMI 24. Centre Départemental d'Accueil des familles 25. CAMSP d'Alès	**4**
Hérault	26. Ordre des sages-femmes de l'Hérault 27. Conseil général de l'Hérault, Direction PMI	**5**

Département	Liste des structures	Nombre total
	28. Groupe d'Etudes en Néonatalogie LR (GEN) 29. Association Abri Languedocien 30. Association de Formation et de Recherche sur l'Enfant et son Environnement (AFREE)	
Lozère	31. Conseil général de la Lozère, Direction PMI	**1**
P-O	32. Conseil général des Pyrénées-Orientales, Direction PMI 33. CAMSP des PO	**2**
Total		**33**

IV. Les missions du réseau « Naître en Languedoc-Roussillon » en 2011

Cette partie traite des missions du réseau telles qu'elles sont définies dans la convention de financement.

IV.1. Promotion et accompagnement à la mise en place du Dossier Commun Périnatal Informatisé (DCPI)

Tableau 12 : Synthèse des actions de promotion du DCPI

Finalité de l'action	
La mise en place du DCPI a pour principale finalité d'améliorer la prise en charge des patientes en favorisant la circulation et la qualité de l'information entre les professionnels de santé grâce à l'utilisation d'un outil commun de suivi des grossesses.	
Principales réalisations (indicateurs de suivi)	
Il s'agit principalement de coordonner le déploiement du DCPI via la formation des professionnels à son utilisation et le suivi technique du dossier. L'évolution technique du DCPI est tout particulièrement marquée cette année par le développement d'une nouvelle version du logiciel, développement dans lequel le réseau NLR a été très impliqué.	
Nombre de nouveaux utilisateurs formés	111
Nombre d'interventions sur site	64
Principaux résultats (indicateurs d'évaluation)	
Les données issues du DCPI permettent de définir des indicateurs de résultats en termes de : • déploiement de l'outil ; • régularité du suivi de grossesse ; • coordination des professionnels.	
<u>Déploiement :</u> Part des accouchements de la région saisis dans le DCPI **Part des accouchements saisis dans les établissements où le DCPI est implanté**	30 % 84 %
<u>Suivi de grossesse :</u> Âge gestationnel médian d'inclusion dans le DCPI **Nombre médian de consultations par grossesse**	17 SA 6
<u>Coordination :</u> Part des femmes incluses ayant fait au moins 1 passage dans 2 établissements différents utilisateurs du DCPI	16 %
Principales perspectives pour 2013	
○ Implantation dans 2 établissements publics : CH Alès, CH Perpignan. ○ Mise en place de la 2ème version du logiciel. ○ Amélioration de la qualité de remplissage du dossier et de son usage.	

IV.1.a. Contexte et historique

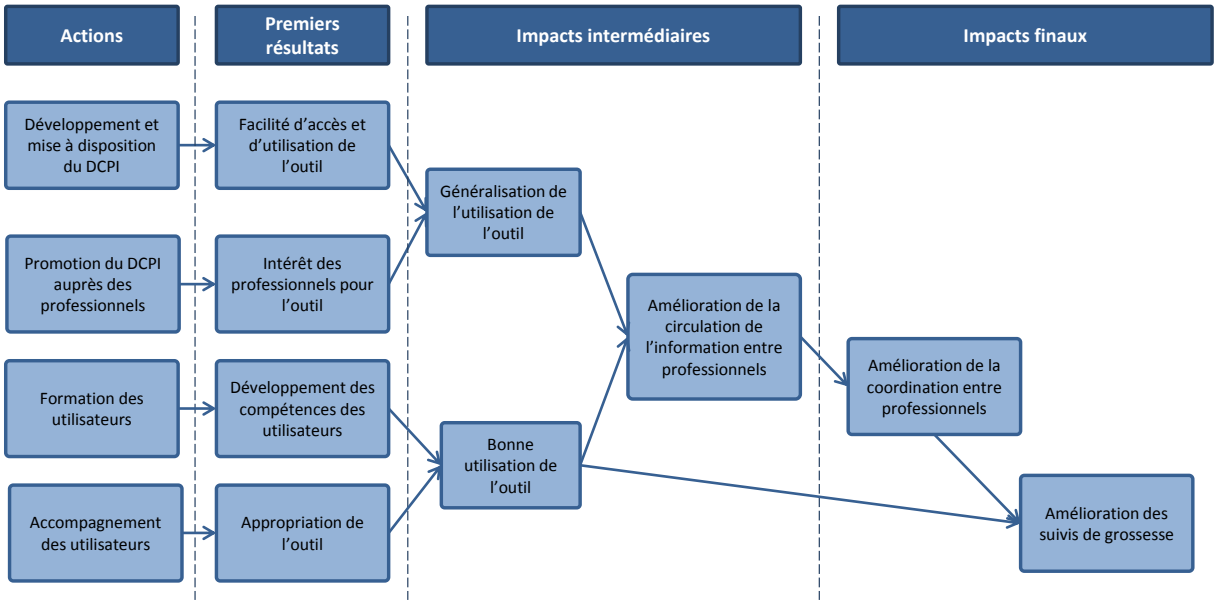
Le cahier des charges des réseaux périnatals stipule que ces derniers ont pour mission de développer un dossier commun sans que celui-ci soit nécessairement informatisé. Avant même la création du réseau, l'ARH et les professionnels de la périnatalité de la région ont fait le choix de développer un dossier informatisé. En France, seules 4 régions porté un tel projet. Le réseau périnatal a donc pour mission, dans le cadre de sa convention avec l'ARS, la promotion et l'accompagnement à la mise en place du Dossier commun périnatal informatisé auprès des professionnels de la région via des réunions, des formations et des interventions dans les maternités. De même, la charte du réseau NLR mentionne que les adhérents « s'engagent en outre à mettre en œuvre […] un dossier obstétrico-pédiatrique commun et un système d'information commun régional ».

Lors de la création du réseau périnatal en 2004, la solution informatisée n'était pas encore finalisée, le dossier commun a donc d'abord pris la forme d'un dossier papier. Puis, à partir de 2007 et la mise à disposition d'une solution informatique opérationnelle, la promotion de celle-ci a été effectuée par Fabien Armand, sage-femme et Gisèle Criballet, coordinatrice du réseau Naître en Languedoc-Roussillon et le président du réseau de l'époque Pierre Boulot.

IV.1.b. Finalité

La principale finalité du DCPI est de favoriser la circulation et la qualité de l'information relative au suivi de grossesse entre les professionnels de santé. En effet, un meilleur partage d'information entre les professionnels de la périnatalité contribue logiquement à une meilleure coordination et, *in fine*, à une amélioration du suivi des grossesses. La figure ci-dessous synthétise brièvement la logique d'action et les effets attendus de la mise en place et de la promotion du DCPI.

Figure 2 : Logigramme du DCPI



IV.1.c. Méthodologie et réalisations

Ce travail consiste essentiellement à déployer le DCPI par la formation et l'accompagnement des professionnels à son utilisation et le suivi des évolutions techniques du dossier. Pour une promotion efficace, une sage-femme avec de solides compétences en informatique est présente auprès des professionnels de terrain afin de trouver avec eux, de manière individuelle, la meilleure appropriation du dossier informatique et de vaincre ainsi la résistance à la suppression du support papier.

De plus, il peut mieux cerner les évolutions techniques nécessaires souhaitées par les professionnels de terrain utilisateurs du dossier pour plus d'ergonomie et aussi parce que certaines pratiques obstétricales ont évolué depuis 2003, date de la première conception du DCPI.

Actuellement l'implantation du DCPI dans les maternités de la région est largement dépendante, non de l'outil, mais de la volonté du chef de service et/ou de la direction de l'établissement et de son DIM.

Pour rappel, les réunions en décembre 2008 à l'ARH en présence des représentants des établissements et des fédérations d'hospitalisations publiques et privées ont ainsi mis en évidence la méconnaissance des contrats, des coûts de maintenance et d'hébergement, des fonctionnalités du DPCI, des règles de confidentialité, de la déclaration à la CNIL, jusqu'au travail d'élaboration des interfaces largement méconnu, bien qu'à ce jour inachevé, tout cela dû probablement au temps passé et à la faiblesse de la gouvernance et de la coordination du projet.

De fait, le projet n'avait plus de pilotage adéquat, avec 21 interlocuteurs rarement réunis, et dispersés face à l'entreprise SQLI. Il est apparu nécessaire qu'une unité apporte un pilotage efficient, lisible et afin de donner toute sa chance au projet. Pour cela, il a été décidé en décembre 2008, que cette structure support, qui pourrait être le réseau périnatal, soit chargée de piloter ce projet et de réunir dans une commission du réseau les 21 maternités. La réunion du 4 février 2009 à l'ARH a entériné ce projet. Le réseau NGLR est devenu l'association porteuse, rassemblant l'ensemble des établissements de la région et unique interlocuteur de la société SQLI.

Les missions qui ont été fixées sont les suivantes :

- accompagner la gestion administrative, technique et financière du DCPI ;
- redynamiser le projet et établir un bilan des évolutions techniques nécessaires (interfaces avec les logiciels métier, changements des serveurs, migration vers un nouvel hébergeur…).

➢ **Pilotage du projet**

Depuis janvier 2009 deux groupes de pilotage avec des représentants de chaque établissement se réunissent.

- Un groupe technique chargé des interfaces, des évolutions au quotidien et de sa maintenance.
- Un groupe juridique chargé de négocier les contrats.

Les établissements privés ont décidé en janvier 2011 que devant le manque d'avancement des interfaces avec les logiciels libéraux et la non utilisation du DCPI dans leurs établissements, ils se sont donc retirés du projet DCPI. Seules les cliniques St louis de Ganges et Ste Thérèse de Sète, qui utilisent le DCPI, restent dans le projet.

Au cours de l'année 2012, les groupes techniques et juridiques ne se sont pas réunis. En effet, la perspective de la mise en place du GCS e-santé LR devant assurer cette fonction de pilotage a rendu ces réunions moins pertinentes. Toutefois, le réseau a pris part activement aux évolutions concernant le GCS e-santé LR, l'espace numérique régional de santé (ENRS) et le DMP :

1. en participant à plusieurs réunions avec l'ARS :
    a. sur l'avenir du DCPI dans la perspective de la mise en place du DMP – Réunion du 27 mars au siège social de NGLR avec Denis Garcia, Chef de Projet Système d'information Santé à l'ARS, et Sandrine Côte de la Direction de l'Offre de Soins et de l'Autonomie à l'ARS ;
    b. présentation du DMP aux réseaux de santé de la région – Réunion du 13 juin à l'ARS ;
    c. sur la mise en place de l'ENRS - Réunion du 26 juin au siège social de NGLR avec Rémi Fromentin du cabinet IDATE mandaté par l'ARS.
2. avec la participation de la coordinatrice médicale du réseau à la réunion nationale du 8 juin organisée par l'ASIP à Paris sur le volet périnatal du DMP ;

3. en participant à l'assemblée générale constitutive du « GCS e-Santé LR» organisé le 20 novembre. A cette occasion, NGLR a été élu représentant titulaire des réseaux de santé au sein du comité restreint et pourra ainsi porté les enjeux du pilotage du DCPI devant cette instance.

➢ **Evolutions techniques du DCPI**

- Dématérialisation du CS8

La dématérialisation du CS8 n'est toujours pas mise en place car l'ASIP Santé a plusieurs fois changé le format du fichier que doivent recevoir les centres de PMI. La société GFI avec laquelle travaille la majorité des PMI de France et notamment celles de notre région est toujours en attente d'un format stable afin de finaliser les développements de l'interface de réception de ces documents et l'intégration des données dans leur logiciel.

- Interfaces avec les logiciels d'établissements

Beaucoup d'établissements publics sont en cours de changement de fournisseurs informatiques et la majorité d'entre eux a prévu dans leur projet l'interface avec le DCPI. Le réseau suit ces évolutions avec la plus grande attention.

Pour l'instant il n'existe aucun établissement ayant une interface patente avec le DCPI, le seul établissement ayant réussi une interface sur la création d'identité était le CHU de Montpellier qui est en train de changer son système de gestion médicale. Les centres hospitaliers de Narbonne et d'Alès, qui travaillent avec la société AGFA, doivent également travailler à la mise en place de cette interface.

- Interfaces avec les logiciels des libéraux

Le désengagement des établissements privés dans le projet du DCPI a mis en sommeil la réalisation d'interfaces avec les logiciels utilisés par les médecins libéraux. De plus le développement du DMP ainsi que la mise en place de l'ENRS avec le GCS e-santé LR risque de bouleverser le paysage informatique libéral. Il faudra sans doute attendre l'installation de ces projets pour essayer de relancer ces interfaces qui passeront peut être via le développement du DMP.

- Développement de la seconde version du DCPI

La mise en place des développements de la seconde version du DCPI devait commencer sur l'année 2012 mais les retards dans les calendriers de déploiement des différents modules du dossier de la Martinique ont décalé cette mise en œuvre. Nous avons participé à une séance de travail dans les bureaux de SQLI à Dijon au mois de mars 2012 afin de lister toutes les modifications nécessaires pour la mise en place de cette V2 dans la région. Suite à ce travail nous avons présenté la maquette de la nouvelle version du DCPI dans tous les établissements où il est utilisé en routine. Nous avons également présenté cette maquette aux centres hospitaliers d'Alès et de Perpignan qui attendent cette nouvelle version pour commencer l'utilisation du DCPI. Les développements n'ont débuté qu'à la fin de l'été. Des tests ont été faits sur la maquette avec le CHU de Montpellier et avec l'équipe médicale de l'hôpital d'Alès qui souhaitait s'impliquer au maximum dans cette nouvelle version. Les tests sur la version de développement ont débuté fin décembre 2012 et continueront avec Alès, Montpellier et Carcassonne début 2013. La livraison de cette nouvelle version devrait se faire au second trimestre 2013.

- Dossier de suivi des nouveau-nés vulnérables

A l'issue des réunions organisées en 2011, un accord informel avec SQLI avait été établi pour le développement de la dématérialisation du dossier de suivi des nouveau-nés vulnérables, chainé avec le DCPI maternel et néonatal. Toutefois, les problèmes de retard de paiement des factures d'hébergement et de maintenance du DCPI ont considérablement ralenti les négociations sur la réalisation de ce dossier. La société SQLI a ainsi refusé d'établir un devis pour ce développement

avant que ces paiements ne soient effectués. Ces problèmes étant en voie de résolution, il semble que la situation pourra se débloquer dans le courant du premier semestre 2013

- Envoi des données au réseau sentinelle « Audipog

Le réseau transmet toujours les données du DCPI pour tous les établissements qui utilisent le DCPI au réseau sentinelle Audipog afin d'enrichir la base de données nationale. Quelques difficultés techniques ont un peu retardé le retour des indicateurs aux maternités contributrices pour l'année 2011. Les données de l'année 2012 seront transmises dès le mois de janvier 2013 pour être traitées le plus rapidement possible.

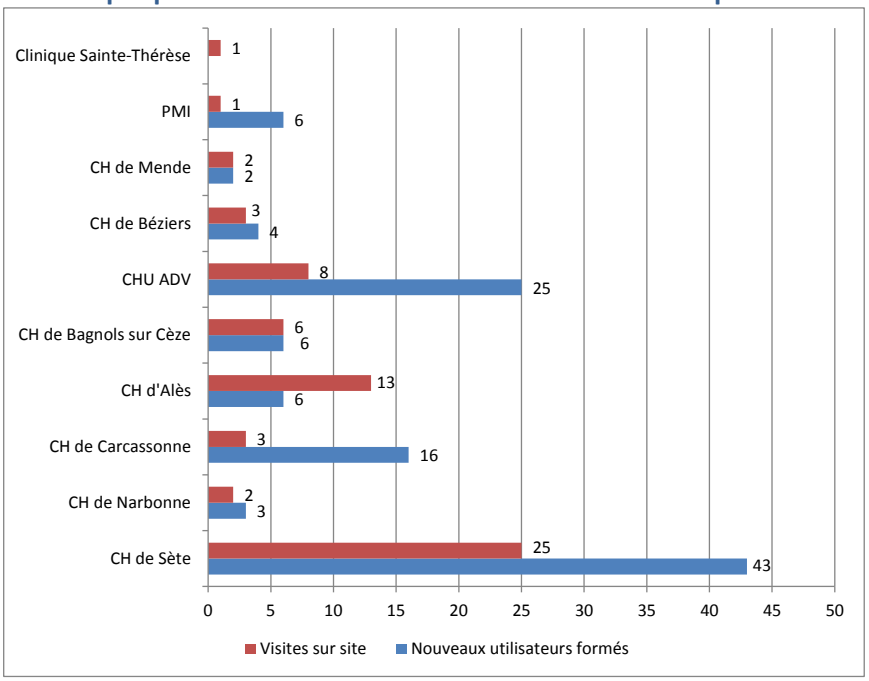
➢ **Actions de promotion du DCPI auprès des professionnels : Formation, accompagnement**

Le travail effectué par le sage-femme chargé de la promotion et de l'accompagnement à la mise en place du DCPI est retracé précisément établissement par établissement en ***annexe 1***.

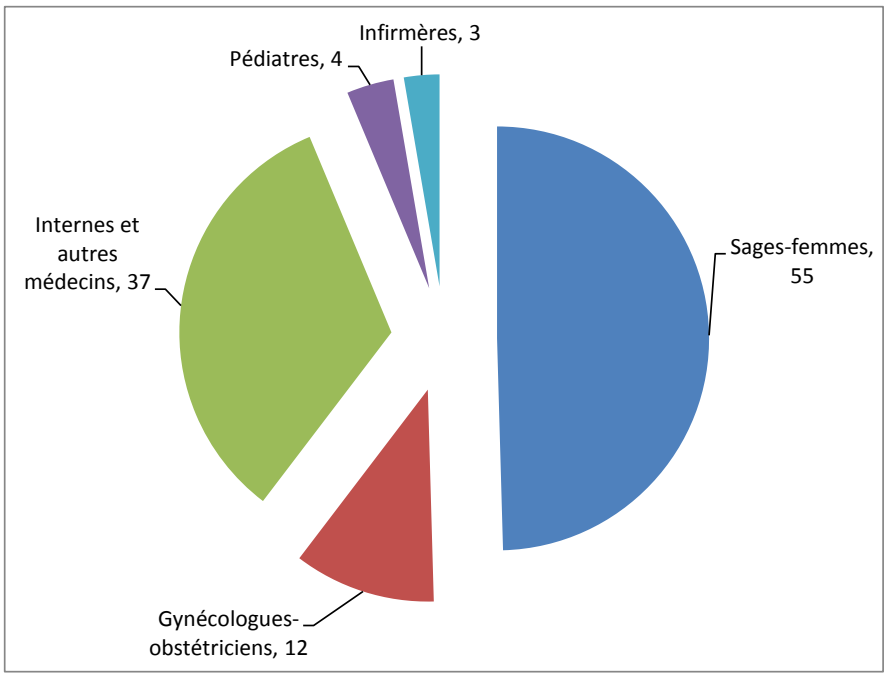
Les points les plus significatifs sont repris ci-après :

- au total, comme l'illustre les graphiques ci-dessous, 111 personnes ont été formées par le sage-femme référent au cours de 64 visites sur site ;
- la moitié des professionnels formés sont des sages-femmes, environ un tiers sont des internes et autres médecins et 10% sont des gynécologues-obstétriciens ;
- le travail de formation le plus important a eu lieu au CH de Sète où le dossier a été implanté cette année avec la formation de 43 professionnels dont 26 sages-femmes et 5 gynécologues ;
- le centre hospitalier d'Alès a stoppé l'utilisation du DCPI l'an dernier au mois de juin après quelques mois d'utilisation, la version actuelle du DCPI ne convenant pas. Ils ont toutefois décidé de s'impliquer dans le développement de la V2 afin qu'elle corresponde mieux à leurs attentes et qu'ils puissent s'y retrouver dans leur exercice quotidien (Cf. ci-dessus) ;
- pour les établissements qui utilisent le DCPI en routine depuis plusieurs années ainsi que les libéraux qui l'utilisent également au quotidien, le soutien se fait essentiellement par mail et par téléphone. Cela représente en moyenne 5 contacts tous les jours. Ce soutien se fait sous la forme de conseils de remplissage et d'utilisation, de fusions de dossiers doublons, corrections et fusions d'identités.

Graphique 7 : Visites et nombre d'utilisateurs formés par site



Graphique 8 : Nombre d'utilisateurs formés par professions en 2012



➢ **Analyse et valorisation des données issues du DCPI**

Au cours de l'année 2012, le coordinateur administratif a réalisé avec l'appui du sage-femme référent du dossier et de la coordinatrice médicale du réseau une analyse quantitative des données issues des consultations saisies dans le DCPI. Cette analyse a permis de définir des indicateurs portant sur :

1. le suivi de grossesse ;
2. la coordination des professionnels ;
3. le repérage des addictions pour le pilotage du projet régional thématique.

Cette analyse a été synthétisée dans un article intitulé : « Différentes fonctions d'un dossier informatisé de suivi de grossesse : coordination des professionnels, travail en réseau et pilotage de projets régionaux ». Cet article a fait l'objet d'une communication orale à l'occasion des 42èmes Journées nationales de la Société Française de Médecine Périnatale qui se sont tenues en Octobre 2012 à Montpellier. Les résultats de cette analyse sont utilisés dans la partie suivante pour présenter un premier niveau d'évaluation de l'action.

IV.1.d. Evaluation des résultats

➢ **Déploiement du DCPI**

Actuellement 10 établissements utilisent totalement ou partiellement le DCPI (8 publics, 2 privés) et les 3 services de PMI qui sont proches d'établissements utilisateurs.

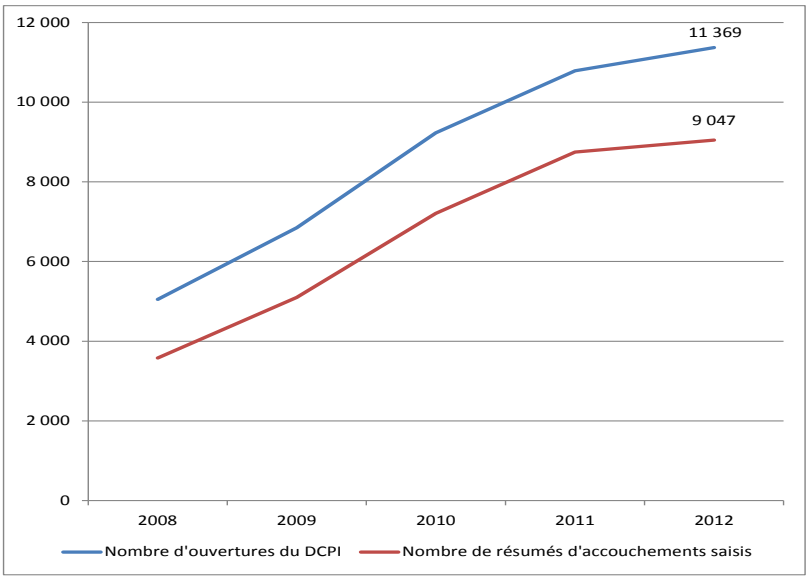
Tableau 13 : Etablissements où le DCPI est implanté

Etablissements publiques	Etablissements privés	Service de PMI
CH de Narbonne	Clinique Sainte Thérèse à Sète	PMI de l'Aude
CH de Carcassonne	Clinique Saint Louis à Ganges	PMI de l'Hérault
CPP de Castelnaudary		PMI du Gard (Bagnols)
CHU ADV à Montpellier		
CH de Béziers		
CH de Bagnols sur Cèze		
CH de Mende		
CH de Sète		

Les indicateurs de déploiement du DCPI sont en 2012 encore à la hausse.

- Le nombre de consultations saisies a augmenté de 9 % par rapport à 2011.
- Le nombre d'ouvertures de dossier a augmenté de 5 %.
- Le nombre de résumés d'accouchements saisis a augmenté de 3 %.

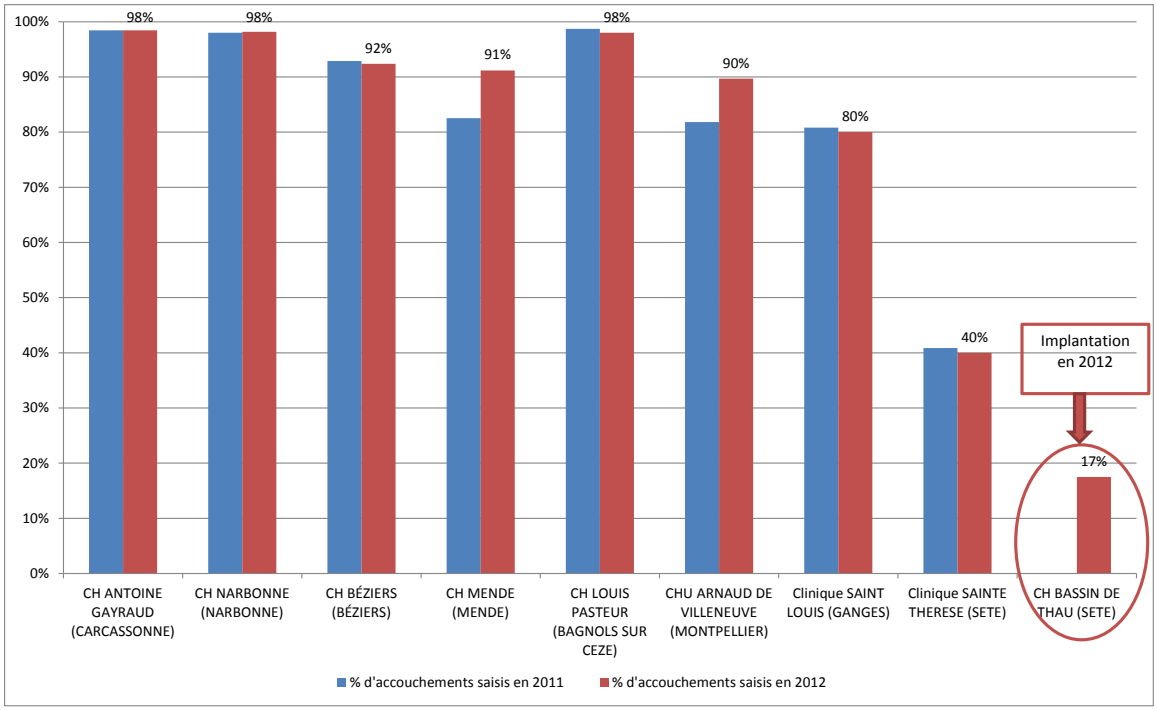
Graphique 9 : Déploiement du DCPI 2008 - 2012



Le Graphique 9 ci-dessus montre que les progrès dans le déploiement du DCPI ont été constants et stables entre 2008 et 2011 mais que cette progression ralenti en 2012. Ce ralentissement s'explique par deux facteurs principaux (Cf. Graphique 10) :

- le DCPI a été implanté dans un seul nouvel établissement, le CH de Sète, en cours d'année ;
- dans les autres établissements où il est implanté, les marges de progrès sont faibles dans la mesure où le taux de couverture des accouchements en 2011 était déjà suppérieur à 90% dans la plus part des cas.

Graphique 10 : Part des accouchements saisis dans le DCPI en 2011-2012 par établissement



Au total sont saisis dans le DCPI :

- 30 % des accouchements de la région ;
- 84 % des accouchements survenus dans les établissements où le DCPI est implanté.

➢ **Régularité du suivi de grossesse dans le DCPI**

Les informations présentées dans cette partie sont issues de l'analyse des consultations saisies en 2011 (Cf. ci-dessus). Pour analyser la régularité du suivi de grossesse des femmes incluses dans le DCPI, 2 indicateurs ont été retenus :

1. l'âge gestationnel médian de la 1ère consultation saisie permet de déterminer à quel moment de la grossesse débute un suivi avec le DCPI. **On observe ainsi qu'une femme sur deux incluses dans le DCPI voit sa première consultation saisie avant ou au cours de la 17ème SA**. Peu de consultations sont saisies avant 12 SA, ce qui correspond à la pratique des professionnels du suivi de grossesse quel que soit le type de dossier utilisé (papier ou informatisé). La majorité des premières consultations sont ainsi saisies entre 12 et 17 SA. La première consultation est donc en moyenne saisie relativement tôt. Toutefois, il existe de fortes variations entre les établissements ;
2. le nombre médian de consultations saisies au cours d'une grossesse qui donne une première indications sur la régularité du suivi de grossesse. **On observe ainsi qu'une femme sur deux incluses dans le DCPI a au moins 6 consultations saisies au cours de sa grossesse.** Ce chiffre est relativement proche du nombre de consultations de suivi prévues pour une grossesse physiologique. Toutefois, ce chiffre inclus également les consultations d'urgence et les consultations saisies se concentrent en fin de grossesse : une consultation sur 2 étant saisie après 31 SA.

➢ **Le DCPI, outil de coordination inter-établissement**

L'une des hypothèses qui sous-tend la mise en place du DCPI repose sur l'idée qu'un dossier informatisé permet d'améliorer l'échange d'informations et la coordination entre les différents professionnels intervenants dans le suivi de grossesse (cf. Figure 2) : peu de risques de perte de dossiers et de problème de compréhension des informations qui y sont compilées. Par conséquent, un premier niveau d'évaluation du DCPI comme outil de coordination consiste à observer quelle est la proportion de femmes incluses ayant bénéficié de consultations saisies dans le DCPI par au moins deux professionnels différents[6]. Le même raisonnement peut-être décliné au niveau des établissements de manière à définir un indicateur de coordination inter-établissement. On observe ainsi à partir de l'analyse des données 2011 que **la proportion de femmes incluses dans le DCPI ayant fait au moins un passage[7] dans deux établissements (ou structures) différents est de 16 %.** Là encore, il existe des variations inter-établissements importantes liées à :

1. la proximité géographique entre différents établissements utilisateurs du DCPI ;
2. les différences de niveau entre les établissements utilisateurs (Type 1, 2 ou 3) ;
3. la présence d'un service de PMI utilisateur puisqu'une femme suivi en PMI accouchera nécessairement dans une autre structure, généralement l'établissement le plus proche.

IV.1.e. Conclusions et perspectives 2013

Le DCPI arrive à une étape clé de son déploiement : son utilisation comme outil de suivi dès le début de grossesse est devenue courante dans tous les établissements où il est implanté et son implantation dans l'ensemble des établissements publics de la région est presque achevée.

[6] En effet, dans ce cas, le dernier professionnel réalisant une consultation a pu accéder facilement aux informations saisies lors des consultations précédentes par le ou les autres professionnels.

[7] Un passage étant défini comme une consultation ou un accouchement.

Par ailleurs, une nouvelle version prenant en compte les demandes d'amélioration des professionnels de la région est également en cours de finalisation. Dans ce contexte, les perspectives pour 2013 sont les suivantes :

- Passage de la V1 à la V2 dans les établissements utilisateurs.
    - Livraison attendu pour le début du deuxième trimestre.
    - Accompagnement de tous les établissements utilisateurs avec le changement de version afin de limiter les difficultés rencontrées liées à l'utilisation d'un nouveau logiciel.
    - Mise en place d'un serveur de statistiques accessible aux établissements ainsi qu'au réseau et alimentant le tableau de bord des maternités développé par le réseau avec le groupe des cadres de maternité de la région (Cf. Partie sur le groupe des sages-femmes cadre de maternité).
- Finalisation de l'implantation dans les établissements publics.
    - Présentation et implantation de la V2 du DCPI au centre hospitalier de Perpignan, formation de tout le personnel.
    - Formation de toutes les équipes de la maternité du centre hospitalier d'Alès en vue d'implanter le DCPI nouvelle version.
    - Recherche de solutions pour l'exportation des données du dossier établissement du CHU de Nîmes vers le DCPI.
- Relancer la réflexion technique, avec l'aide du GCS e-santé, sur l'appropriation du DCPI par les GO libéraux et dans les établissements privés où ils exercent.
- Evaluer et améliorer la qualité de remplissage du DCPI.

IV.2. Analyse rétrospective de dossiers de mortalité et morbidité périnatale (RMM)

Tableau 14 : Synthèse de l'action Analyse rétrospective de dossiers de mortalité et de morbidité périnatale

Finalité de l'action	
L'analyse rétrospective de dossiers de mortalité et morbidité périnatale a pour principale finalité de tirer les leçons d'accidents périnatals pour éviter, autant que possible, qu'ils se reproduisent. A cette fin, la revue de dossiers doit donc contribuer à la formation des professionnels et à l'amélioration de la qualité des soins.	
Principales réalisations (indicateurs de suivi)	
Il s'agit principalement d'organiser des rencontres avec la venue d'un expert et de préparer les dossiers qui doivent être présentés. Seules 2 revues de dossiers ont été organisées du fait des contraintes financières que connait le réseau.	
Nombre de RMM organisées	2
Nombre de dossiers présentés	11
Nombre de participations / de professionnels participants	179/160
Principaux résultats (indicateurs d'évaluation)	
Appréciation générale des participants (Très satisfaisant / Satisfaisant)	53 % / 43 %
Changement de pratique des participants (Tout à fait / Plutôt d'accord)	27 % / 47 %
Le RMM du 2 octobre organisée autour de problématiques médico-légale a connu un fort succès, tant du point de vue du nombre de participants (120) que de la satisfaction élevée de ses derniers.	
Principales perspectives pour 2013	
○ Organisation d'une RMM par trimestre ○ Rédaction de comptes-rendus des RMM ○ Réflexion sur les actions d'amélioration à mettre en place et à suivre suite aux conclusions d'une RMM	

IV.2.a. Contexte et historique

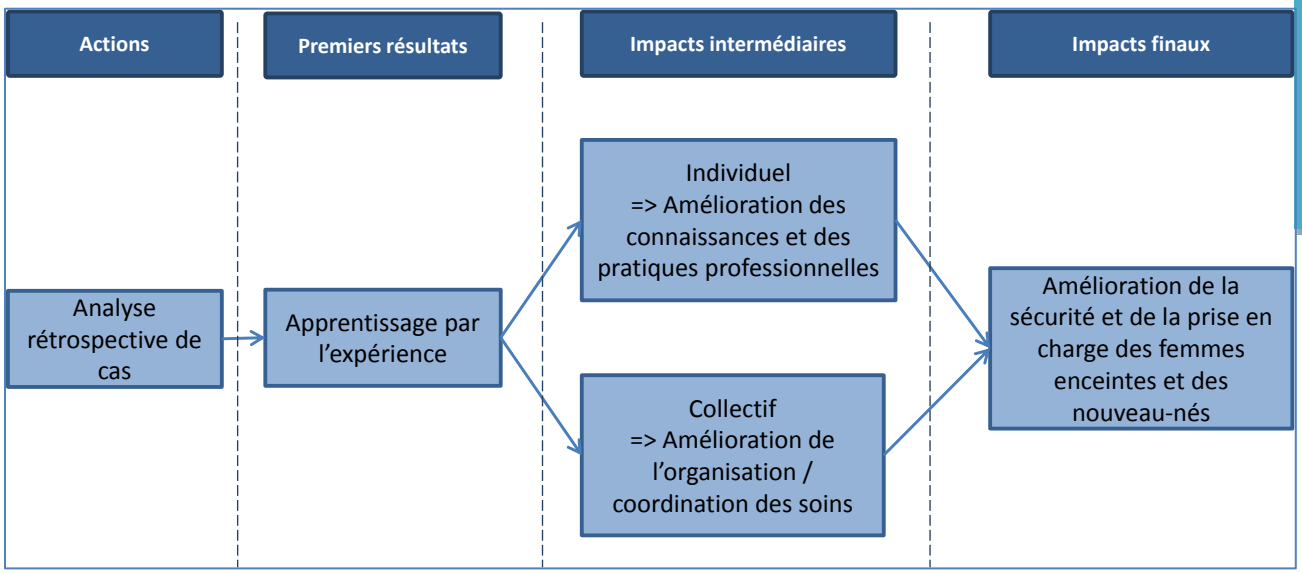
Le cahier des charges national des réseaux de périnatalité[8] fixe à ces réseaux l'objectif « d'améliorer la sécurité et la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés ». Aussi, si l'analyse rétrospective de dossiers de mortalité et morbidité périnatales ne fait pas partie des missions des réseaux de périnatalité telles que définies dans ce cahier des charges, cette dernière contribue à l'atteinte de cet objectif et est intégrée dans la convention FIQCS entre Naître en LR et l'ARS LR depuis sa création. Enfin, la charte du réseau NLR mentionne parmi les fonctions d'animation du réseau : « l'audit des pratiques des professionnels et l'analyse des cas de mortalité périnatale et maternelle ».

[8] DHOS/O1/O3/CNAMTS/2006/151 du 30 mars 2006

IV.2.b. Finalité

Les analyses rétrospectives de dossiers ont pour finalité l'amélioration de la qualité des soins en tirant les leçons de l'expérience. Elles s'inscrivent dans une logique d'apprentissage et donc de perfectionnement des connaissances et des compétences des professionnels et peuvent également avoir une influence sur l'organisation des soins.

Tableau 15 : Logigramme de l'analyse rétrospective de cas



IV.2.c. Méthodologie et réalisations

- **Méthodologie**

Standards méthodologiques des revues de mortalité et de morbidité

Le guide méthodologique sur la Revue de mortalité et de morbidité (RMM) publié par l'HAS en Novembre 2009 mentionne qu' « Une RMM permet, en réfléchissant collectivement sur les prises en charge réalisées :

- de décrire les pratiques et les processus de soins réalisés ;
- d'identifier, parmi ces pratiques, celles jugées non optimales, ainsi que les problèmes rencontrés lors de la prise en charge, de les analyser afin d'en rechercher les facteurs contributifs et les causes, d'identifier également les actions et les éléments ayant permis d'éviter des dommages chez le patient ;
- de proposer des actions d'amélioration visant à diminuer la probabilité d'apparition des causes à l'origine du risque (actions préventives) ou à limiter leurs effets délétères et leur gravité (actions protectrices) ;
- de suivre et d'évaluer les actions entreprises » (Guide HAS p.9).

Toutefois, le réseau NLR étant un réseau de santé (et non un établissement ou un réseau de soins), les revues de dossiers qu'il organise diffèrent des standards méthodologiques des RMM tels que définis dans le guide de l'HAS pour les établissements. On notera en particulier que la participation aux revues de dossiers est ouverte à l'ensemble des professionnels de la région et non pas aux « professionnels qui travaillent habituellement ensemble au quotidien et qui contribuent à la prise en charge d'un même patient » (Guide HAS p.13). Par ailleurs, les actions d'amélioration initiées par le réseau à l'issue d'une revue de dossier doivent avoir une portée régionale (et non pas au niveau d'un seul établissement) et renvoient donc à l'élaboration de protocoles et à la mise en place d'actions régionales (Cf. IV.3 ci-après), quand cela s'avère pertinent. Cependant, **le réseau a pour**

mission d'apporter un soutien logistique et technique auprès des maternités qui souhaiteraient mettre en place une RMM. Dès lors, un tel soutien se ferait en cohérence avec les standards définis par l'HAS.

Modalité de recueil, de sélection et de présentation des cas

Le conseil d'administration détermine le thème de chaque RMM et recrute un expert reconnu en la matière. Le réseau lance ensuite un appel à participation aux professionnels de la région pour qu'ils proposent des dossiers en lien avec le thème choisi. Les dossiers proposés sont ensuite préparés avec l'appui de la coordinatrice médicale avant d'être présentés en réunion.

La revue de dossiers telle que pratiquée par le réseau NLR repose sur la présentation et l'analyse des cas ayant posé problème aux professionnels : à partir d'un accident périnatal, il s'agit de définir si l'accident était évitable ou non, le degré d'évitabilité et les solutions pour éviter un nouvel accident. Pour chaque dossier présenté, deux situations sont possibles :

- si l'accident est jugé évitable : comment faire pour éviter qu'il se reproduise (rédaction de protocoles ou mise en place d'actions sur la région) ;
- si l'accident est jugé inévitable : cela permet aux praticiens et équipes concernées de mieux en supporter les conséquences et de ne pas se sentir ni coupables, ni seuls.

Les conditions de succès d'une telle revue de dossiers difficiles sont très rigoureuses et bien codifiées

- Une grande confiance entre acteurs de la périnatalité qui présentent ou font présenter des dossiers difficiles est nécessaire. Les réseaux qui le font sont ceux dans lesquels la maturité et la reconnaissance interprofessionnelle sont les plus importantes.
- Une anonymisation des dossiers.
- L'absence de support écrit.
- Aucune utilisation possible pour une action judiciaire ultérieure par quel qu'expert que ce soit.
- Des recommandations doivent être formulées si l'accident est jugé évitable, recommandations qui peuvent être soit des principes organisationnels, soit des mises au point sur des pratiques professionnelles.

Cette action concerne les gynécologues obstétriciens, les pédiatres, les sages-femmes, les anesthésistes réanimateurs, les échographistes, les pédopsychiatres, les transporteurs et les puéricultrices. Afin de faire profiter tous les professionnels de la région des bénéfices de ces rencontres (professionnels éloignés de l'Hérault), il a été décidé d'organiser depuis 2009 des réunions « délocalisées » dans l'ensemble de la région

Compte-rendu des revues de dossiers

Le conseil d'administration du réseau NLR a fait le choix de ne pas produire de traces écrites des revues de dossiers dans la mesure où elles peuvent constituer un frein à la volonté des professionnels de présenter de dossiers. Pour rappel, le guide méthodologique de l'HAS mentionne le contenu que ces comptes rendus doivent comprendre :

- les conclusions de la réunion ;
- les actions d'amélioration de la qualité des soins mises en œuvre ;
- les modalités de suivi de ces actions.

Aux vues de la maturité de la pratique des RMM, le réseau a décidé de préparer des comptes rendus en 2013 présentant les thèmes abordés et les propositions d'action d'amélioration pour chaque cas.

Valorisation pour le développement professionnel continu

Les revues de dossiers s'inscrivent dans une logique d'évaluation de pratiques professionnelles et de formation, conformément aux recommandations de l'HAS. Toutefois, le cadre opérationnel n'étant pas fixé en 2012, les revues de dossier n'ont pas donné lieu à une telle valorisation. En 2013, le

comité scientifique du réseau élaborera le programme des RMM pour l'année et le soumettra à l'organisme délivrant l'agrément DPC.

- **Les thèmes abordés lors de ces analyses rétrospectives**

La diversité des dossiers présentés ainsi que la régularité de ces présentations en font la richesse, aussi bien pour les professionnels qui présentent la situation que pour ceux qui assistent à cette présentation.

11 dossiers ont été présentés lors de ces 2 analyses rétrospectives avec une grande diversité de professions, d'établissement et d'origine géographique des présentateurs.

Tableau 16 : Dossiers présentés au cours de RMM organisées en 2012

28 Février 2012 Montpellier Expert : Pr JARREAU Pédiatre	
Anoxo-ischémie perpartum avec Décès néonatal	GO CH Béziers/ néonat CHU Montpellier
Diagnostic différentiel sur malformation Kyste de l'ovaire / duplication digestive	GO Libéral Montpellier
Hypoxémie réfractaire à 37 SA+5j après césarienne programmée	Service néonat CH Perpignan
Gestion en périnatal du traitement préventif de transmission per-partum du VIH chez l'enfant	Service néonat CH Narbonne
Entérocolite ulcéro-Nécrosante après transfusion d'un prématuré né à 33SA+3j RCIU	Service néonat CH Nîmes
2 Octobre 2012 Polyclinique Grand Sud Nîmes Expert : Maitre Philip COHEN	
Choc anaphylactique après antibioprophylaxie protocolée	Anesthésiste St Roch Montpellier
Divergence de prise en charge entre sage-femme libérale et anesthésiste	Anesthésiste CH Narbonne
Hémorragie de la délivrance sur césarienne de convenance	GO CHU Montpellier
Responsabilité de l'anesthésiste appelé pour une réanimation néonatale Bébé DCD	Anesthésiste Clinique Grand Sud
PMA de l'extrême en Espagne : clause de conscience ?	Anesthésiste St Roch
Demande de consultation prénatale dans une maternité pour un accouchement à domicile : faut-il accepter ?	GO CHU Montpellier

- **La participation aux analyses rétrospectives**

Date	Lieu	Participation
28 février 2012	Montpellier	59
2 Octobre 2012	Nîmes	120
Total Participation		**179**
Total Participants		**160**

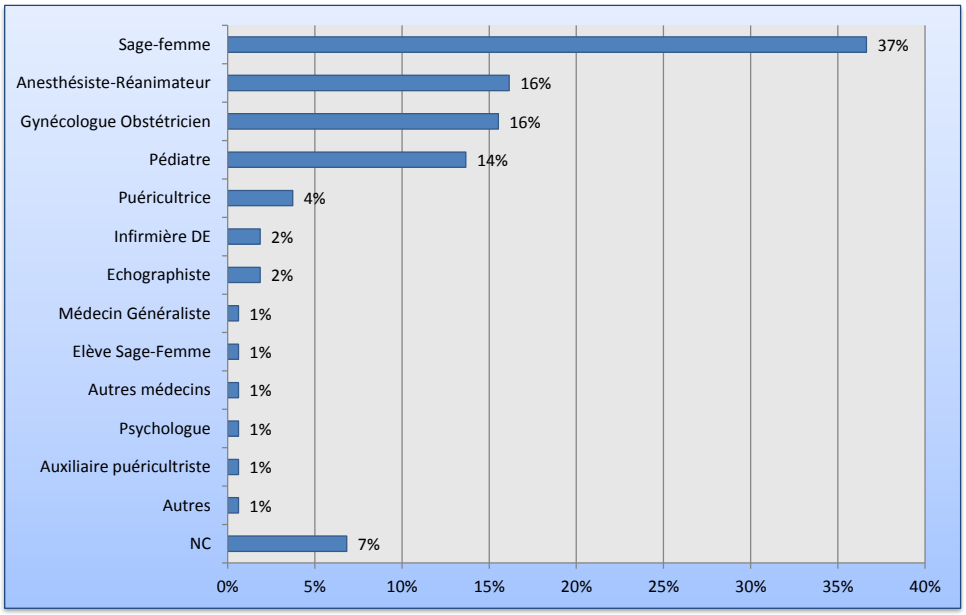
Depuis 2006, les 20 revues organisées par le réseau ont connu une forte participation des professionnels de la région. La participation des professionnels aux revues de dossier est gratuite. En 2012, le nombre de participation s'élève à 179, 19 professionnels ont participé aux 2 RMM soit un total de 160 participants aux 2 RMM. Le réseau a choisi de n'organiser que 2 RMM en 2012 du fait des financements insuffisants octroyés par l'ARS ce qui explique la baisse du nombre de participants.

Toutefois, la RMM organisée à Nîmes en partenariat avec la polyclinique Grand Sud sur des thématiques médico-légales a rencontré un grand succès. Fort de ce succès, le réseau envisage d'organiser régulièrement ce type de RMM et cherchera à monter des partenariats avec les établissements de la région.

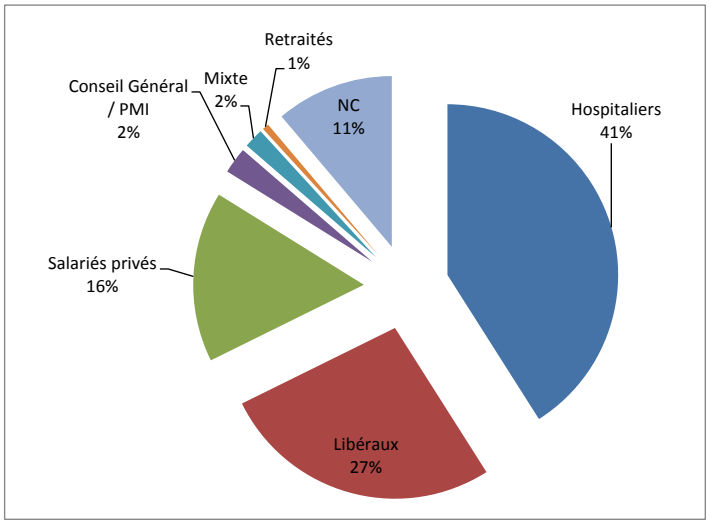
Les participants en 2012 sont principalement des sages-femmes (38 %), des anesthésistes-réanimateurs (16 %), des gynécologues-obstétriciens (16 %) et des Pédiatres (14 %). 45 % des participants exercent à l'hôpital, 16 % en établissement privé et 27 % en libéral. On observe donc une nette augmentation de la participation des anesthésistes et des pédiatres d'une part, des salariés du privé et des libéraux d'autres part. Ces évolutions s'expliquent par 3 facteurs :

1. le partenariat avec la polyclinique grand sud a permis de mieux mobiliser les libéraux et les salariés du privé ;
2. l'organisation d'une RMM autour de dossiers pédiatriques a permis de toucher d'avantage de pédiatre ;
3. l'organisation d'une RMM médico-légale a suscité un fort intérêt des anesthésistes.

Graphique 11 : Professions des participants aux 2 analyses réalisées en 2012

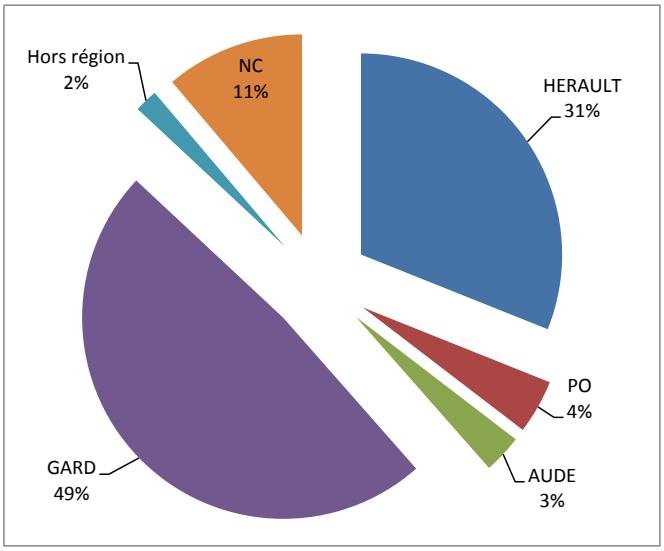


Graphique 12 : Mode d'exercice des participants aux 2 analyses organisées en 2012



Les participants aux revues de dossiers exercent principalement dans le Gard (44 %) ce qui est logique dans la mesure où la RMM qui a réuni le plus de participant s'est déroulée dans ce département. C'est un changement majeur par rapport à 2011 quand seulement 6 % des participants provenaient de ce département. A l'inverse, la proportion de participants exerçant dans les Pyrénées-Orientales et l'Aude réunis est passée de 34 % en 2011 à 7 % cette année notamment parce qu'aucune RMM n'a été organisée à Perpignan comme cela a été le cas en 2011. Afin d'assurer une certaine équité territoriale, le réseau veillera à organiser une RMM dans cette partie de la région en 2013. Enfin, environ un tiers des participants exercent dans l'Hérault.

Graphique 13 : Départements d'exercice des participants



IV.2.d. Evaluation des résultats

- **Appréciation des professionnels**

Une évaluation de la satisfaction des participants a été réalisée pour chacune de ces revues de dossiers par le biais d'enquêtes en ligne envoyées aux participants dans les 5 jours suivants la RMM. 50% des participants ont répondu à ces questionnaires, ce taux est légèrement inférieur à celui de l'an passé obtenu avec des questionnaires papiers. Cette différence s'explique notamment du fait qu'un nombre significatif de participants (36) n'ont pas communiqué d'adresse mail.

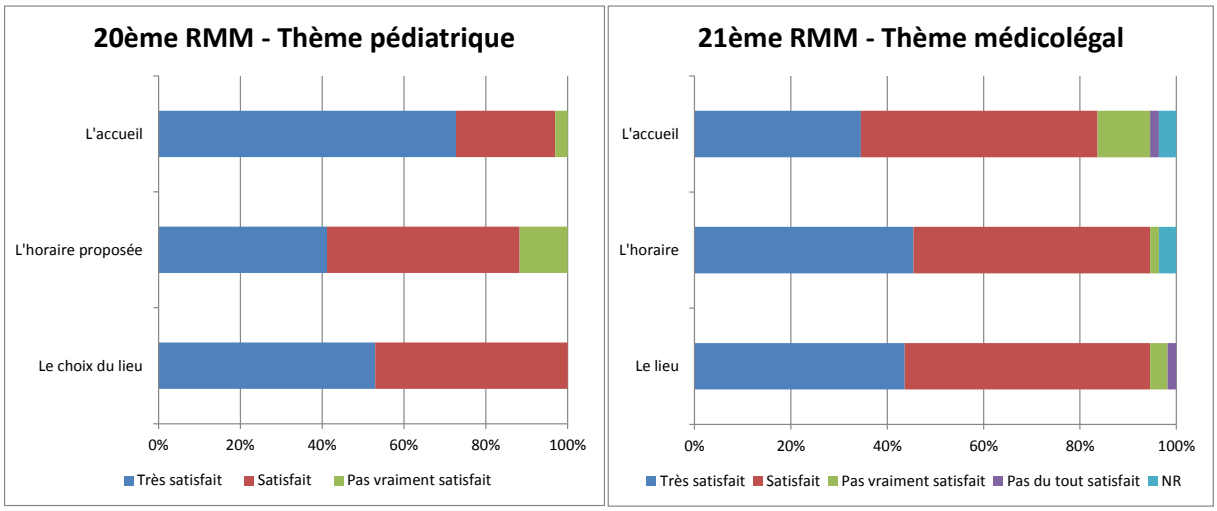
Tableau 17 : Taux de réponse aux enquêtes de satisfaction pour chaque RMM

	Nombre de participants	Nombre de réponse	% de réponse
20ème Analyse Rétrospective de dossiers	59	35	60 %
21ème Analyse Rétrospective de dossiers	120	55	46 %
Total	**179**	**90**	**50 %**

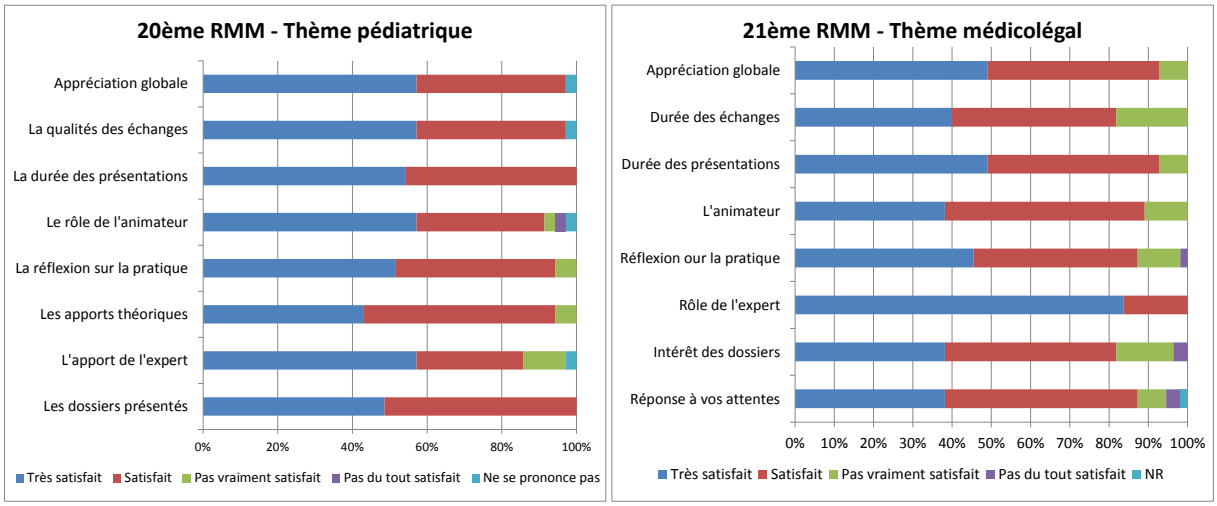
Les réponses aux questionnaires témoignent d'un niveau global de satisfaction élevé de la part des répondants avec des taux de répondants très satisfaits, autour de 50 % pour chacune des RMM. On notera que la RMM médico-légale organisée à Nîmes dans la clinique PGS recueille sur les aspects pratiques des niveaux de satisfaction inférieure à la RMM pédiatrique organisée à Montpellier, notamment sur l'accueil. Un constat similaire peut-être fait concernant le contenu des RMM avec des taux de répondants « Pas vraiment satisfait » plus élevés pour la RMM médico-légale, en particulier pour l'intérêt des dossiers présentés. En revanche, la qualité de l'expert pour cette RMM, l'avocat Maitre Philip COHEN, a été très appréciée des répondants (plus de 80 % des répondants très

satisfaits). Ainsi, le réel succès quantitatif de cette RMM en termes de nombre de participants doit être nuancé aux regards des éléments qualitatifs.

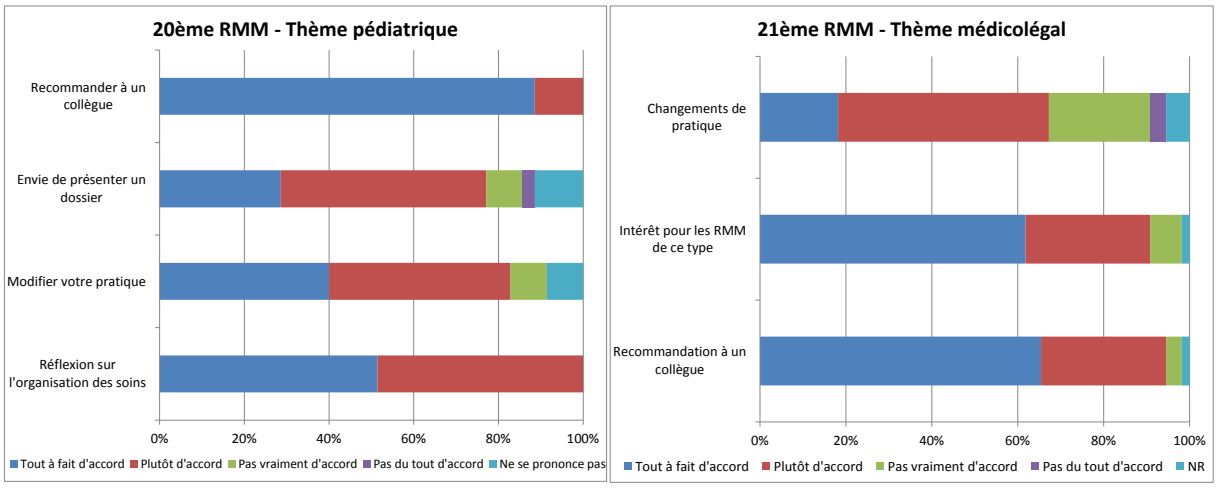
Graphique 14 : Aspect pratiques des RMM



Graphique 15 : Contenu des RMM



Graphique 16 : Prolongement des RMM



On observe également une moindre attractivité de la RMM médico-légale : 65 % répondants se disant « Tout à fait d'accord » pour recommander à un collègue de participer à l'action contre près

de 90 % pour la RMM pédiatrique. Les répondants sont également moins nombreux à déclarer que la RMM médico-légale aura des effets sur leur pratique : moins de 20 % de répondants « Tout à fait d'accord » contre 40 % de répondants pour la RMM pédiatrique. Enfin, l'enquête de satisfaction portant sur la RMM pédiatrique montre qu'un répondant sur 4 se déclare « Tout à fait d'accord » pour présenter un dossier lors d'une RMM future ce qui témoigne de la maturité et l'appropriation des professionnels de la région quant à la pratique de la reprise de cas. Enfin, cette enquête montre que la RMM pédiatrique a également été l'occasion d'une réflexion sur la qualité des soins.

Les RMM sont ainsi l'occasion d'identifier des pistes d'amélioration tant sur l'organisation des soins que sur la pratique professionnelle. A l'issue de chaque RMM aucun compte-rendu formel n'a été rédigé. Toutefois, le réseau a listé une série de recommandations découlant des dossiers présentés et des discussions entre l'expert et les participants. Ces recommandations sont présentées dans le tableau ci-après.

Tableau 18 : Recommandations issues des RMM 2012

20ème RMM – Thème pédiatrique	21ème RMM – Thème médico-légale
Formation surveillance du travail	Mise à jour référentiels indication de l'antibioprophylaxie pour Streptocoque B
Indications et terme des césariennes programmées Mise à jour référentiel traitement préventif du VIH	Conditions d'alimentation d'une femme en travail Accouchements à domicile : visites prénatales et orientations en cas de problème

IV.2.e. Conclusions et perspectives 2013

- Le réseau programme d'organiser au moins 3 RMM avec une plus grande implication du comité scientifique dans la recherche et la sélection des dossiers à présenter.
- Réaliser un suivi des recommandations issues des RMM 2012.
- Le réseau répondra favorablement à toute demande des maternités publiques ou privées qui souhaiteraient mettre en place ce type de démarche dans leurs établissements. A cette fin le réseau réalisera en 2013 un état des lieux de l'activité des RMM dans les établissements en 2012.
- Des réunions délocalisées seront organisées comme en 2009, 2010, 2011 et 2012 pour permettre au plus grand nombre de professionnels de participer à ces analyses rétrospectives.

IV.3. Les Journées du Réseau

IV.3.a. Synthèse

Finalité de l'action	
La finalité de ces journées est d'informer et d'actualiser les connaissances des professionnelles de la périnatalité à propos des nouvelles réglementations, recommandations et méthodes qui influent sur leurs pratiques.	
Principales réalisations (indicateurs de suivi)	
Il s'agit principalement d'organiser 2 rencontres par an avec la venue d'un ou plusieurs experts et de mobiliser des professionnels de la région pour qu'ils interviennent lors de ces journées.	
Nombre de professionnels participants	261
Principaux résultats (indicateurs d'évaluation)	
Appréciation générale des participants (Très satisfaisant / Satisfaisant)	Journée d'hiver : 58 % / 40 % Journée de printemps : 69 % / 29 %
Changement de pratique des participants (Tout à fait / Plutôt d'accord)	Journée d'hiver : 32 % / 58 % Journée de printemps : 20 % / 41 %
Principales perspectives pour 2013	
• Organisation de 2 journées	

IV.3.b. Contexte et historique

Le réseau NLR organise chaque année deux journées régionales dédiées à des thèmes d'actualités de la périnatalité. Cette action n'est pas prévue explicitement dans le cahier des charges des réseaux périnatals ni dans la convention FIQCS. Toutefois, ces journées contribuant à la formation et à l'information des professionnels de santé, elles rentrent donc dans le cadre des missions du réseau en la matière.

IV.3.c. Finalité

La finalité de cette journée est d'informer et d'actualiser les connaissances des professionnels de la périnatalité à propos des nouvelles réglementations, recommandations et méthodes qui influent sur leurs pratiques.

IV.3.d. Méthodologie et réalisations

- **Elaboration du programme des journées**

Le choix du thème de ces journées est réalisé par le comité scientifique et le conseil d'administration du réseau en fonction des besoins en formation identifiés chez les professionnels à partir des revues

de mortalité et de morbidité, des actualités au niveau national et des enquêtes faites auprès des professionnels.

2 « Journées » ont été organisées en 2012.

- La Journée d'hiver du réseau qui s'est tenue le 13 janvier 2012 à Palavas-les-Flots.
- La Journée de printemps du réseau qui s'est tenue le 25 mai 2012 à Palavas-les-Flots

➢ **Participation aux deux journées**

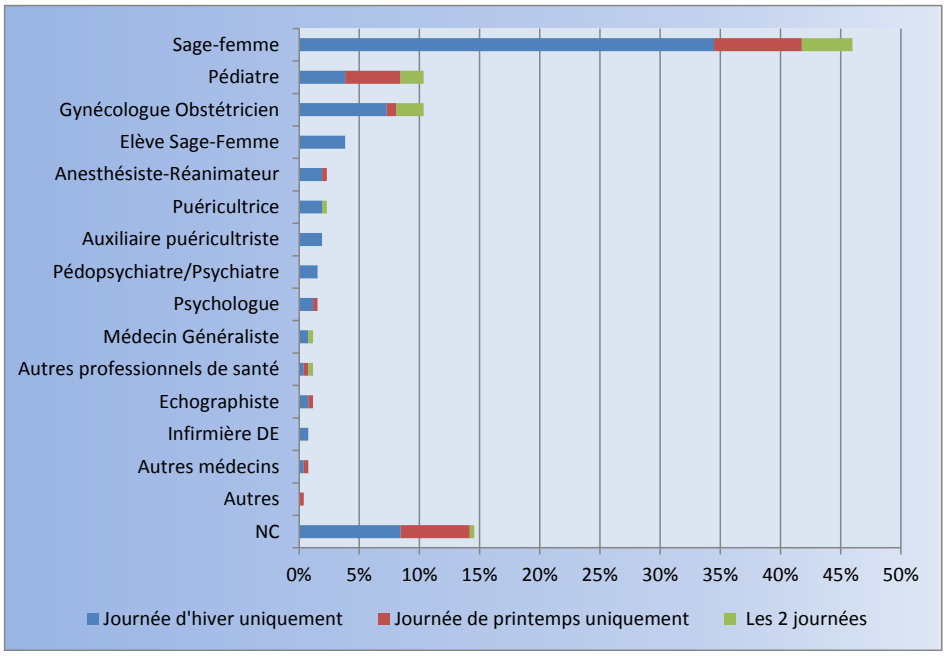
Au total 261 professionnels ont participé à au moins une des deux journées et 26 professionnels ont participés aux deux. On notera que la journée d'hiver a rassemblé beaucoup plus de participants que la journée de printemps. A l'occasion de cette journée d'Hiver de nombreux professionnels ont participé pour la première fois à une activité du réseau (plus de 10 %) et n'étaient donc pas adhérents. C'est ce qui explique le nombre important de participants pour lesquels les informations sur la profession, le mode d'exercice et le département d'exercice sont non-communiqués (NC).

Tableau 19 : Nombre de participants aux Journées du réseau en 2012

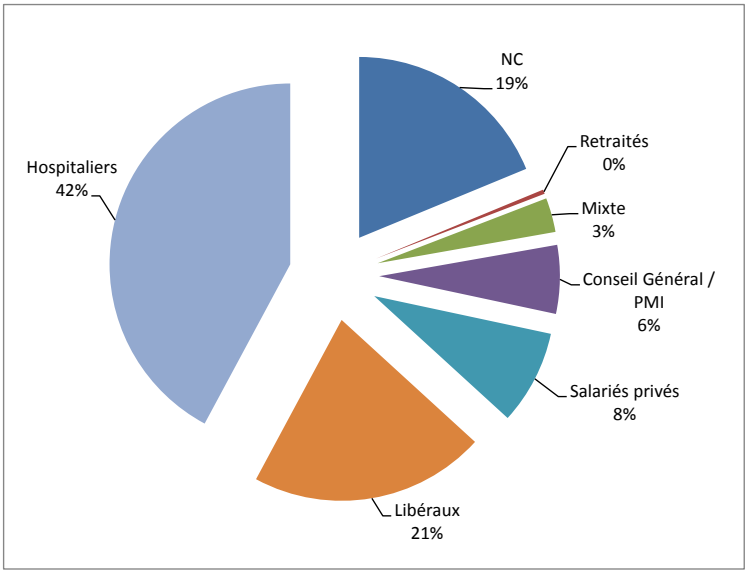
Participation	Nombre de professionnels
Participation à la journée d'hiver 2012	207
Participation à la journée de printemps 2012	80
Nombre de professionnels ayant participé aux deux journées	*26*
Nombre total de professionnels mobilisés	**261**

Près de la moitié des participants est constituée de sages-femmes (46 %), 10 % des participants sont des gynécologues obstétriciens et 10 % sont des pédiatres. La journée de printemps a réuni une proportion plus importante de pédiatres en raison de la thématique de la séance plénière : « Soins palliatifs néo-natals comme alternative à l'IMG ». 21 % des participants exercent en libéral, 8% sont des salariés du privé et 42 % exercent à l'hôpital. Enfin, près de la moitié d'entre eux exerce dans l'Hérault et près d'un quart exerce dans le Gard.

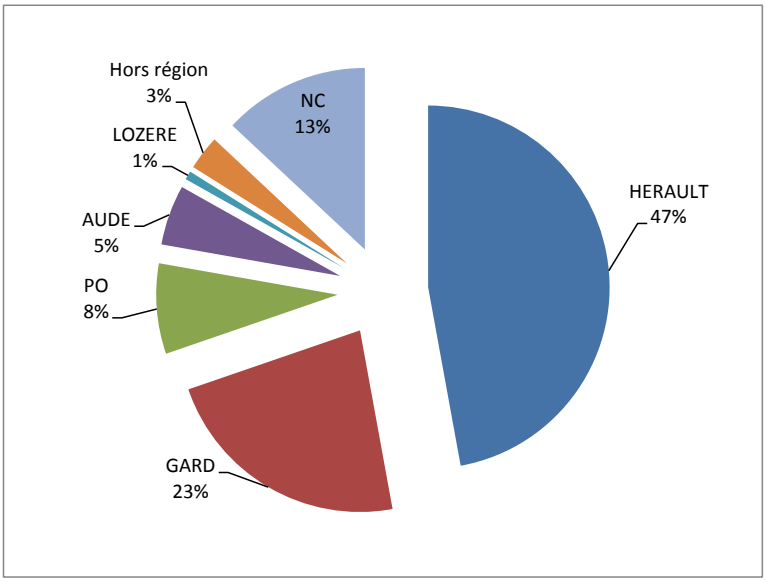
Graphique 17 : Professions des participants aux journées du réseau



Graphique 18 : Modes d'exercice des participants aux journées



Graphique 19 : Départements d'exercice des participants aux journées



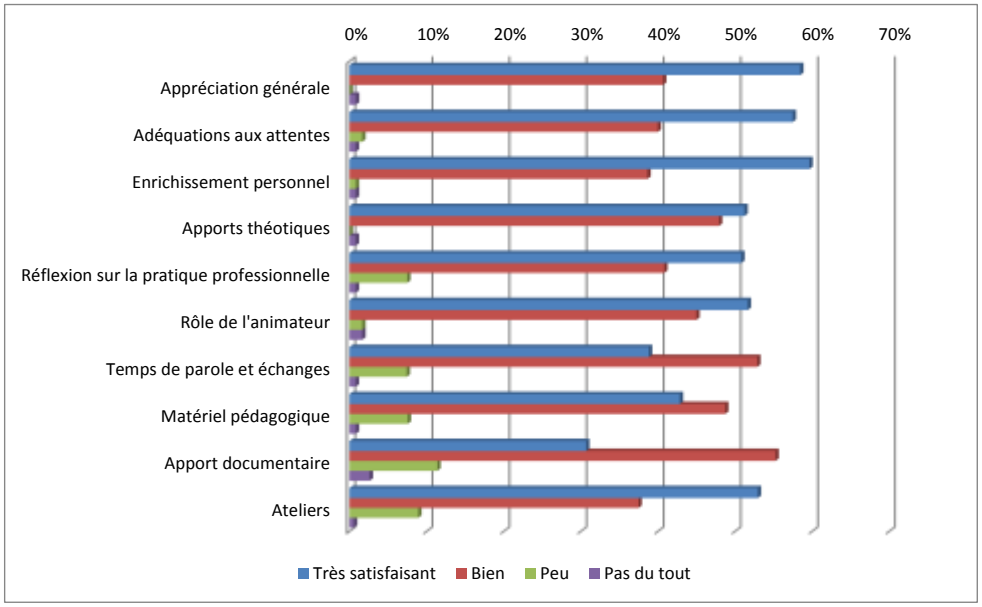
IV.3.e. Evaluation des résultats

➢ **Journée d'hiver**

Le réseau NLR a procédé à l'évaluation de cette journée sur la base d'un questionnaire remis à chacun des participants. 81 participants ont remis au réseau leur questionnaire rempli soit un taux de réponses de 39 %.

Les réponses aux questionnaires témoignent d'un niveau global de satisfaction élevé de la part des participants. Les niveaux de satisfaction les plus élevés concernent l'enrichissement personnel et l'appréciation générale. En revanche, le niveau de satisfaction est nettement plus faible en ce qui concerne le temps de parole et d'échanges.

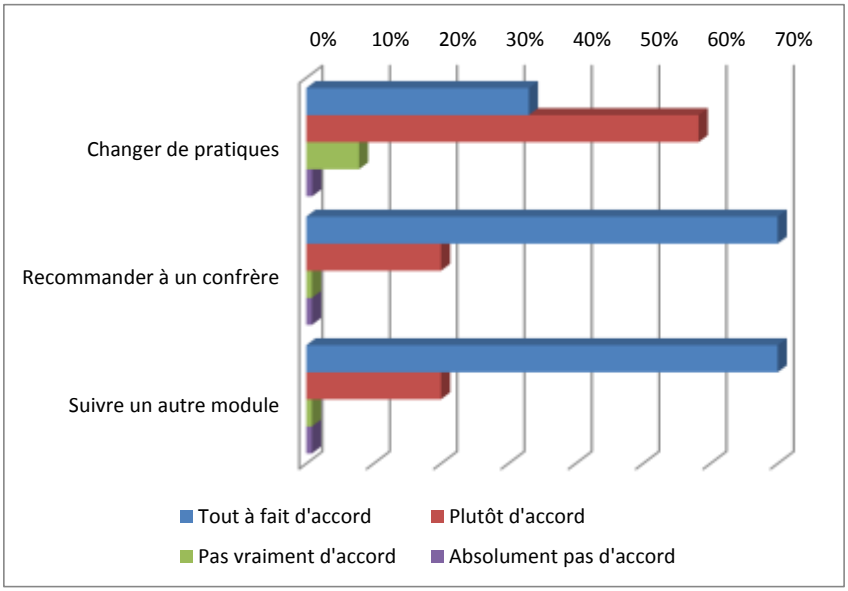
Graphique 20 : Réponses aux questionnaires de satisfaction



Les questions relatives aux effets potentiels de la participation à la journée et à l'intérêt suscité chez les participants montrent que :

- la question relative aux effets potentiels de la journée sur les changements de pratiques suscite une adhésion nettement plus limitée que lors de la journée de printemps ;
- l'attractivité des journées du réseau est confirmée puisque plus des 2/3 des participants sont « Tout à fait d'accord » les recommander à un confrère et pour suivre un autre module.

Graphique 21 : Suite à la journée pensez-vous que vous allez :



➢ **Journée de printemps**

39 participants ont répondu à l'enquête de satisfaction soit un taux de réponse de 51 %. La structure de la population des répondants au regard de leur profession est relativement proche de celle de l'ensemble des participants avec toutefois une surreprésentation des sages-femmes (53 % des répondants).

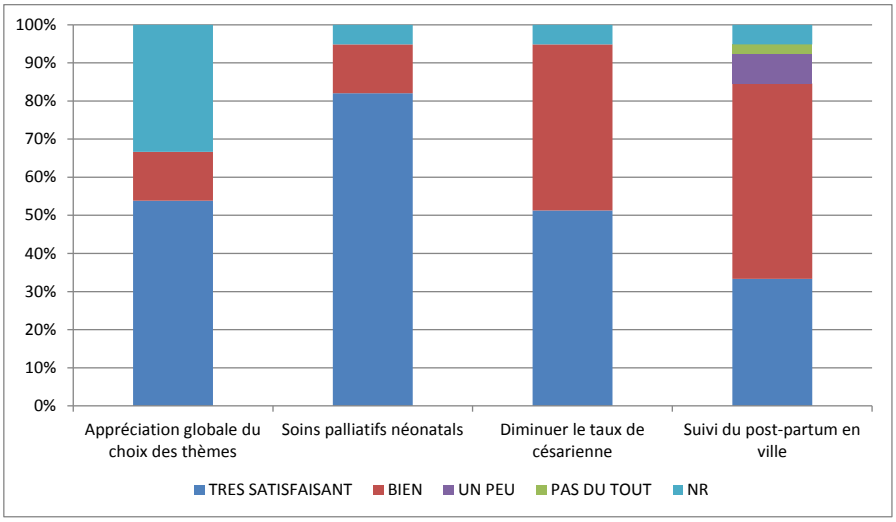
- Aspects pratiques

Les aspects pratiques de la journée sont appréciés très positivement par les participants surtout le choix du lieu (plus de 80 % de répondants très satisfaits). L'accueil et l'organisation ont un taux de satisfaction légèrement moins élevé, 2 points à améliorer sont soulignés par certains répondants à ce niveau : le choix de la date et la prise en charge du repas.

- Appréciation de la séance plénière

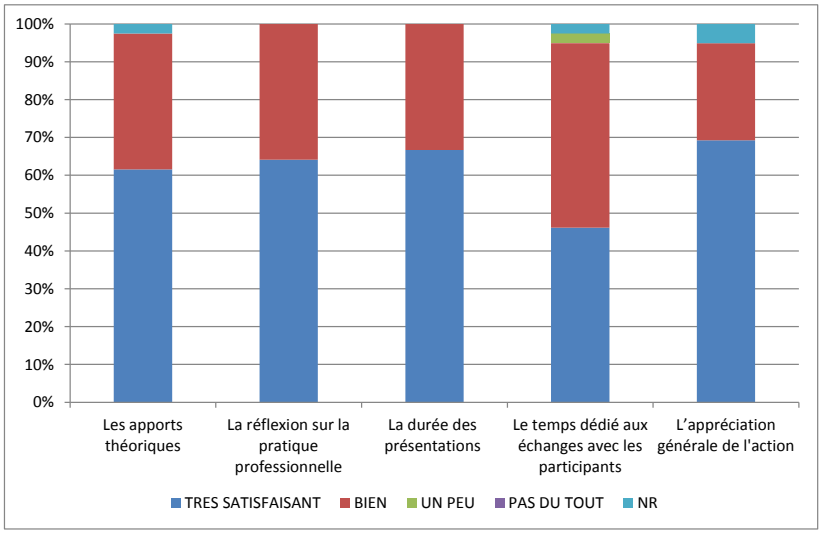
Le thème principal, consacré aux soins palliatifs néonatals traité sous les différents angles obstétrico-pédiatrique et éthique (avec la participation d'un philosophe) est largement plébiscité par les répondants qui se disent très satisfaits à plus de 81 %. Ce thème intéresse quasiment autant les pédiatres que les sages-femmes. A l'inverse les interventions consacrées au taux de césarienne et au suivi de post-partum en ville ont suscité un intérêt nettement moindre.

Graphique 22 : Le choix des thèmes



Les autres aspects de la séance plénière font l'objet d'un bon taux de satisfaction, plus de 60 % de répondants très satisfaits, à l'exception du temps dédié aux échanges avec les participants. Les commentaires qualitatifs montrent, sur ce dernier point, qu'un temps d'échange plus long sur des sujets aussi complexes et chargés émotionnellement que les soins palliatifs néonatals, est nécessaire. Enfin, il est intéressant d'observer que les pédiatres ont plutôt valorisé les aspects théoriques tandis que les sages-femmes ont plus valorisé la réflexion sur la pratique.

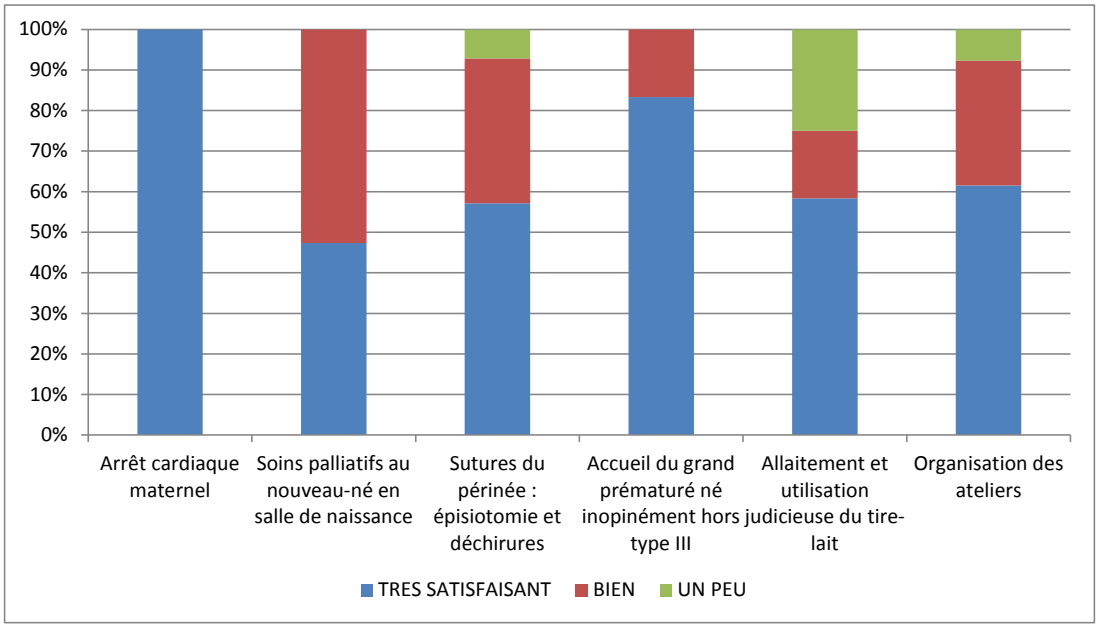
Graphique 23 : Apports et déroulement de la séance plénière



- Appréciation des ateliers

2 ateliers ont été plébiscités par les répondants (accueil du nouveau-né prématuré et arrêt cardiaque maternel), en particulier l'ensemble des répondants ayant participé à l'atelier sur l'arrêt cardiaque maternel se sont dits très satisfaits et certains ont fait des commentaires en ce sens insistant sur le caractère très pratique de l'atelier. Par ailleurs, le nombre restreint de participant et l'utilisation d'un mannequin-simulateur ont très certainement contribué au succès de cet atelier. Les 3 autres ateliers font l'objet d'une appréciation plus mitigée, on notera que l'atelier qui reprenait le thème principal de la plénière regroupe moins de 50% de répondants très satisfaits (contre + de 80% en plénière). Cette relative insatisfaction peut s'expliquer par le fait que la plénière a pu susciter des attentes et que les intervenants n'ont pas assisté à l'intégralité de l'atelier. Enfin, 2 participants à l'atelier sur les sutures du périnée ont regretté que ce dernier soit consacré uniquement à la réfection du sphincter anal « loin de la pratique quotidienne des sages-femmes ».

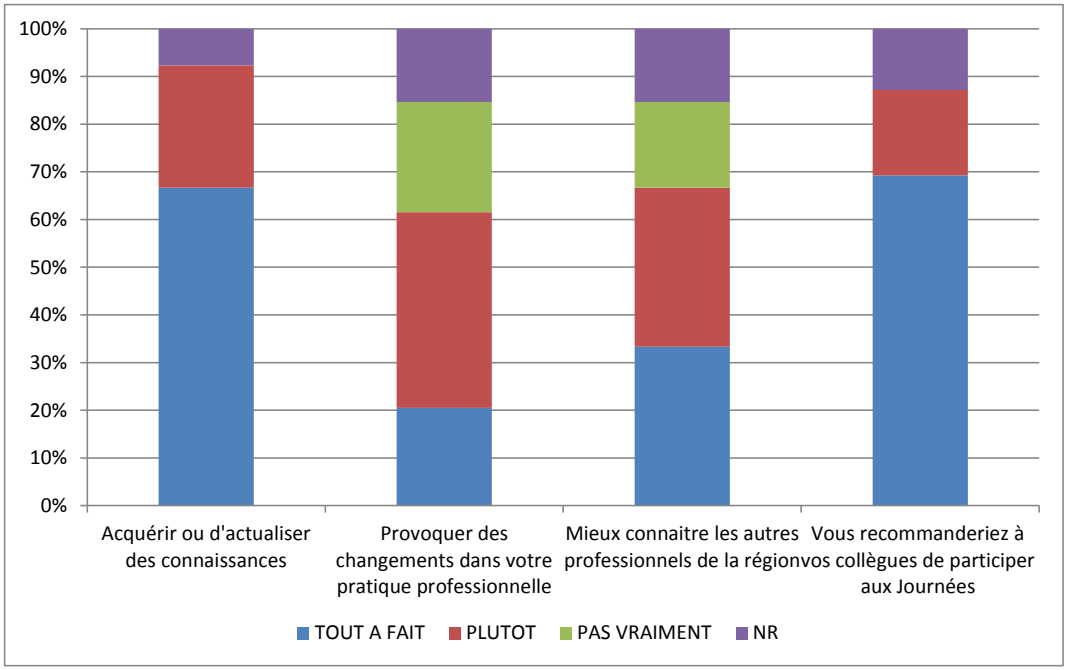
Graphique 24 : Appréciation des ateliers



- Intérêt de la journée

Cette journée conforte l'idée que les journées du réseau sont de qualité dans la mesure où près de 70 % des répondants à l'enquête de satisfaction affirment qu'ils recommanderaient à leurs collègues de participer aux journées (taux comparable aux deux précédentes journées). D'après les répondants, la journée leur a surtout permis d'acquérir ou d'actualiser des connaissances (les sages-femmes sont plus sensibles à cet aspect que les pédiatres) et, dans une moindre mesure, de mieux connaître les professionnels de la région (à l'inverse, les pédiatres sont plus sensibles à cet aspect que les sages-femmes). Enfin, les répondants relativisent les effets de la journée sur leur pratique seuls 20% sont tout à fait d'accord avec cette affirmation (essentiellement des sages-femmes) ce qui est nettement moins que lors des 2 précédentes journées (30 % à la journée d'hiver et près de 50 % à la journée de printemps 2011).

Graphique 25 : Intérêt de la journée



Par ailleurs, un peu moins de la moitié des répondants souhaite à la suite de cette journée approfondir un ou plusieurs des thèmes abordés. Il s'agit principalement et par ordre d'importance :

- des soins palliatifs néonatals ou d'autres sujets d'ordre éthique ;
- la diminution du taux de césarienne ;
- l'impact de l'anesthésie péridurale (sur le taux de césarienne, sur le lien mère enfant…).

- Conclusions : points forts et points faibles de la journée

Cette journée a confirmé l'intérêt des professionnels pour les sujets liés aux questions d'éthiques, de nombreux répondants affirment ainsi que le point fort de cette formation était lié à la diversité des intervenants, à l'intérêt du sujet et du point de vue particulier du philosophe. L'un d'eux va jusqu'à affirmer : « L'intervention du philosophe devrait faire partie de toutes les journées de formation pour nous aider à se poser les vraies questions avant d'essayer d'y répondre ». De même, les ateliers pratiques en petit comité sur le modèle de celui sur l'arrêt cardiaque maternel sont considérés comme un point fort de cette journée.

Les répondants sont moins nombreux à s'exprimer sur les points faibles de la journée, ils soulignent les aspects pratiques liés aux choix de la date, à la prise en charge des repas et à la gestion du temps.

IV.3.f. Conclusions et perspectives

Comme chaque année le réseau organisera 2 journées en 2013. Le comité scientifique tiendra compte des conclusions de l'évaluation. Le programme de chaque journée sera travaillé largement en amont par le comité scientifique du réseau de manière à obtenir l'agrément pour le développement personnel continu (DPC) et à informer les professionnels au plus tôt.

IV.4. Elaboration et diffusion de référentiels de soins périnatals

Tableau 20 : Synthèse de l'action Elaboration et diffusion de référentiels de soins périnatals

Finalité de l'action	
L'élaboration, l'actualisation et la diffusion de référentiels de soins périnatals ont pour principale finalité le perfectionnement et l'harmonisation des pratiques de soins en contribuant au développement des connaissances et des compétences des professionnels.	
Principales réalisations (indicateurs de suivi)	
Une grande part du travail réalisé sur les référentiels est menée à distance par échange d'email et peut donc difficilement être quantifiée bien qu'elle constitue un engagement important de la part des professionnels qui y participent.	
Nombre de réunions organisées	23
Nombre de participations à l'élaboration ou à l'actualisation des référentiels	60
Principaux résultats (indicateurs d'évaluation)	
Nombre annuel de visiteurs sur les pages référentiels du site internet	5 646
Principales perspectives pour 2013	
○ Finalisation et diffusion des protocoles en addictions et périnatalité et en psychologie et grossesse. ○ Réactualisation des protocoles en néonatalogie. ○ Identification des thématiques nécessitant la rédaction de nouveaux protocoles en anesthésie-réanimation à partir des données de l'étude sur la morbidité maternelle.	

IV.4.a. Contexte et historique

L'élaboration et la diffusion de référentiels de soins périnatals fait partie des missions du réseau. En effet, le cahier des charges des réseaux de périnatalité mentionne que « le réseau a connaissance de l'actualité de ces recommandations et de ces référentiels élaborés au plan national par les sociétés savantes impliquées dans la périnatalité et par la Haute Autorité en Santé. Il les diffuse et les applique en son sein, après discussions et décisions consensuelles sur des adaptations locales notamment. Les protocoles élaborés au sein du réseau sont également diffusés et appliqués ».

De même, la convention FIQCS établit parmi les objectifs du réseau **«** de poursuivre l'actualisation et la diffusion de référentiels dans les domaines de la périnatalité déjà élaborés en région » et de « veiller à l'augmentation de la participation des professionnels libéraux concernant l'élaboration et la diffusion des référentiels régionaux de soins périnatals dans un but d'appropriation ».

Enfin, au titre de la Charte du réseau NLR les adhérents « s'engagent en outre à mettre en œuvre :

- une homogénéisation des pratiques fondées sur des référentiels diagnostiques et thérapeutiques validés ;
- des règles de bonnes conduites définies en commun par les acteurs adhérents à la charte et basées, notamment, sur l'anticipation dans les situations à risque ».

IV.4.b. Finalité

L'élaboration, l'actualisation et la diffusion de référentiels périnatals ont pour finalité l'amélioration de la qualité de la prise en charge en permettant le perfectionnement et l'harmonisation des pratiques. Cette action donne lieu à la mobilisation des professionnels au sein de groupes de travail et d'échanges sur les pratiques et contribue au développement des connaissances et des compétences des professionnels de santé de la région.

IV.4.c. Méthodologie et réalisations

- **Identification des problématiques**

Les problématiques de soins faisant l'objet d'un référentiel sont identifiées à l'occasion de réunions du Conseil scientifique sur la base :

- des problématiques abordées à l'occasion des revues de dossiers (Cf. ci-dessus) ;
- des protocoles et recommandations publiés par les sociétés savantes et l'HAS au niveau national et international ;
- des données de la COCHRANE database ;
- des propositions et besoins formulés par les groupes de travail et les professionnels de terrain.

- **Elaboration des protocoles**

Modalités d'élaboration

Dès la mise en place du réseau en 2004, il a été décidé que les référentiels seraient élaborés dans le cadre de groupes de travail thématiques dans la mesure où un tel fonctionnement 1/ favorise l'appropriation des référentiels par les professionnels y participant, 2/ confère une plus grande légitimité à ces référentiels et 3/ contribue à la dynamique de réseau. Ces groupes ont été constitués sur la base de groupes plus ou moins formels préexistants au réseau ou *ad hoc* à partir d'un appel à participation lancé par le réseau. Un nouveau groupe de travail a été créé en 2012 sur la thématique « Hépatites et Grossesse » lancée en janvier.

Chaque groupe de travail dispose d'un référent qui fait le lien entre les travaux du groupe et la coordinatrice du réseau. Chaque référent a pour mission de réaliser une veille régulière sur toutes les nouvelles informations relatives aux thèmes de son groupe. Presque tous les référents de ces groupes sont membres du Conseil d'administration ou du Conseil scientifique. Les modalités d'élaboration peuvent varier d'un groupe à l'autre (intensité du travail à distance ou en réunion notamment), toutefois tous les groupes réalisent la validation finale des référentiels en réunion.

Les années précédentes le réseau indemnisait les praticiens libéraux participants à ces groupes, pour un montant forfaitaire individuel de 150 euros par jour. Toutefois, du fait des contraintes budgétaires, aucune indemnisation n'a été versée en 2012.

Tableau 21 : Vue d'ensemble de l'activité des groupes de travail

Thèmes	Révision ou Rédaction	Dates	Lieu	Nombre de participants
Addictions	Révision et rédaction	(Cf. chapitre dédié au projet régional périnatalité et addictions)		
Allaitement	Rédaction	(Cf. chapitre dédié au projet régional de promotion de l'allaitement maternel)		

Thèmes	Révision ou Rédaction	Dates	Lieu	Nombre de participants
Obstétrique	Révision et rédaction	12/01/2012	Saint-Gély du Fesc	3
		23/03/2012	Saint-Gély du Fesc	3
		30/03/2012	Saint-Gély du Fesc	3
		04/04/2012	Saint-Gély du Fesc	3
		30/07/2012	Saint-Gély du Fesc	3
Chirurgie pédiatrique	Révision	24/09/2012	Saint-Gély du Fesc	3
Pédiatrie	Révision	Programmation annuelle	Coordonné par le GEN LR	
Psychopathologies et grossesse	Rédaction	09/03/2012	AFREE	4
		19/03/2012	AFREE	3
Hépatites et grossesse	Rédaction	16/01/2012	Saint-Gély du Fesc	2
		31/01/2012	Montpellier	7
		29/3/2012	Montpellier	13
	Diffusion	07/09/2012	La Grande Motte	13

Tableau 22 : Liste des référentiels rédigés et/ou révisés en 2012

Thématiques	Résumé
Les référentiels en obstétrique	Actualisés en 2010–2012, mise en ligne début 2013
Les référentiels addictions	Rédaction en 2009, actualisation en 2011-2012
Les référentiels sur psychopathologie et grossesse	Rédaction et mise en ligne en 2010 Rédaction en 2011-2012
Les référentiels sur l'allaitement maternel	Rédaction en 2011-2012

Thématiques	Résumé
Les référentiels en chirurgie pédiatrique	Rédaction en 2009/2010, mise en ligne en 2010, réactualisation en 2012-2013
Les référentiels en pédiatrie	Rédaction en 2009, mise à jour en 2012-2013
Les référentiels Hépatites et grossesse	Constitution du groupe et rédaction en 2012
Les référentiels en anesthésie-réanimation	Rédaction en 2006, mise en ligne en 2007, étude sur la morbidité maternelle en 2011-2012
Les référentiels en échographie obstétricale	Rédaction en 2006, mise en ligne en 2007, diffusion lors de la Journée régionale d'échographie en Février 2011, aucune activité en 2012
Le référentiel pour le suivi des grossesses à bas risques	Rédaction en 2008, mise à jour en 2009, aucune activité en 2011 ni en 2012
Les référentiels en endocrinologie	Rédaction en 2009, mise en ligne en 2010, aucune activité en 2011 ni en 2012

➢ **Diffusion des protocoles**

Tous les référentiels validés sont publiés en ligne sur le site www.perinat-lr.org ou disponibles sur CD-ROM sur demande auprès du réseau. Ils sont également diffusés directement par email aux professionnels concernés dont le réseau dispose des adresses électroniques. Les référentiels sont également diffusés à l'occasion des formations organisées par le réseau sur les thèmes retenus.

- Les référentiels addictions (Cf. Chapitre sur le projet régional périnatalité et addictions)
- Les référentiels relatifs à l'allaitement maternel (Cf. Chapitre sur le projet régional de promotion de l'allaitement maternel)
- Les référentiels en obstétrique

Le 20 mars 2010 un groupe régional de travail sur les référentiels en obstétrique avait été constitué. Les modalités de travail sur les protocoles en obstétrique ont consisté à réunir une fois le groupe régional pour finaliser le travail de rédaction de nouveaux protocoles entamé en 2010. Par la suite, les référents du groupe se sont réunis régulièrement pour relire tous les protocoles existants, décider et rédiger les réactualisations nécessaires (7 réunions).

8 nouveaux protocoles ont été rédigés.

- Accouchement sur utérus cicatriciel.
- Déclenchement du travail à partir de 37 SA.
- Dépistage de la T21.
- Grossesse après 40 ans.
- Grossesses gémellaires.
- Mort fœtale in utéro.
- Prise en charge des dystocies dynamiques.
- Prise en charge des IMG.

Relecture de tous les protocoles existants dont 13 protocoles ont été réactualisés dans le courant de l'année.

- Cholestase gravidique.
- Grossesse arrêtée et fausse couche spontanée.
- Hématome retroplacentaire.
- Hémorragie du post-partum.
- Hydramnios.
- Insertion basse du placenta.
- M.A.P à membranes intactes.
- Oligoamnios.
- Pré éclampsie et HTA gravidique.
- Prévention allo-immunisation materno-fœtale.
- Prévention des infections materno-fœtale à Streptocoque B.
- Retard de croissance intra utérin.
- Rupture prématurée des membranes après 34 SA.

- Les référentiels sur psychopathologie et grossesse

A partir du 23 novembre 2010 ce groupe a travaillé à la rédaction de référentiels sur «Grossesse et psychopathologies parentales ». Après une première réunion plénière, un groupe restreint de 5 référents (2 pédopsychiatres, 2 sages-femmes et un gynécologue-obstétricien) s'est réuni régulièrement pour élaborer des propositions de textes qui ont été ensuite soumises par email au groupe régional (2 réunions en 2012). Les référentiels de cette thématique ont été finalisés fin 2012.

- Les référentiels en chirurgie pédiatrique

Une première série de réunions entre la coordinatrice médicale du réseau et le référent du groupe de travail en septembre 2012 pour identifier les éléments à actualiser et organiser le travail du groupe. Un calendrier de travail a été établi pour l'année 2013.

- Référentiel Hépatites et grossesse

Le réseau NLR et le réseau Hépatites Languedoc-Roussillon ont mis en place un partenariat pour la rédaction d'un référentiel sur la thématique hépatites et grossesse. Les coordinatrices des deux réseaux se sont réunies une première fois pour constituer le groupe et organiser le travail. Puis le groupe de travail s'est réuni 2 fois en 2012 et a ensuite communiqué par email pour les étapes de validation. Ce groupe est constitué par des obstétriciens, des sages-femmes, des pédiatres et des gastroentérologues adhérents des 2 réseaux. Le référentiel sera finalisé et diffusé début 2013.

Tous les référentiels, dès qu'ils sont validés et mis sous charte graphique sont mis en ligne sur le site www.perinat-france.org.

IV.4.d. Evaluation des résultats

Le tableau ci-dessous détaille par thématique le nombre de visiteurs et de pages vues concernant les référentiels sur le site internet. Il permet d'évaluer une part importante de la diffusion des référentiels. Au total, 5 646 visiteurs uniques se sont rendu sur au moins une page relative aux référentiels et ont vu 6 700 pages.

Tableau 23 : Nombres de visites sur le site internet

Pages	Visiteurs	Pages vues
Allaitement maternel	245	289
Anesthésie	171	195
Echographie	626	709
Obstétrique	256	293
Chirurgie pédiatrique	269	329
Transferts	93	121
Entretien 1er trimestre	224	265
Grossesse physiologique	201	216
Périnatalité et Addictions	775	950
Pédiatrie (Gen-Lr)	2 224	2 699
Kinésithérapie (groupe bronchiolite - Perinat-France)	143	169
Grossesse et psychopathologies	196	223
Pathologies endocriniennes	178	193
Grippe	45	49
Total référentiels	**5 646**	**6 700**

Pour approfondir l'évaluation de cette action qui est au cœur des missions du réseau, il est prévu qu'une étude approfondie de la diffusion et de l'utilisation de ces référentiels soit réalisée en 2013.

IV.4.e. Conclusions et perspectives 2013

- Diffusion des protocoles d'obstétrique.
- Finalisation et diffusion des protocoles en addictions et périnatalité et en psychopathologie et grossesse.
- Identification des thématiques nécessitant la rédaction de nouveaux protocoles en anesthésie-réanimation à partir des données de l'étude sur la morbidité maternelle.
- Veille sur les thématiques de l'échographie obstétricale, du suivi des grossesses à bas risques.
- Evaluation de la diffusion et de l'appropriation des référentiels du réseau NGLR.

IV.5. Organisation du dépistage de la trisomie 21

Tableau 24 : Synthèse de l'action Organisation du dépistage de la trisomie 21

Finalité de l'action	
Cette action vise à améliorer la qualité du dépistage de la trisomie 21 notamment *via* la mise en place d'un système d'assurance qualité pour la mesure de la clarté nucale.	
Principales réalisations (indicateurs de suivi)	
Délivrer/renouveler les numéros d'identifiants aux échographistes qui en font la demande et répondent aux critères. Réaliser le suivi des mesures échographiques et biologiques et transmettre à chaque échographiste ses propres mesures résumées	
Nombre de numéros d'identifiant délivrés en 2012	8
Nombre total de numéro d'identifiant délivrés depuis 2009	162
Principaux résultats (indicateurs d'évaluation)	
En l'état actuel des systèmes d'information, le réseau n'est pas en mesure de fournir des informations sur la valeur prédictive positive du test pour la trisomie 21 (proportion de femmes porteuses d'un fœtus atteint de trisomie 21 parmi l'ensemble des femmes considérées comme à risque) et le suivi des issues de grossesse y compris le taux de perdus de vue.	
Proportion de dépistage avec un risque supérieur à 1/250	3,1 %
Principales perspectives pour 2013	
○ Continuer à attribuer les numéros d'identifiant aux échographistes agréés. ○ Clarifier avec l'ARS le rôle du réseau dans le système d'assurance qualité du dépistage.	

IV.5.a. Contexte et historique

Organisation du dépistage de la trisomie 21 dès le premier trimestre de la grossesse

L'évaluation des stratégies de dépistage de la trisomie 21 (HAS, 2007) a montré que le dépistage combiné du 1er trimestre permet d'améliorer les taux de détection de la trisomie 21 (autour de 80-85 % contre 70 % pour les marqueurs sériques du 2ème trimestre) et de diminuer les taux de faux positifs (5 %) susceptibles de conduire à une amniocentèse. Ces conclusions ont amené à la définition de nouvelles modalités de dépistage intégrant le dépistage combiné du 1er trimestre. Ces nouvelles modalités d'organisation reposent notamment sur la mise en place d'un système d'assurance qualité pour la mesure de la clarté nucale, système dans lequel les réseaux de périnatalité jouent un rôle important. Par ailleurs les Centres Pluridisciplinaires de Diagnostic Prénatal (CPDPN) doivent être partenaires des réseaux pour ce dépistage.

Textes de références

- Arrêté du 23 juin 2009 fixant les règles de bonnes pratiques.
- Arrêté du 23 juin 2009 relatif à l'information de la femme enceinte.
- Article R. 2131-1 et R. 2132-1 du Code de la Santé Publique.

IV.5.b. Finalité

Cette action vise à améliorer la qualité du dépistage de la trisomie 21 notamment *via* la mise en place d'un système d'assurance qualité pour la mesure de la clarté nucale.

IV.5.c. Méthodologie et réalisations

➢ **Rôle des RSP tels que défini dans les textes de référence**

- Préalables

- Tenir à jour la **liste des échographistes** (du territoire du RSP) pratiquant la mesure de la Clarté Nucale et de la Longueur Cranio-Caudale, et ayant satisfait une évaluation des pratiques professionnelles auprès d'un organisme agréé.
- Etablir la **liste des laboratoires et des biologistes agréés** pratiquant le dosage des marqueurs sériques du 1er trimestre dans le territoire : nom, adresse, mail, n° agrément pour adhésion et pour le recueil des issues de grossesse.

- Le rôle réglementaire des RSP tel que prévu par l'arrêté

Pour les échographistes

- Etablir une **procédure d'adhésion** des échographistes au RSP.
  - Recevoir la demande de l'échographiste.
  - Etablir, sur la présentation d'un certificat, que l'échographiste a bien accompli son EPP, avec l'organisme agréé et son numéro d'agrément, ainsi que l'année d'obtention.
  - Obtenir des échographistes un engagement de :
    - production d'images documentant la qualité des mesures Transmission de suivi des médianes et de la distribution des mesures de la clarté nucale ;
    - obtention d'une formation initiale (point 2 de l'annexe de l'arrêté du 23 juin 2009) ;
    - respect des spécifications techniques concernant le matériel échographique (point 2 de l'annexe de l'arrêté du 23 juin 2009).
- Attribuer un numéro d'identifiant des échographistes.
- **Communiquer le numéro d'identifiant** aux échographistes ayant accompli l'EPP et s'étant engagé à respecter les conditions de l'arrêté (Point 6 de l'annexe de l'arrêté).

Pour les autres professionnels concourant au dépistage

- **Etablir une procédure d'adhésion** pour tous les professionnels concourant au dépistage et au diagnostic de T21 (sages-femmes, gynéco-obstétriciens et gynécologues, généralistes, biologistes de la région et biologistes des laboratoires hors région si besoin…), en lien avec les CPDPN (article 11 de l'arrêté).

Contrôle-qualité

- Le **principe général** est que seul l'échographiste est responsable de la qualité de chaque cliché et des mesures. L'EPP est formative et non sanctionnante.
- **Les RSP doivent s'assurer des formations initiales** (paragraphe 2 de l'annexe de l'arrêté) :
  - gynéco-obstétriciens et spécialistes en imagerie médicale : à partir de 1994-1995, diplôme universitaire (DU) ou interuniversitaire (DIU) d'échographie en gynécologie-obstétrique ;
  - sages-femmes : à partir de 1994-1995, attestation en échographie obstétricale ;
  - médecins généralistes et les autres médecins spécialistes : DIU d'échographie générale ainsi que son module optionnel de gynécologie-obstétrique.

- Les RSP mettent en lien avec les professionnels (paragraphes 4.3 et 6 de l'annexe de l'arrêté) un **suivi des mesures échographiques et biologiques** selon des modalités à définir dans chaque RSP. La confidentialité des données, de leur analyse et de leur publication est assurée par toutes les personnes concernées par la conservation et l'exploitation des mesures. Chaque professionnel recevra, à un rythme à définir, ses propres mesures résumées, et les résultats de l'ensemble du RSP pour qu'il puisse comparer sa pratique avec celle des autres échographistes.
- **Renouvellement des numéros identifiants.**

L'arrêté du 23 juin 2009 ne mentionne pas la durée ou le renouvellement du numéro identifiant à un RSP. La FFRSP propose un délai maximum de la première EPP depuis 5 ans maximum, et un délai de renouvellement de 5 ans.

➢ **Activité du réseau**

Dès novembre 2009, le réseau périnatal NGLR a mis en œuvre (sans moyens supplémentaires) toutes les recommandations des textes.

1. La **liste des échographistes** a été mise à jour.
2. La **liste des laboratoires et des biologistes agréés** a été établie.
3. Une **procédure d'adhésion** des échographistes au RSP a été rédigée conformément à l'arrêté du 23 juin 2009 puis adressée aux échographistes.

   Une lettre de demande d'identifiant uniformisée pour tous, que l'échographiste doit adresser au réseau, a été rédigée. Il a par ailleurs été demandé en accompagnement de cette lettre la présentation du certificat d'EPP avec l'organisme agréé et le numéro délivré par l'organisme ainsi que l'année d'obtention.

4. Le réseau s'est assuré des formations initiales des demandeurs.
5. Le réseau a établi un numéro identifiant pour chaque demandeur à partir d'un tableau Excel, qui leur a été immédiatement communiqué par mail ou par voie postale.
6. Pour les autres professionnels concourant au dépistage, une procédure d'adhésion a également été établie.

<u>En 2010, mise en place de la commission d'attribution des numéros identifiants</u>

Une commission d'attribution des numéros identifiants a été constituée. Cette commission est composée des coordonnateurs des deux CPDPN de la région, du président du réseau périnatal NLR, de la coordinatrice médicale du réseau NLR. Les décisions et propositions de cette commission sont validées au sein du Conseil d'administration du réseau régional NLR.

Il a été décidé par cette commission de demander à l'échographiste qui fait une demande de numéro au réseau périnatal régional NLR, outre les documents demandés par les textes de loi, la note qu'il a obtenue à son EPP. Tous les dossiers de demande pour lesquels la note est inférieure à 12/20 sont discutés en commission. Il est demandé à l'échographiste dans ce cas de refaire une EPP.

<u>2012 : Transmission des multiples de la médiane de CN aux échographistes</u>

Les données issues des mesures réalisées par les échographistes en 2011 ont été agrégées par l'ABM, puis ventilées auprès de chaque Réseau de Santé Périnatale (RSP) avec les variables suivantes : numéro identifiant, nombre de mesures, multiples de la médiane de CN, nombre de mesures de risque de T21 > 1/250.

En 2012, le réseau a transmis à chaque échographiste agréé avant le 1er janvier 2012 les informations le concernant (nombre de mesures, multiples de la médiane de CN, nombre de mesures de risque de T21 > 1/250). Une lettre explicative des informations transmises a été préparée avec le CDDPN de Nîmes (réunion du 22 Mai 2012) et accompagnait ces informations. Ainsi, 154 courriers ont été envoyés par le réseau.

Malgré la lettre explicative, les courriers ont généré d'importantes interrogations de la part des professionnels et près de la moitié d'entre eux ont demandé des clarifications au réseau, soit par mail soit par téléphone. Le réseau s'est trouvé dans une position relativement inconfortable dans la mesure où, s'il a bien pour mission de transmettre ces informations aux échographistes, l'interprétation des données transmises est relativement complexe : il ne s'agit pas d'une note évaluant la qualité du dépistage mais d'une information permettant à chaque échographiste de comparer ses mesures avec celles de tous les autres échographistes. De même, lorsque le décalage entre les mesures d'un échographiste et celles de tous les autres est particulièrement important, le réseau n'a pas pour mission explicite ni est en mesure d'apporter un soutien particulier à cet échographiste (Formation, EPP, Expertise).

IV.5.d. Premiers résultats

- **Numéro d'identifiants délivrés**

40 numéros avaient été attribués en 2009,

97 numéros ont été attribués en 2010**,**

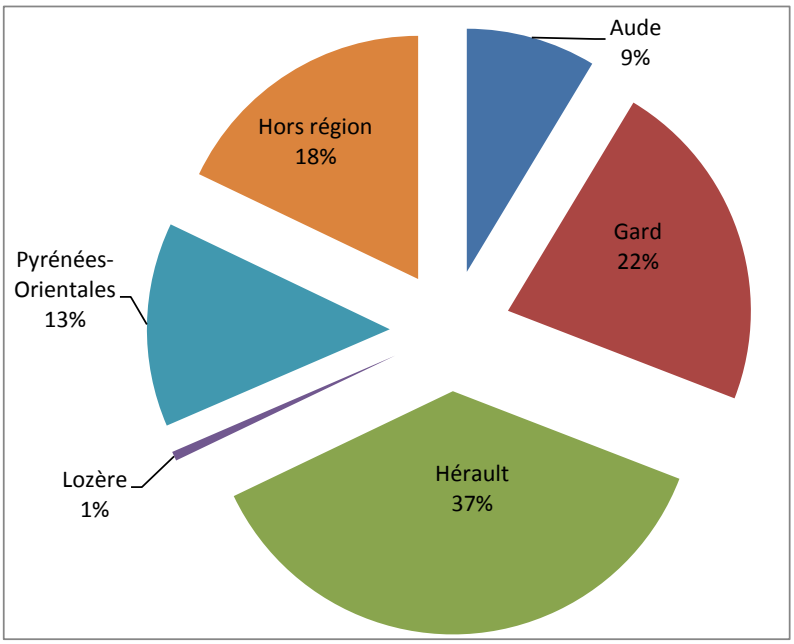
17 numéros ont été attribués en 2011,

8 numéros ont été attribués en 2012

162 numéros identifiants ont été délivrés au 31 décembre 2012

- 1 a été suspendu en attente d'une attestation de diplôme.
- 1 a été radié pour déménagement.
- Quelques demandes sont en attente de l'attestation de validation de la démarche d'EPP, ou de l'obtention du DIU exigés par la loi.

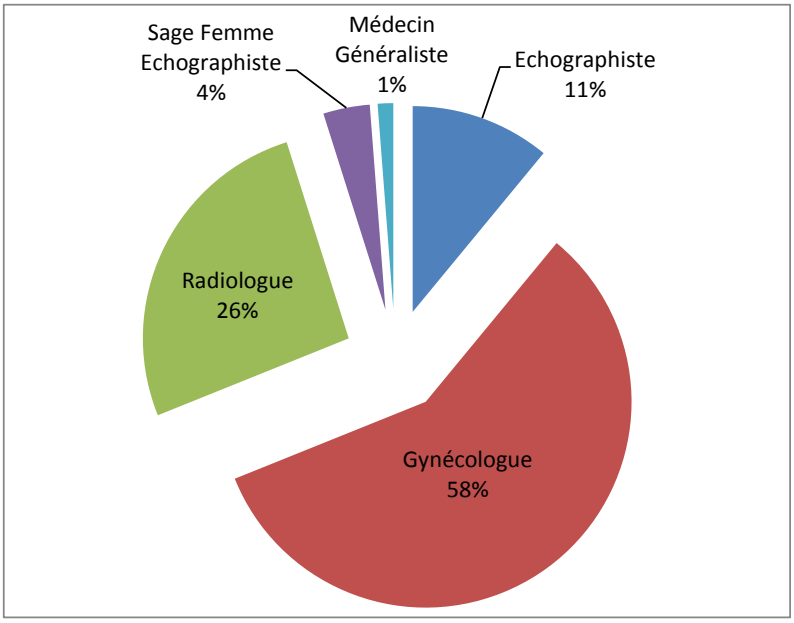
Graphique 26 : Département d'exercice des échographistes ayant un numéro identifiant



133 échographistes **soit 82 %** ayant un n° identifiant exercent dans la région Languedoc-Roussillon et

29 échographistes **soit 18 % exercent en régions limitrophes.**

Graphique 27 : Profession des échographistes ayant un numéro identifiant



Sur les 162 numéros délivrés, **6** l'ont été à des **sages-femmes échographistes, 2** à des **médecins généralistes**, les autres ont été délivrés à des gynécologues et des radiologues.

➢ **Activités et résultat du dépistage**

L'ABM a transmis au réseau NLR les résultats des échographies réalisés en Languedoc-Roussillon dans le cadre du dépistage combiné de la T21. L'Arrêté du 23 juin 2009 précise que pour réaliser le suivi du dépistage « Les praticiens agréés pour effectuer les analyses mentionnées au 6° de l'article R. 2131-1 doivent être en mesure de fournir :

- *le pourcentage de femmes considérées à risque (risque supérieur à 1/250) au sein de l'ensemble des femmes pour lesquelles le calcul a été réalisé ;*
- *la structure d'âge de la population testée ;*
- la valeur prédictive positive du test pour la trisomie 21 (proportion de femmes porteuses d'un fœtus atteint de trisomie 21 parmi l'ensemble des femmes considérées comme à risque) ;
- les médianes et la distribution de chacun des marqueurs biochimiques ;
- *les médianes et la distribution de la clarté nucale, par opérateur (désigné par son identifiant) ;*
- le suivi des issues de grossesse y compris le taux de perdus de vue.

A cet effet, une procédure de transmission des données entre l'ensemble des professionnels concernés est établie par le ou les réseaux de périnatalité. »

Le réseau NLR est capable de fournir ces informations que pour 3 des indicateurs susmentionnés (en italique) sur la base des données transmises par l'Agence de biomédecine. Ces informations sont présentées dans les 3 tableaux ci-après. Le réseau a toutefois sollicité les organismes agréés pour qu'il lui communique ces informations (notamment les issues de grossesse), mais ces derniers n'ont pas été en mesure de les lui apporter. L'outil Bionuqual développé afin de collecter ces informations a été présenté au conseil d'administration du réseau le 27 janvier 2012 par l'un de ses promoteurs. Toutefois l'outil présentant certaines limites, son accès étant payant et le réseau n'ayant pas eu de budget de l'ARS dédié à cette fin, le conseil d'administration du réseau n'a pas souhaité donner suite à cette présentation. En l'état actuel des systèmes d'information existants, le réseau se trouve ainsi dans l'incapacité de renseigner l'ensemble des indicateurs de suivi du dépistage figurant dans le décret.

Tableau 25 : Nombre d'échographies réalisées en 2011 par niveau de risque

Niveaux de risque	Nombre d'échographies	%
Nombre de dépistage avec un risque inférieur à 1/250	16 317	96,9 %
Nombre de dépistage avec un risque supérieur à 1/250	520	3,1 %
Total	**16 837**	**100 %**

Source : Agence de biomédecine

Tableau 26 : Nombre d'échographies réalisées en 2011 par classe d'âge

Age des femmes	France		Languedoc-Roussillon	
	N	%	N	%
<=20	13 480	3,3	649	3,9
]20 - 25]	71 179	17,5	3 075	18,3
]25 - 30]	149 467	36,7	5 997	35,6
]30 - 35]	116 520	28,6	4 663	27,7
]35 - 38]	36 193	8,9	1 592	9,5
>38	19 889	4,9	861	5,1

Source : Agence de biomédecine

Tableau 27 : Médianes et distribution de la clarté nucale en 2011

Numéro de l'échographiste	Nombre d'échographies effectuées	Médiane des MoM de CN	Intervalle de Confiance à 95 %
France	406 728	0,82	[0,82-0,83]
Réseau	16 837	0,78	[0,78-0,79]

Source : Agence de biomédecine

IV.5.e. Conclusions et perspectives 2013

L'essentiel de l'organisation du dépistage de la T21 repose sur les réseaux de périnatalité sans que des moyens supplémentaires ne leur soient accordés. En l'état actuel des systèmes d'information existants, le réseau se trouve ainsi dans l'incapacité de renseigner une partie des indicateurs de suivi de dépistage prévus dans le décret.

Un décret difficile à appliquer pour les réseaux, un paradoxe inconfortable : pas de diplôme exigé pour les « anciens » qui exercent l'échographie obstétricale depuis et avant 1994 alors qu'ils auraient parfois besoin d'une remise à niveau de leurs connaissances dans ce domaine, pas d'obligation non plus dans ces cas de demander la note obtenue à l'EPP alors que pour les professionnels exerçants après 1994 le diplôme est exigé, pour des jeunes qui ont souvent appris l'échographie dans leur formation initiale avec une compétence pratique connue mais à qui, conformément aux textes de loi, nous ne pouvons pas donner de numéro identifiant sans attestation de DIU.

L'objectif de qualité semble bien difficile à atteindre sans plus de précisions dans les textes.

IV.6. Actions de coordination et de communication

IV.6.a. Finalité

Le réseau mène une série d'actions transversales qui s'inscrivent dans le cadre de ces missions en termes :

- d'observation et d'amélioration des connaissances en santé périnatale ;
- d'amélioration de la coordination des professionnels, des maternités et des services de PMI ;
- de promotion d'outils validés au niveau national comme l'entretien prénatal précoce ;
- de contribution à la réflexion sur la politique périnatale au niveau national et régional ;
- de communication et de promotion des actions du réseau.

IV.6.b. Méthodologie et résultats

➢ **Groupe régional des sages-femmes cadres de maternité (GRSCM)**

En septembre 2011 a été créé un groupe de travail régional des sages-femmes cadres de maternité (GRSFCM). Ce groupe s'est constitué suite au constat de la coordinatrice fait lors de ses déplacements dans les maternités : certains outils d'organisation et de management performants pouvaient être partagés et proposés à d'autres services afin de ne pas refaire un outil déjà existant et qui a fait ses preuves.

Les cadres de maternité étaient très demandeuses d'échanger entre elles sur leur responsabilités et engagement quotidien dans les services. Le constat d'une grande variabilité des tableaux de bord de suivi dans chaque service a été une motivation principale pour la création de ce groupe de travail afin de définir un outil commun de suivi d'indicateurs.

Plusieurs sujets prioritaires ont été définis.

- Tableau de bord des maternités

Chaque année, le réseau mène une enquête auprès des sages-femmes cadres de maternité pour renseigner une série d'indicateurs dont les plus importants sont : le nombre d'accouchement et le nombre de naissance. Ce travail a permis d'identifier des pratiques très diverses d'un établissement à un autre et un besoin d'appui des sages-femmes cadres pour le suivi d'activité dans leur maternité. Pour répondre à ces besoins, le réseau a décidé de développer au sein du GRSFCM un outil commun de suivi d'activité des maternités de la région avec deux objectifs :

1. améliorer le suivi et la gestion de l'activité dans chaque maternité ;
2. améliorer le suivi des accouchements et des naissances au niveau régional.

La conception de l'outil à partir des critères définis par le groupe a été confiée au coordinateur administratif du réseau dont les compétences en suivi et en évaluation de politiques publiques étaient particulièrement pertinentes. Pour concevoir l'outil, la méthode suivante a été mise en œuvre :

- réunion de l'équipe de coordination du réseau avec la sage-femme cadre du CH d'Alès pour discuter d'outils déjà utilisés par le CH d'Alès et le CHU de Montpellier, d'une synthèse des tableaux de suivi existants et des besoins (le 16/05/2012) ;
- définition avec la coordinatrice médicale du réseau d'une première liste d'indicateurs et développement d'une première maquette de l'outil (juin-juillet) ;
- présentation et discussion de cette première liste d'indicateurs avec le GRSFCM (Réunion du 21/09/2012 à Alès) et définition d'une liste définitive d'indicateurs communs ;
- test de la première maquette par le CH d'Alès et la Clinique Kennedy à Nîmes (Octobre – Novembre) ;

- présentation et discussion de cette première maquette sur la base des tests avec le GRSFCM (Réunion du 30/11/2012 au CH de Bagnols sur Cèze) ;
- développement d'une version définitive de l'outil finalisé et transmise à toutes les sages-femmes cadres d'établissement le 21/12/2012 pour qu'il puisse être utilisé dès le 01/01/2013.

Afin de rendre l'utilisation de l'outil plus attrayante et mieux adaptée aux besoins de chaque établissement, le réseau a proposé de personnaliser l'outil en ajoutant des indicateurs en fonction des besoins de chacun. 10 maternités ont demandé à personnaliser le tableau de bord. Ces demandes allant de l'ajout d'un nombre restreint d'indicateurs (ex. orientations après l'accouchement) à l'intégration d'une dimension entière de l'activité (ex. suivi de l'activité de la salle physiologique de Bagnols sur Cèze).

Au total, 3 Maternités ont rentré l'ensemble de leur accouchement 2012 dans l'outil et transmis les données au réseau et 11 maternités ont fait part au réseau de leur volonté d'utiliser l'outil dès le 1er janvier 2013.

Cette action, tout comme l'étude sur la morbidité maternelle et l'exploitation des données du DCPI et du réseau GLR, s'inscrit dans la perspective de la mise en place d'un observatoire régional de la périnatalité permettant d'établir un diagnostic et un suivi fin des enjeux de la périnatalité dans notre région.

- <u>Diffusion et partage d'outils existants</u>

Le groupe est également un lieu privilégié pour diffuser les outils préparés par le réseau (référentiels), mobiliser les maternités sur les projets du réseau (addictions, allaitement etc.) et permettre aux sages-femmes cadres d'échanger sur les pratiques et les outils dans leurs établissements respectifs. En 2012, on notera que le groupe a permis notamment :

- de diffuser le poster et les fiches de surveillance préparés par le réseau sur les hémorragies du post-partum ;
- partage d'un modèle de Déclaration pour les mort-nés.

- <u>Projet 2013 : service ou pôle d'accouchements physiologiques</u>

Les sages-femmes cadres ont exprimé leur souhait d'échanger sur la mise en place de service ou pôle d'accouchements physiologique dans les maternités. La réunion du 30/11/2012 à Bagnols sur Cèze a ainsi permis de présenter l'équipement et la pratique des accouchements physiologiques dans cette maternité. Le thème des salles d'accouchements physiologiques est donc l'un des principaux axes de travail du groupe pour 2013 avec pour objectif :

- la préparation d'une bibliographie ;
- la définition d'indicateurs de suivi intégré au tableau de bord des maternités (Cf. ci-dessus) ;
- la mise en place d'une formation commune ;
- la préparation d'un appel d'offre pour l'achat de matériel ;
- une réunion est déjà programmée pour le 15 janvier 2013.

- <u>Projet 2013 : Gestion des risques en maternité</u>

Les membres du groupe ont également souhaité que la gestion des risques en maternité fasse partie des axes du travail du groupe en 2013 avec notamment des échanges de pratiques sur les outils développés et utilisés par les établissements qui ont entamé ce type de démarches.

➢ **Actions de coordination avec les services de PMI et l'assurance maladie**

- <u>PMI 34</u>

Le service de PMI du Conseil général de l'Hérault a interpellé le réseau sur des difficultés de coordination entre sage-femme libérales et agents de la PMI (sages-Femmes et puéricultrices

principalement). Le réseau a donc proposé d'organiser dans chaque agence du département où cela serait nécessaire des rencontres entre sages-femmes libérales et professionnels de PMI afin de surmonter ces difficultés.

Le réseau souhaite mettre en avant la complémentarité des sages-femmes libérales et des services PMI (sages-femmes et puéricultrices).

La coordinatrice médicale a organisé avec le médecin responsable de l'agence de la mer une première réunion SFL/SFPMI. La méthode proposée par le réseau pour assurer cette médiation sur le territoire de l'agence de la mer (Montpellier Sud) a consisté à :

1. organiser 2 réunions préparatoires, une avec la PMI (Réunion du 24/01/2012) une avec 2 sages-femmes libérales référentes sur Montpellier (Réunion du 6/03/2012) ;
2. puis organiser une réunion commune, sages-femmes libérales de Montpellier et les sages-femmes de PMI attachées à l'agence de la mer (Réunion du 9/03/2012) pendant laquelle sont rappelés les rôles et les missions de la PMI d'une part et des sages-femmes libérales d'autre part. Les situations conflictuelles sont reprises et des solutions sont recherchées pour qu'elles ne se reproduisent plus. Résultat direct, prise de contact, échanges d'information facilitée.

Une réunion préparatoire avec les services du PMI sur le territoire de Clermont-l'Hérault a été organisée le 3/07/2012. Les autres réunions devraient être organisées en 2013. D'autres agences de PMI de l'Hérault devraient être concernées en 2013.

Enfin, le réseau a également participé à une réunion entre la PMI 34 et l'IGAS le 9/02/2012. Rencontre qui entrait dans le cadre d'un audit réalisé par l'IGAS sur les services de PMI.

- <u>Autres services de PMI</u>

Plusieurs réunions de travail et échanges ont également eu lieu avec la PMI du Gard portant sur l'entretien prénatal précoce, le parcours maternité et la validation/diffusion du référentiel portant sur l'allaitement dans les structures d'accueil du jeune enfant. Une réunion similaire sur l'allaitement a également été organisée avec la PMI de l'Aude (Cf. ci-après « Projet Allaitement »).

Une réunion avec la PMI des Pyrénées-Orientales a été organisée le 24/01/2012 afin de préparer une réunion « Périnatalité et addictions » dans les territoires ruraux de Prades et Céret (Cf. Projet « Périnatalité et addictions » ci-après). Cette rencontre a également été l'occasion de faire le point sur la participation de la PMI 66 aux différentes actions du réseau.

- <u>L'assurance maladie</u>

Le réseau a participé à 2 rencontres avec l'assurance maladie sur le parcours maternité (Réunion du 20/06/2012 dans le Gard et réunion du 29/08/2012 dans l'Hérault).

➢ **Promotion de l'entretien prénatal précoce (ET1)**

L'entretien prénatal précoce est une thématique importante pour le réseau que nous avions notamment fait figurer dans notre demande de renouvellement pour 2013–2015 présentée à l'ARS l'an dernier. En 2012, le réseau a ainsi participé à la réalisation de l'enquête menée au niveau national par la fédération des réseaux de santé périnatale (FFRSP) auprès des femmes en suite de couche. En Languedoc-Roussillon, toutes les maternités se sont impliquées dans cette étude et au total 182 femmes ont été interrogées. 47.8% des femmes interrogées avaient bénéficié d'un entretien prénatal précoce, ce taux est supérieur à celui observé au niveau national qui s'élève à 40,6%.

Par ailleurs, le réseau a engagé un travail préparatoire pour la définition d'une stratégie régionale de promotion de l'ET1 et l'organisation de formation. Ce travail a été réalisé en lien étroit avec Françoise Molénat, auteur du rapport « Périnatalité et prévention en santé mentale - Collaboration médico-psychologique en périnatalité » de 2004 qui proposait la mise en place de l'entretien

prénatal précoce, proposition reprise dans le Plan national périnatalité 2005–2007. Le tableau ci-après liste les séances de travail organisées en 2012 sur ce thème.

Tableau 28 : Réunions de travail sur l'entretien prénatal précoce en 2012

Date	Intervenants et objet de la réunion
30/03/2012	Elisabeth Demailly (Psychologue) — Préparation de la formation EPP
11/05/2012	Françoise Molénat — Stratégie de promotion de l'EPP
14/05/2012	Françoise Molénat — Stratégie de promotion de l'EPP
06/11/2012	Françoise Molénat — Stratégie de promotion de l'EPP
27/11/2012	Elisabeth Demailly et Françoise Molénat — Préparation de la formation EPP
11/5/20102	Françoise Molénat — Stratégie de promotion de l'EPP

Les projets pour 2013 sur la thématique de l'entretien prénatal précoce sont donc les suivants :

- organisation d'une formation régionale par le réseau les 24/01/13, 25/01/13 et 15/02/13 à Saint-Gély ;
- organisation de reprises de cas dans différents territoires de la région LR ;
- participation à la Journée nationale organisée conjointement par la FFRSP et le Ministère de la santé (14/5/2013).

➢ **Promotion du réseau auprès des directions d'établissement**

La coordinatrice médicale du réseau a participé en 2012 à une série de réunions visant à promouvoir l'action du réseau auprès des directeurs des établissements de la région. Ces rencontres ont pour finalités :

1. de présenter aux directions des établissements les missions du réseau ;
2. leur faire un retour sur la participation des professionnels de leurs établissements aux actions du réseau (journées, RMM, Protocoles…) ;
3. de mobiliser les directions pour qu'elles appuient les projets du réseau auprès de leurs professionnels (DCPI, Projet addictions etc.) ;
4. de proposer aux établissements l'appui du réseau pour leurs projets pouvant entrer dans le cadre des missions du réseau (Tableau de bord des maternités, proposition d'organisation, protocoles, reprise de situation, engagement dans la démarche IHAB etc.).

Tableau 29 : Réunions avec les directions d'établissements en 2012

Etablissement	Date de la réunion	Projets discutés
Clinique Saint-Roch	12/11/2012	DCPI, présentations des actions du réseau, participation des professionnels, projet accouchement physiologique
Commission périnatalité de la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)	22/05/2012	Présentation de l'expérimentation de l'auto questionnaire sur les conduites addictives, ainsi que des autres actions du réseau
CH de Narbonne	27/06/2012	Présentation de l'expérimentation de l'auto questionnaire sur les conduites addictives, ainsi que des autres actions du réseau (DCPI, GRSFCM…)

Etablissement	Date de la réunion	Projets discutés
CH d'Alès	24/05/212	Réflexion sur la stratégie d'implantation du DCPI dans l'établissement. Accueil du GRSFCM : organisation de la visite de l'établissement

➢ **Contribution transversale à la politique régionale de santé publique**

Le réseau contribue régulièrement à la réflexion sur la politique régionale de santé publique *via* sa participation à diverses instances et réunion. Le tableau suivant liste ces participations par thématique.

Tableau 30 : Participation du réseau aux réunions relative à la politique régional de santé

Thématique / Instance	Réunions	Objet
Panier de service	12/07 Pays Cœur d'Hérault 11/09 à l'ARS 5/10 Carcassonne 16/10 Nîmes 22/11 à l'ARS 20/12 à l'ARS	Réunions de présentation du panier de services Elaboration d'un projet allaitement pour le territoire pilote de Pays Cœur d'Hérault
Commission régionale nutrition santé	11/10 à l'ARS 22/11 à l'ARS	Contribution à la réflexion sur la définition et la mise en œuvre de la politique régionale
Commission régionale de la vaccination	Pas de réunion en 2012	Diffusion d'informations aux professionnels

➢ **Autres actions de communication régionale**

La communication au sein du réseau se décline de la manière suivante :

- la promotion des actions du réseau auprès des professionnels, des établissements et des institutions ;
- l'envoi de mailing (Plaquettes) à l'ensemble des professionnels de la région concerné par une des actions organisées par le réseau selon la thématique ;
- la contribution du réseau au site www.perinat-france.org ;
- le soutien en tant que partenaire à des actions organisées localement ;
- les différentes interventions des membres du réseau à des rencontres professionnelles, séminaires, congrès…
- la diffusion d'informations par mail ;
- la publication d'article dans la presse et les revues spécialisées.

A la suite de la sélection du réseau pour les victoires de la réussite en 2011, un article présentant le réseau et son action a été publié dans le numéro 41 de l'année 2012 de la revue Réseau LR sur la base d'une interview de la coordinatrice médicale.

Le réseau a également largement contribué au N° spécial de la revue Informations du CREAI-ORS de Décembre 2012 intitulé « Autour de la naissance en Languedoc-Roussillon : évolutions et initiatives ». Les membres du réseau ont notamment rédigé les articles suivants figurant dans la revue :

- Naître et Grandir en Languedoc-Roussillon : une association support juridique de deux projets réseaux amont (NLR) et aval (GLR) ;
- les revues de morbidité mortalité périnatale dans un réseau de périnatalité : quels apports pour la pratique ?
- périnatalité et addictologie : construction et transmission d'une expertise ;
- accompagnement personnalisé à domicile : un projet pour soutenir les jeunes parents ;
- le travail d'un référent allaitement dans un réseau régional de périnatalité : exemple du Languedoc-Roussillon.

➢ **Interventions du réseau au niveau national**

Le réseau est très présent au niveau national où il contribue activement à la réflexion sur la politique périnatale nationale et à la place des réseaux de périnatalité dans cette politique. Le réseau NGLR fait partie du bureau de la FFRSP (Fédération française des réseaux de santé en périnatalité) en la personne de sa coordinatrice qui est trésorière. La coordinatrice du réseau représentante de la FFRSP participe ainsi à plusieurs instances : 2 instances ministérielles (CNNSE et groupe CPOM) et 1 société savante la SFMP (société française de médecine périnatale) d'envergure nationale. Le tableau ci-après liste ces interventions.

Tableau 31 : Liste des interventions du réseau au niveau national en 2012

Instances	Finalités	Principales activités 2012
Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant (CNNSE)	Réflexion sur la politique nationale autour des retours à domicile après l'accouchement	6 journées de travail
Groupe de travail Ministériel sur les conventions pluriannuelles d'objectifs des réseaux de santé périnatals (CPOM)	Définition d'un socle commun de CPOM pour tous les RSP	4 journées de travail
Fédération française des réseaux de santé périnatale (FFRSP)	Mutualisation et échanges de pratiques entre réseaux Définition de positions communes concernant la politique nationale périnatale	6 réunions bureau et CA 2 journées de travail (DMP et suivi des enfants vulnérables) 5 journées de cours pour le Master Périnatalité Management et Pédagogie
Conseil d'administration de la société française de médecine périnatale (SFMP)	Réflexion académique sur la périnatalité	Organisation des journées de la SFMP qui se sont tenues à Montpellier

A l'occasion du congrès de la SFMP qui s'est tenu les 17, 18 et 19 Octobre 2012 à Montpellier, le réseau NLR a présenté les communications suivantes :

- peut-on mobiliser le stress post-traumatique lors de la rééducation périnéale ? Laurence CASSE, sage-femme libérale, Présidente du réseau périnatal Naitre et Grandir en Languedoc-Roussillon – Présentation orale ;
- expérimentation du dépistage de l'amblyopie dans un bassin de naissance du réseau périnatal NGLR, Renée-Pierre DUPUY, Gisèle CRIBALLET – Présentation orale ;

- différentes fonctions d'un dossier informatisé de suivi de grossesse : Coordination des professionnels, travail en réseau et pilotage de projets régionaux, Laurent RAFFIER, Fabien ARMAND, Gisèle CRIBALLET – Présentation orale ;
- présentation du réseau Naître et Grandir en Languedoc-Roussillon, Gisèle CRIBALLET/ Renée-Pierre DUPUY – Présentation orale ;
- conduites addictives pendant la grossesse chez les femmes en situation de vulnérabilité : repérage précoce en maternité, Corinne CHANAL, Laurent RAFFIER, Gisèle CRIBALLET – Poster.

IV.6.c. Perspectives 2013

- Poursuite des travaux menés dans le cadre du groupe régional des sages-femmes cadres de maternité (GRSFCM).
- Poursuite des actions de coordination auprès des services de PMI.
- Promotion de l'entretien prénatal précoce.
- Poursuite de la mise en œuvre d'un plan de communication :
    - création d'une lettre d'information trimestrielle ;
    - contacts avec les médias ;
    - évaluation des besoins en communication sur Internet ;
    - relations avec la fédération des réseaux au niveau national ;
    - valorisation des actions du réseau : participation aux congrès des sociétés savantes sous forme de communications orales ou posters et rédaction/publication d'articles.

IV.7. Etude sur la morbidité maternelle

Tableau 32 : Synthèse de l'action « Etude sur la morbidité maternelle »

Finalités de l'action	
Cette étude vise à mieux connaître la morbidité maternelle grave dans la région et notamment mesurer les écarts de prise en charge des cas par rapport aux pratiques validées. L'étude devrait ainsi contribuer à terme la mise en place de stratégies correctrices.	
Principales réalisations (indicateurs de suivi)	
Cette année, l'activité du réseau a été essentiellement consacrée à la finalisation du recueil des cas de morbidité maternelle graves dans les maternités du Languedoc-Roussillon, à la construction de la base de données, à la saisie et au contrôle qualité des données collectées.	
Nombre de déplacements dans les établissements	72
Nombre de cas inclus dans l'étude	438
Principaux résultats (indicateurs d'évaluation)	
L'étude n'étant pas encore achevée il n'est pas encore possible de faire état de ses résultats détaillés ni futurs axes d'amélioration de la prise en charge des cas de morbidité maternelle graves. Toutefois, il semble déjà important de signaler : ○ Le projet a déjà contribué à la mobilisation des établissements et des professionnels de la région autour de la problématique de la morbidité maternelle : connaissance et reconnaissance des cas par les établissements avec constitution d'un groupe de référents en région. ○ L'identification du réseau comme un soutien important pour alimenter la réflexion sur le sujet, thématique de chaque journée du réseau. ○ Une prise de conscience de la fréquence des cas de morbidité maternelle grave : environ 14/1000 naissances et leurs principales étiologies avec une part importante de morbidité de nature psychiatrique dans la région. ○ Deux décès maternels sur les 438 inclusions	
Principales perspectives pour 2013	
○ Finaliser l'analyse des données ○ Valoriser les résultats de l'étude ○ Pérenniser l'étude sous la forme d'un tableau de bord régional mis à jour régulièrement	

IV.7.a. Historique et contexte

Le cahier des charges des réseaux de santé périnatal mentionne que ces derniers ont notamment pour mission de « Recueillir et transmettre des données épidémiologiques participant ainsi à la politique générale de santé publique en périnatalité ». Or, le réseau NLR a fait le constat que la région Languedoc-Roussillon affiche un taux de mortalité maternelle élevé (13,4/100 000 pour la période 2001 - 2003 et 8,2/100 000 pour la période 2004 – 2006, source : INVS, BEH n°2-3 du 19/01/2010) et que l'étude de la morbidité maternelle demeure en France peu développée. Par ailleurs, si d'un point de vue pédiatrique l'amélioration des conditions de naissance dans la région a

pu être mise en évidence (enquête EPIPAGE 1996 vs données Insee 2005), on manque de marqueurs et d'études pour affirmer la même chose de l'état maternel. Fort de ce constat, le réseau à proposer dès 2008 de mettre en place un projet d'étude sur la morbidité maternelle grave dans le cadre de ces missions financées par le FICQS. Le projet a été accepté par l'URCAM et a débuté en 2010.

IV.7.b. Finalités

L'objectif de cette étude est de mesurer la qualité de la prise en charge de la morbidité maternelle grave pendant la grossesse, à partir de 22 semaines d'aménorrhée, et jusqu'au 42ème jour du post-partum en mesurant les écarts par rapport à une prise en charge optimale et d'orienter les mesures correctrices.

Au-delà de la tenue d'un tableau de bord régional, l'analyse des causes des accidents permettra d'anticiper et de déduire des actions de prévention et de prise en charge. Les actions correctrices devront viser notamment à mettre en évidence des dysfonctionnements dans les prises en charge, de proposer des actions aux décideurs sur l'organisation des soins et de proposer des actions pour l'évolution des pratiques professionnelles.

IV.7.c. Méthodologie et réalisations

- **Pilotage du projet**

Le projet est piloté par un comité scientifique et par une équipe projet. Le comité scientifique a pour mission d'assurer la qualité scientifique des travaux menés et est constitué par un groupe de praticiens pluridisciplinaires de la région. Son rôle a été de définir les données à collecter via la conception du questionnaire. Ce travail ayant été réalisé en 2010, le comité scientifique ne s'est pas réuni depuis.

L'équipe projet a pour mission d'assurer le suivi et la coordination opérationnelle de l'étude. Elle regroupe la directrice de l'étude, anesthésiste-réanimateur au CHU de Montpellier, la coordinatrice médicale du réseau NLR et l'attaché de recherche clinique. Elle s'est réunie 3 fois en 2012 (15 février, 15 mai et 22 juin) afin de coordonner les actions mises en place (animation du réseau de référents, saisie des données, contrôle qualité, analyse des données etc.).

- **Présentation de l'étude aux services**

Afin de sensibiliser les maternités et de faciliter leur participation à l'étude, un ensemble cohérent d'actions ont été réalisées au dernier trimestre 2010 et premier trimestre 2011 :

- Réalisation d'une plaquette et d'un diaporama de présentation
- Visite dans chaque maternité afin de présenter le projet
- Autorisation signée du directeur d'établissement et désignation d'un référent de l'étude
- Mise en place d'un système de signalement des cas

- **Conception du questionnaire de recueil de cas de morbidité grave**

Le questionnaire de recueil des cas a été conçu avec l'appui du comité scientifique en 2010. Les mois de janvier à mars 2011 ont donc été dédiés au test du questionnaire. Pendant cette phase de test, l'équipe projet s'est réunie à plusieurs reprises pour travailler à la finalisation du questionnaire. La version finale du questionnaire a été validée par l'équipe projet en juillet 2011.

- **Recueil des cas**

Sur la base du questionnaire présenté ci-dessus, le recueil de cas a été réalisé comme suit :

1. Signalement du cas par le référent de l'établissement
2. Vérification et validation des critères d'inclusion du cas par l'attachée de recherche clinique (ARC)
3. Organisation d'un rendez-vous dans l'établissement pour recueillir les informations

4. Lors de ce rendez-vous, l'ARC lit le dossier de la patiente et en extrait les informations pertinentes puis elle s'entretient avec l'équipe de l'établissement notamment en cas de besoin d'informations complémentaires ou de vérifications,
5. L'ARC contrôle la qualité des données recueillies en les croisant notamment avec les informations figurant dans le DCPI quand cela est possible.

L'activité de recueil de l'information est chronophage car elle nécessite un déplacement sur site de l'ARC mais justifiée par la charge de travail des praticiens en maternité et le choix d'obtenir un grand nombre de données pour chaque cas. L'essentiel du recueil des cas a été effectué en 2011. Toutefois, un certain nombre de cas survenus en 2011 ont été recueillis en 2012. Par ailleurs, la version définitive du questionnaire ayant été adoptée en juillet 2011, les données des cas recueillis avant cette date étaient incomplètes et il a été nécessaire de revenir dans les établissements pour les compléter. Au total, 72 déplacements ont eu lieu en 2012, essentiellement dans les maternités de niveau 3, et la majorité de ces déplacements a été effectuée entre janvier et avril.

Tableau 33 : Nombre de déplacements MOMAT en 2012 par établissement

Ville	Nbre de déplacements
NIMES (CHU, Kenval, PGS)	26
CHU ADV	13
CLEMENTVILLE	7
CH PERPIGNAN	6
ST ROCH	5
CH SETE	5
CH BEZIERS	3
CH BAGNOLS SUR CEZE	2
Autres	5
Total	**72**

Enfin, pour permettre un recueil simplifié des cas survenus en 2012, un formulaire de signalement a été créé et rempli directement sur internet par les équipes des maternités de la région. Cet outil a connu un certain succès puisque 15 établissements ont signalé 204 cas au total.

Tableau 34 : Nombre de cas MOMAT survenu en 2012 et signalé par établissement

Etablissement	Nombre de cas	%
Antoine Gayraud - Carcassonne	16	5%
CH de Narbonne	5	2%
PGS - Polyclinique Grand Sud (Nîmes)	8	2%
Carémeau (Nîmes)	34	10%
Alès	1	0%
Kennedy (Nimes)	4	1%
Louis Pasteur - Bagnols sur Cèze	20	6%
Arnaud de Villeneuve (Montpellier)	134	41%
St. Roch (Montpellier)	12	4%
Béziers	3	1%
Bassin de Thau (Sète)	4	1%
St. Jean (Perpignan)	13	4%
Notre Dame de l'Espérance (Perpignan)	22	7%
St. Pierre (Perpignan)	14	4%

Etablissement	Nombre de cas	%
Mende	3	1%
Domicile	26	8%
Autres établissement de la région	2	1%
Région PACA	1	0%
NR	6	2%
Total	328	100%

➢ **Construction de la base de données et saisie des données**

Les données collectées dans le cadre de cette étude sont relativement complexes. Il a donc été nécessaire de faire appel à un biostatisticien pour développer la base de données permettant de compiler de manière cohérente les informations relatives à chaque cas. Un biostatisticien a donc été recruté pour une durée de 2 mois, de février à avril, pour réaliser ce travail en lien étroit avec l'ARC et la directrice de l'étude.

Une fois la base de données finalisée, la saisie informatique des données recueillies a débuté en avril. En moyenne, la saisie des informations relatives à un cas prend environ 30 minutes dans les situations optimales (pas de données manquantes ou incohérentes). L'ARC a ainsi consacré l'essentiel de son temps à la saisie des données entre mai et juillet.

➢ **Contrôle qualité des données**

La saisie a permis d'effectuer un premier niveau de contrôle qualité sur les données manquantes soit parce que la patiente était toujours en cours d'hospitalisation, soit du fait de problèmes d'archivage (en moyenne un dossier sur deux nécessitait une reprise).

Puis un second niveau de contrôle qualité a été réalisé par l'ARC entre le mois de septembre et le mois de décembre. Un échantillon de cas sélectionnés de manière aléatoire a été revu de manière à vérifier que les données saisies dans la base de données sont bien cohérentes avec celles figurant dans le dossier. Cette opération a été répétée jusqu'à obtenir un niveau de qualité satisfaisant.

A l'issue du contrôle qualité, 2 cas ont été écartés de l'étude, le premier correspondait à un doublon, le second ne répondaient pas aux critères d'inclusion.

➢ **Analyse des données**

Une fois que les principaux problèmes liés à la qualité des données ont été résolus, l'analyse des données a débuté en décembre. Afin de disposer du matériel nécessaire (logiciels et capacité de calcul) et d'un soutien technique ainsi que pour pouvoir plus facilement travailler avec la directrice de l'étude, l'ARC s'est installée au Département d'informatique médical (DIM) du CHU de Montpellier pour mener cette analyse. On notera que cette aide est fournie par le DIM du CHU à titre gracieux.

Une première étape de préparation des données a été réalisée qui a consisté à :

- Mettre en forme et exporter les données depuis la base ACCESS vers un format (.csv) compatible avec le logiciel d'exploitation statistique SAS. 18 tables ont ainsi été produites comptabilisant 988 variables,
- Créer une typologie des pathologies de manière à homogénéiser les diagnostics. Ce travail a mobilisé la directrice de l'étude avec l'appui ponctuel de médecins du CHU,
- Réaliser les premiers tests de cohérence sur les données de manière à identifier les valeurs aberrantes.

Ce dernier point a notamment permis d'identifier des valeurs aberrantes et des incohérences dans les données relatives aux transfusions sanguines. Afin d'obtenir des données cohérentes une demande a été adressée à l'établissement français du sang pour comparaison des données.

Enfin, une première analyse descriptive de la population a été réalisée dont les principaux éléments sont présentés ci-après.

IV.7.d. Premiers résultats

Au total, 438 cas ont été recueillis dont 2 décès : un décès lié à une cause infectieuse (Grippe H1N1) et un décès lié à une embolie. Le tableau ci-dessous détaille le nombre de cas recueillis par établissement. Un cas sur 2 est survenu dans un établissement de type III, établissements qui présentent une incidence de 31,2 ‰, et près d'un cas sur 4 (22 %) est survenu au CHU de Montpellier. En revanche il n'y a pas de différence importante entre type I et type II, établissements qui présentent respectivement une incidence et de 8,3 ‰ et 8,5 ‰. Plus des 2 tiers des cas sont survenus soit dans l'Hérault (44 %) soit dans le Gard (27 %).

Tableau 35 : Cas de morbidité maternelle par établissement

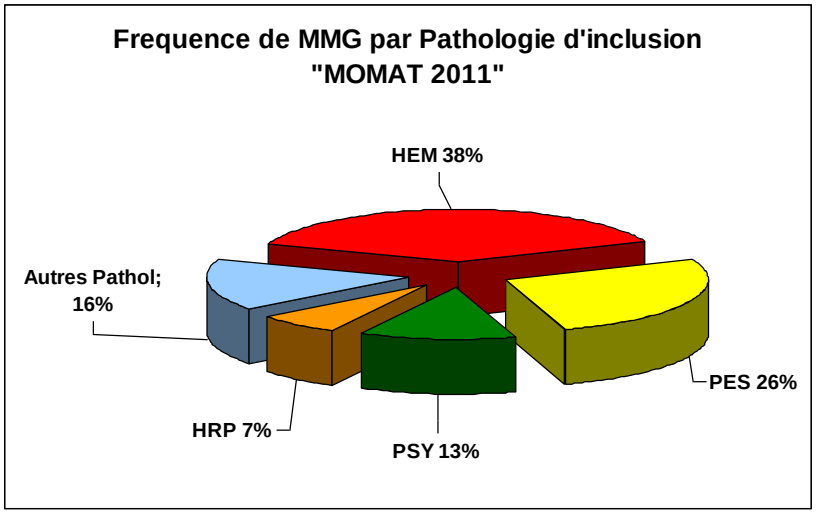
Dépt	Type	Nom de l'établissement	Type	Ville	Nbre de cas	Nbre d'acc 2011	‰
AUDE	CH	**ANTOINE GAYRAUD**	**II**	CARCASSONNE	**16**	**1844**	**8,7**
AUDE	Polyclinique	**LE LANGUEDOC**	**I**	NARBONNE	**1**	**785**	**1,3**
AUDE	CH	**NARBONNE**	**I**	NARBONNE	**5**	**884**	**5,7**
				Total AUDE	**22**	**3513**	**6,3**
GARD	CH	**ALES**	**II**	ALES	**7**	**1426**	**4,9**
GARD	CH	**LOUIS PASTEUR**	**II**	BAGNOLS SUR CEZE	**7**	**1012**	**6,9**
GARD	Polyclinique	**GRAND SUD**	**I**	NIMES	**14**	**1802**	**7,8**
GARD	Polyclinique	**KENNEDY**	**I**	NIMES	**16**	**980**	**16,3**
GARD	CHU	**CAREMEAU**	**III**	NIMES	**75**	**2160**	**34,7**
				Total GARD	**119**	**7416**	**16,0**
HERAULT	CH	**BÉZIERS**	**II**	BÉZIERS	**22**	**1457**	**15,1**
HERAULT	Clinique	**CHAMPEAU**	**I**	BÉZIERS	**6**	**1548**	**3,9**
HERAULT	Clinique	**SAINT LOUIS**	**I**	GANGES	**3**	**297**	**10,1**
HERAULT	Clinique	**CLEMENTVILLE**	**II**	MONTPELLIER	**17**	**2380**	**7,1**
HERAULT	CHU	**ADV**	**III**	MONTPELLIER	**98**	**3344**	**29,3**
HERAULT	Clinique	**SAINT ROCH**	**II**	MONTPELLIER	**27**	**3172**	**8,5**
HERAULT	Clinique	**SAINTE THERESE**	**I**	SETE	**4**	**482**	**8,3**
HERAULT	CH	**BASSIN DE THAU**	**I**	SETE	**16**	**863**	**18,5**
				Total HERAULT	**193**	**13543**	**14,3**
LOZERE	CH	**MENDE**	**II**	MENDE	**2**	**509**	**3,9**
				Total LOZERE	**2**	**509**	**3,9**
PO	Clinique	**NDE**	**I**	PERPIGNAN	**17**	**1951**	**8,7**
PO	CH	**SAINT JEAN**	**III**	PERPIGNAN	**48**	**1582**	**30,3**
PO	Clinique	**SAINT PIERRE**	**I**	PERPIGNAN	**11**	**1378**	**8,0**
				Total PO	**76**	**4911**	**15,5**
Autres	Hors Maternités				**22**		
Autres	Hors région				**4**		
				Total hors maternité de la région	**26**		
				Total Languedoc-Roussillon	**438**		

Tableau 36 : Cas de morbidité maternelle par type d'établissement

Type d'établissement	Nombre de cas	Nombre d'accouchements 2011	‰
Type 1	93	10970	8,5
Type 2	98	11800	8,3
Type 3	221	7086	31,2
Total	412	29856	13,8

Comme le montre le graphique suivant, la principale cause de morbidité-mortalité maternelle est l'hémorragie en ante et post-partum (HEM, 38%), suivi de la pré-éclampsie sévère (PES, 26 %), des pathologies psychiatrique (PSY, 13 %) et de l'hématome rétroplacentaire (HRP, 7 %).

Graphique 28 : Fréquence des cas de Morbidité Maternelle Grave par évènement d'inclusion 2011

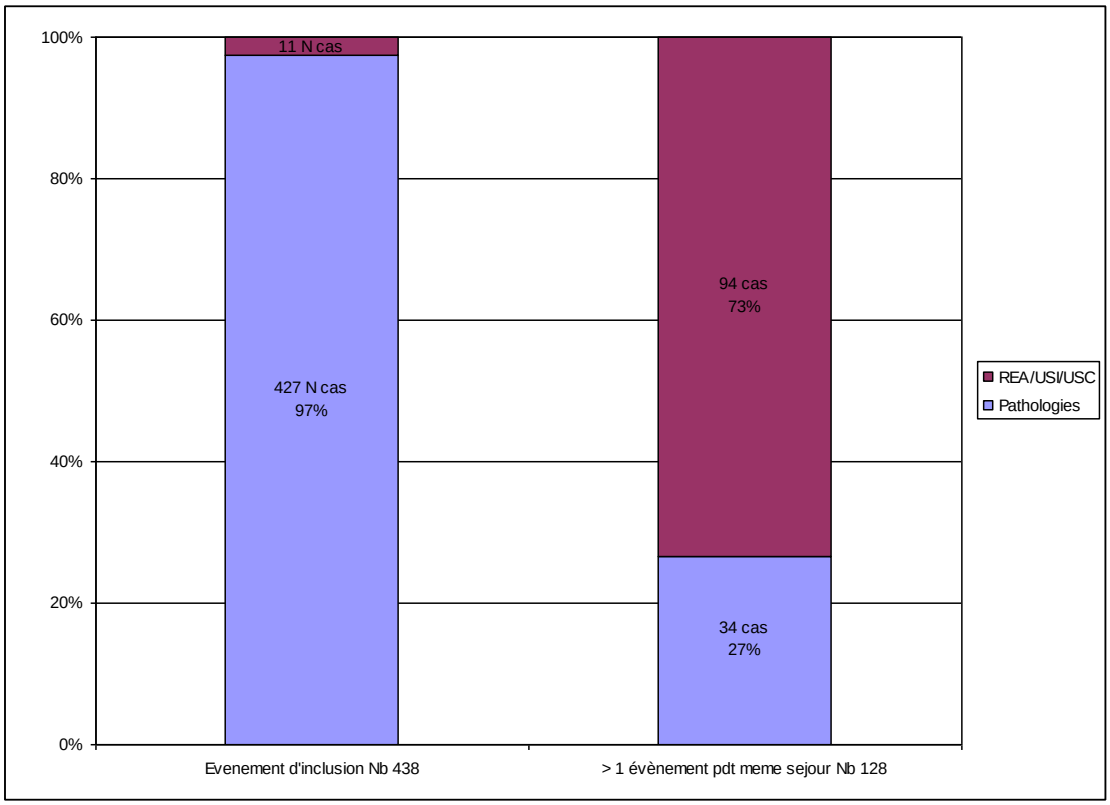


Graphique 29 montre la part des admissions dans les services de réanimations, unités de soins continus et unités de soins intensifs (REA/USC/USI) : il représente 3% des évènements d'inclusions. Par ailleurs, sur les 128 cas qui ont présenté plus d'un évènement pendant le même séjour, 94 cas ont été admis en REA/USC/USI. Parmi ces 94 cas :

- 58 sont entrés en REA/USC/USI immédiatement après que soit survenue la pathologie d'inclusion,
- 36 cas ont présenté une pathologie survenue après l'évènement d'inclusion puis sont rentrés en REA/USC/USI.

Enfin, 34 cas ont présenté une pathologie survenue après l'évènement d'inclusion sans être admis en REA/USC/USI.

Graphique 29 : Part des REA/USC/USI dans les évènements d'inclusion et post-inclusion



IV.7.e. Perspectives 2013

- Finalisation de l'analyse des données collectées avec implication du comité scientifique
- Valorisation des résultats : rapport de synthèse des résultats, publications scientifiques, journées scientifiques (colloques, conférences, posters…)

V. Les projets du réseau « Naître en Languedoc-Roussillon »

Cette partie présente les projets que le réseau a souhaités développer indépendamment de la convention FIQCS en obtenant des financements spécifiques pour cela (Appel à projets Prévention de l'ARS-LR et de la DGS pour l'année 2011).

V.1. Promotion de l'allaitement maternel

V.1.a. Contexte et historique

D'après la dernière enquête de périnatalité, le taux d'initiation de l'allaitement exclusif en maternité était de 60 % en 2010, 7 à 9 % de femmes commençant un allaitement mixte. L'analyse des certificats du 8e jour de 2010 place les différents départements du Languedoc-Roussillon dans la moyenne nationale : les taux d'allaitement (exclusif et partiel) varient de 63,1 % à 69,8 %[9].

Peu de données fiables sont disponibles sur la durée de l'allaitement au niveau national ou régional. Les résultats de l'étude Epiphane, menée sur un échantillon de 3500 enfants tirés au sort et nés en 2012 en France métropolitaine, ont montré un taux d'allaitement exclusif de 60 % à la naissance et seulement 35 % à la fin du 1er mois de vie[10].

Il est reconnu que la pratique de l'allaitement varie selon le niveau d'études de la mère ; par exemple, une enquête menée en 1998 dans le Val de Marne avait montré que les femmes les plus diplômées ou d'origine étrangère étaient plus nombreuses à allaiter (70 à 80 %) tandis que les femmes de niveau scolaire moyen (CAP ou équivalent) allaitaient peu (45 %). Les stratégies de promotion de l'allaitement maternel incluent donc nécessairement des actions de soutien spécifiques en direction des milieux vulnérables.

L'allaitement constitue, entre autres, un facteur de prévention de l'obésité dans la petite enfance, à l'adolescence et probablement à l'âge adulte. D'après des études récentes, la qualité des interactions entre la mère et l'enfant favorise également la diminution du risque d'obésité à 15 ans. Les stratégies de soutien à l'allaitement incluent des pratiques qui favorisent la proximité mère-enfant les premiers temps après la naissance, l'observation de l'enfant pour comprendre ses besoins et ses compétences et une attitude « bien traitante » des parents, qu'il y ait ou non allaitement maternel.

Des synergies sont possibles avec les plans de lutte contre l'obésité infantile dans la mesure où ce sont les mêmes populations qui sont à risque pour le non-allaitement et pour l'obésité et la surcharge pondérale pendant l'enfance. Par ailleurs, la grossesse et la 1ère année de vie d'un enfant sont des périodes favorables pour une sensibilisation des parents à la qualité de la nutrition de la famille.

Le réseau régional de périnatalité « Naître en Languedoc-Roussillon » mène depuis 3 ans un travail spécifique sur l'allaitement maternel qui inclut :

- des actions de formation des professionnels de santé de la région ;
- un soutien aux maternités pour favoriser la mise en œuvre des pratiques recommandées sur le démarrage de l'allaitement ;
- l'élaboration de documents à destination des professionnels de la petite enfance et des parents pour faciliter la poursuite de l'allaitement après la reprise du travail de la mère.

[9] Collet M., Vilain A., 2012, « Les certificats de santé de l'enfant au 8ème jour (CS8) – Validité 2010 », *Document de travail*, DREES, Série Sources et méthodes n°31, août.

[10] http://www.sfpediatrie.com/autres-pages/actualites/actualite/article/etude-epiphane-2012.html

V.1.b. Finalité

La finalité de ce projet est de promouvoir l'allaitement maternel dans la région Languedoc-Roussillon et agir sur sa durée en sensibilisant et en développant les compétences des professionnels de santé d'une part et les professionnels de la petite enfance d'autre part.

V.1.c. Méthodologie et réalisations

À la suite des travaux menés à la Commission Régionale de la Naissance du Languedoc-Roussillon (CRN-LR), le réseau Naître en Languedoc-Roussillon (NLR) a initié fin 2009 une action de coordination régionale sur l'allaitement maternel, en reprenant les axes prioritaires définis par le groupe de travail de la CRN-LR. Cette action a été initialement financée par le Groupement Régional de Santé Publique. Ce projet repose sur 4 axes :

- l'enseignement de l'allaitement dans les écoles de formation initiale des professionnels de santé ;
- la sensibilisation des professionnels travaillant dans les structures d'accueil du jeune enfant ;
- la mobilisation des professionnels pour la promotion et le soutien de l'allaitement maternel au sein des maternités ;
- la formation continue des professionnels de santé.

Pilotage du projet :
Danièle Bruguières, consultante en lactation, est référente « Allaitement Maternel » au sein du réseau NLR
Gisèle Criballet, coorinatrice médicale NLR

➢ **Favoriser la poursuite de l'allaitement à la reprise du travail de la mère**

L'enquête menée en 2010 auprès des responsables de structures d'accueil 0-3 ans par le biais des conseils généraux de l'Aude, du Gard, de l'Hérault et des Pyrénées-Orientales a montré que peu d'enfants continuaient à être allaités après leur accueil en collectivité et que les professionnels étaient demandeurs de documents de référence pour informer les parents et manipuler le lait maternel pour l'alimentation de l'enfant pendant le temps d'accueil[11].

En effet, les parents sont nombreux à avoir planifié le sevrage de l'enfant avant le premier contact avec l'établissement d'accueil et il apparaît donc nécessaire de les informer précocement, pendant la grossesse, si possible. A la suite de cette enquête, deux groupes de travail ont été constitués dans le Gard et dans l'Hérault pour élaborer un référentiel de bonnes pratiques et une plaquette d'information pour les futures mères. Ce travail bien entamé en 2011 a été finalisé en 2012. Le comité de relecture du référentiel inclut des professionnels de tous les départements de la région et certains experts hors région.

Tableau 37 : Réunions de travail sur le référentiel professionnel.

Dates	Lieu	Nombre de participants
02/10/2012	CAF de Nîmes	10
11/07/2012	CAF de Nîmes	10
05/07/2012	CAF de Nîmes	10

[11] http://www.perinat-france.org/upload/professionnelle/referentiels/LR/allaitement/NLR_synthese_enquete_creches_region.pdf

Dates	Lieu	Nombre de participants
26/06/2012	CAF de Nîmes	7
14/06/2012	CAF de Nîmes	10
10/05/2012	CAF de Nîmes	8
22/03/2012	CAF de Nîmes	8
08/03/2012	CAF de Nîmes	10
06/02/2012	CAF de Nîmes	4

Une réunion de présentation du travail aux membres du REGAAL a également eu lieu à la CAF de Nîmes le 28/11/2012.

Tableau 38 : Réunions de travail sur la plaquette d'information pour les futures mères.

Dates	Lieu	Nombre de participants
7/02/2012	Saint-Gély du Fesc	5
6/03/2012	Saint-Gély du Fesc	3
29/11/2012	Saint-Gély du Fesc	6

Afin d'offrir une garantie de qualité aux utilisateurs et d'étendre sa diffusion au plus grand nombre, le réseau a préparé, avec le soutien technique de l'ARS, un dossier pour obtenir l'agrément du Programme national nutrition santé. Cet agrément a été obtenu le 20/11/2012.

Les documents ont été mis en ligne sur :
http://www.perinat-france.org/portail-professionnel/referentiels/protocoles-regionaux/languedoc-roussillon/allaitement-maternel-645-1965.html

Le réseau a également travaillé à la préparation de la diffusion de ces documents. L'ensemble du travail a été présenté à tous les responsables des PMI de la région, parfois à l'occasion de réunions rassemblant aussi des professionnels des lieux d'accueil.

La diffusion, idéalement, devrait concerner :

- pour le référentiel de bonnes pratiques, les établissements d'accueil du jeune enfant, les Relais Assistantes Maternelles, les services petite enfance des municipalités, les Caisses des Allocations Familiales et les agences de PMI ;
- pour la brochure à l'intention des futurs parents, les partenaires nommés ci-dessus et les gynécologues, médecins de famille et sages-femmes.

Chaque conseil général a donné son accord pour que son logo figure sur le référentiel professionnel et tous les départements, sauf pour l'instant l'Hérault et la Lozère, ont accepté de prendre en charge l'impression de ce document. Les CAF et les CPAM pourraient être des partenaires pour l'impression de la plaquette pour les parents.

Le réseau projette également de rencontrer les professionnels de santé et de la petite enfance par bassin de naissance pour présenter ces documents et leur intérêt dans leur pratique.

➢ **Soutien aux professionnels pour la promotion au sein des maternités de l'allaitement maternel**

En 2010, le réseau a mené une enquête dans les 20 maternités de la région avec un guide d'entretien reprenant le chemin clinique défini par l'HAS. Cette enquête[12] a montré un effort de formation important du personnel. Les pratiques actuellement recommandées étaient connues pour la plupart, même si leur mise en œuvre n'était pas systématique et dépendait souvent de la charge de travail, c'est-à-dire aussi de l'organisation des équipes. La transmission et le suivi de l'allaitement étaient principalement réalisés par voie orale, il y avait peu d'écrits.

- Élaboration d'un référentiel pour les maternités

A la suite de cette enquête, un Groupe régional sur l'allaitement maternel (GRAM) a été constitué avec pour objectif l'élaboration d'un référentiel, incluant des fiches techniques et des documents pour le suivi de l'allaitement pendant le séjour en maternité. Au moins un référent par maternité est désormais impliqué dans ce groupe qui s'est réuni à 8 reprises en 2012. Une quinzaine de thèmes de travail ont été définis avec pour chacun constitution d'un sous-groupe de travail.

Tableau 39 : Réunions du GRAM en 2012

Dates	Lieu	Nombre de participants
27/01/2012	Montpellier (ARS-LR)	30
9/03/2012	Montpellier (ARS-LR)	27
04/05/2012	Montpellier (ARS-LR)	25
15/06/2012	Montpellier (ARS-LR)	24
28/09/2012	Montpellier (ARS-LR)	13
30/10/2012	Castelnau-le-Lez	10
30/11/2012	Saint-Gély du Fesc	19
21/12/2012	Saint-Gély du Fesc	19

Fin 2012, ce travail est pratiquement terminé, il reste 4 fiches à valider en séance plénière.

[12] http://www.perinat-france.org/upload/professionnelle/referentiels/LR/allaitement/NLR_enquete_soutien_allaitement_maternel_maternite_2010.pdf

Tableau 40 : liste des thèmes du référentiel pour les établissements.

	Documents de suivi, dossier de soins
1	Surveillance en salle de naissance
2a	Suivi de l'allaitement en maternité
6	Observation des tétées - Signes favorables à l'allaitement
	Documents pour les parents
2b	Rythme de votre bébé (fiche pour les mères qui allaitent)
2c	Rythme de votre bébé (fiche pour les mères qui n'allaitent pas)
3	Nos premiers jours (fiche pour les mères)
4	Le retour à la maison : une nouvelle étape ! (fiche pour les mères)
	Fiches techniques
5	Démarrage de la lactation en cas de séparation mère-enfant
7	Le bébé bien portant qui ne tète pas, qui dort ou qui "refuse" le sein
8	Allaitement des jumeaux
9	Prévention de la perte de poids excessive
10	Comportement du nouveau-né en maternité
11	Expression manuelle et tire-lait
12	Procédure d'accueil du nouveau-né en salle de naissance (fiche non validée)
13	Tension mammaire et prévention de l'engorgement (fiche non validée)
14	Douleur et lésions du mamelon
15	Accompagner le démarrage de l'allaitement maternel (fiche non validée)
16	Informer sur l'utilisation de la sucette (fiche non validée)

Les référents allaitement de chaque service ont donné des informations sur l'avancement de ce travail auprès de leurs équipes et certains documents ont déjà été testés et sont maintenant utilisés en routine. Les centres hospitaliers de Montpellier et d'Alès ont commencé la mise en œuvre informatique des documents de suivi de l'allaitement dans le service.

Les référents allaitement ont constaté que le travail régional soutenait les réflexions d'équipe sur l'accompagnement de l'allaitement. Au cours de l'année, une maternité s'est officiellement engagée dans l'Initiative Hôpital Ami de Bébés.

- Initiative hôpital ami des bébés (IHAB)

L'enquête menée en 2010 a montré que l'Initiative Hôpital Ami des Bébés (IHAB) paraissait motivante pour une moitié des équipes, était encore peu connue par certaines. L'ensemble des cadres interrogés étaient favorables à l'organisation d'un séminaire de formation dans la région.

Du fait de l'intérêt pour une telle initiative et en cohérence avec les orientations du Schéma régional d'organisation des soins (SROS) sur la bientraitance en maternité, le réseau a donc préparé en 2011 l'organisation de ce séminaire qui s'est tenu à Montpellier les 19 et 20 janvier 2012. Le séminaire a réuni 24 participants représentant 8 cliniques et 8 centres hospitaliers.

Tableau 41 : Participants au séminaire IHAB

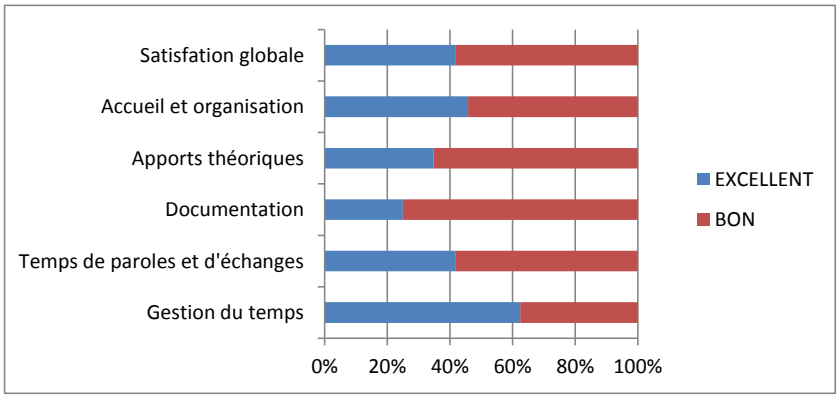
Profession	Nombre
Sage-femme	8
Puéricultrice	5
Sage-femme cadre	5
Pédiatre	3
Autres	3
Total	**24**

Mode d'exercice	Nombre
Salarié Privé	8
Hospitalier	13
Mixte	2
Libéral	1
Total	**24**

Département	Nombre
Hérault	10
Gard	6
PO	4
Aude	3
Lozère	1
Total	**24**

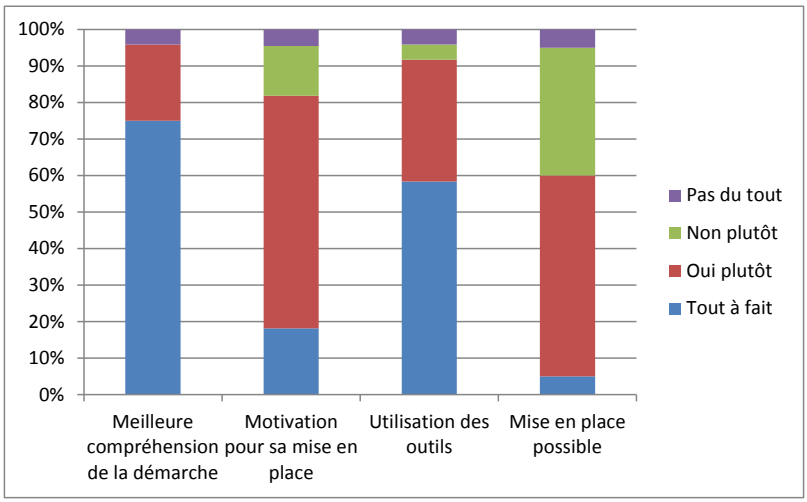
Un questionnaire de satisfaction a été remis à chaque participant et tous y ont répondu. Les réponses font ressortir un bon niveau de satisfaction général. Les aspects liés à l'organisation (Accueil et organisation, Gestion du temps) sont les points où les niveaux de satisfaction sont les plus élevés. Les niveaux de satisfaction sont plus faibles concernant la documentation et les apports théoriques.

Graphique 30 : Satisfaction des participants



La formation a nettement contribué à faire évoluer l'avis des participants sur la démarche IHAB : les ¾ d'entre eux sont « Tout à fait » d'accord pour dire qu'elle leur a permis de mieux comprendre la démarche. Près des 2/3 sont également « Tout à fait » d'accord pour utiliser tout ou partie des outils proposés. La formation a également contribué, mais dans une moindre mesure, à motiver les participants pour mettre en place la démarche et seuls 1/3 des participants jugent « Plutôt pas » ou « Pas du tout » possible de mettre en place cette démarche dans leur établissement. Sur ce dernier point, la formation a permis de démystifier la démarche et 4 participants soulignent dans leurs commentaires que leur maternité n'est finalement pas si éloignée des critères de l'IHAB.

Graphique 31 : Avis sur l'IHAB à l'issue de la formation



➢ **Formations sur l'allaitement maternel**

Une formation de 4 jours a eu lieu à St Gély du Fesc avec un groupe de 16 personnes les 24 et 25 septembre et les 22 et 23 octobre.

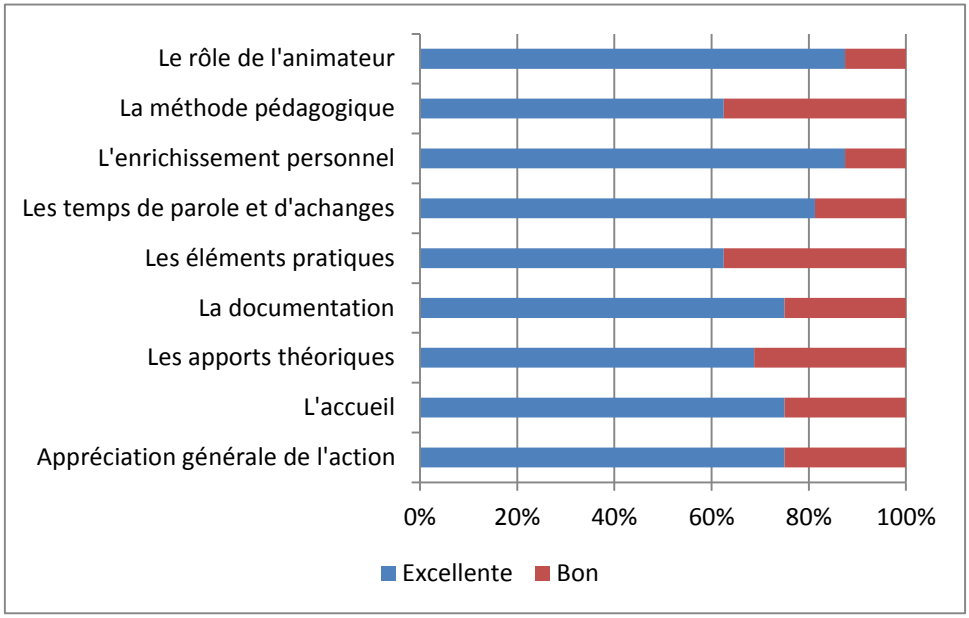
Tableau 42 : Participants à la formation sur l'allaitement

Profession	Nombre
Sage-femme	3
Puéricultrice	7
Médecins	1
Infirmières	5
Total	**16**

Mode d'exercice	Nombre
Privé	2
Libéral	0
Hospitalier	2
PMI	12
Total	**16**

Département d'exercice	Nombre
Hérault	4
PO	1
Lozère	6
Gard	5
Total	**16**

Graphique 32 : Satisfaction des participants à la formation sur l'allaitement maternel



Le graphique ci-dessus montre un taux de satisfaction élevé des participants. Les éléments les plus appréciés ont trait au rôle de l'animateur, à l'enrichissement personnel et aux temps de paroles et d'échanges. Les aspects relatifs à la méthode pédagogique et aux éléments pratiques peuvent quant à eux être améliorés.

Le réseau a proposé un atelier « Allaitement maternel : que proposer en cas de difficultés ? » à la journée d'hiver du 13 janvier et un atelier « Allaitement maternel et utilisation judicieuse du tire-lait : indication, actualisation des pratiques » à la journée de printemps du 25 mai.

➢ **Participation à la réflexion sur la politique régionale de santé**

Dans le cadre du Programme régional de prévention et de prise en charge du surpoids et de l'obésité des enfants, le réseau a proposé des actions spécifiques, complémentaire avec celles déjà en cours.

Tableau 43 : Réunions sur la politique régionale sur la politique nutrition / santé

Thématique/Instance	Réunions	Objet
Panier de service	11/09 à l'ARS 22/11 à l'ARS 20/12 à l'ARS	Elaboration d'un projet allaitement pour le territoire pilote de Pays Cœur d'Hérault
Commission régionale nutrition santé	11/10 à l'ARS 22/11 à l'ARS	Contribution à la réflexion sur la définition et la mise en œuvre de la politique régionale

Le réseau participe depuis le dernier trimestre 2012 à l'élaboration de propositions concrètes dans le cadre d'un contrat local de santé avec le Pays Cœur d'Hérault. L'ARS a identifié un besoin urgent en matière d'accompagnement de l'allaitement maternel sur ce territoire où est expérimenté le déploiement du panier de services. Ce besoin découle notamment de l'absence de pédiatre sur ce territoire et des difficultés des services de PMI à intervenir dans ce champ. Enfin l'accompagnement de l'allaitement est également partie intégrante du volet nutrition du panier de services et du programme régional de lutte contre le surpoids et l'obésité chez les 0-6 ans et figure à ce titre parmi les priorités régionales.

Les objectifs spécifiques sont :

- délivrer une information sur le dispositif de soutien de l'allaitement maternel en Pays Cœur d'Hérault à la sortie de la maternité ;
- instaurer une consultation systématique dans les 8 à 10 jours qui suivent leur retour à leur domicile après l'accouchement (pesée et évaluation des difficultés) ;
- à partir de cette consultation, organiser le suivi et l'accompagnement des mamans qui le souhaitent.

V.1.d. Perspectives pour 2013

- Organiser une rencontre avec les enseignants des écoles de professionnels de santé.
- Diffuser le référentiel de bonnes pratiques dans les établissements d'accueil du jeune enfant. et la plaquette d'information à destination des parents.
- Finaliser et diffuser le travail du GRAM sur l'élaboration de référentiels et de documents de suivi de l'allaitement pendant le séjour en maternité.
- Mettre en œuvre les actions qui auront été retenues en Pays Cœur d'Hérault.
- Poursuivre le soutien des équipes de maternité sur la mise en œuvre des pratiques recommandées (à moyen terme, promotion de l'IHAB).
- Poursuivre les actions de formation sur l'allaitement.
- Soutenir les réseaux locaux d'Accompagnantes à l'allaitement *via* des interventions complémentaires sur la nutrition (en cas de financement spécifique).

V.2. Périnatalité et addictions en Languedoc-Roussillon : Programme régional de prévention des addictions en périnatalité et de mutualisation des dynamiques locales

V.2.a. Contexte et historique

Le réseau périnatal régional « Naître en Languedoc-Roussillon » avait répondu à un appel à projets sur le thème des addictions en périnatalité en 2007. Les actions ont été menées depuis 2008 suite à une réponse favorable de financement attribué en décembre 2007 par le GRSP.

Le thème proposé était : « Périnatalité et addictions en Languedoc-Roussillon : programme régional de prévention des addictions en périnatalité et de mutualisation des dynamiques locales ». L'ensemble des actions menées a permis l'élaboration en 2009 d'un état des lieux de l'existant et des besoins dans la région Languedoc-Roussillon qui sert maintenant de base de travail. Cette action a été reconduite en 2010, 2011 et 2012.

Pilotage du projet :
Corinne Chanal, sage-femme mise à disposition du CHU de Montpellier à hauteur de 30 %, est référente « périnatalité et addictions » au sein du réseau NLR
Gisèle Criballet, coordinatrice médicale NLR
Laurent Raffier, évaluation NLR.

V.2.b. Finalité

La finalité du Programme régional de prévention des addictions en périnatalité est de *renforcer la prévention de l'impact de la consommation de substances psychoactives sur la santé des femmes enceintes et de leurs enfants* en :

- sensibilisant ces femmes aux risques induits par les conduites addictives ;
- améliorant le repérage et la prise en charge des femmes enceintes addictives.

L'amélioration de la prise en charge passe notamment par le renforcement de la collaboration entre professionnels de la périnatalité et ceux du champ des addictions, l'amélioration des liens interrégionaux entre les réseaux collatéraux (hépatites, toxicomanies, précarité…) et l'harmonisation des pratiques.

V.2.c. Méthodologie et résultats

➢ **Pilotage du programme**

La sage-femme référente du projet s'appuie sur un groupe de pilotage régional « périnatalité et addictions », issu du sous-groupe « périnatalité et addictions » de la Commission Régionale de la Naissance. Ce groupe de pilotage régional est actuellement constitué de 14 personnes (addictologues, sages-femmes, psychologues, pédiatres, éducateur, médecin de PMI) et il s'est réuni 3 fois en 2012. Une trentaine de professionnels participent aux travaux de ce groupe par échange d' email ou lors de réunion de proximité. Cela permet d'avoir plus d'acteurs de terrain impliqués dans une dynamique sur la thématique.

Tableau 44 : Réunions régionales du groupe de pilotage « Périnatalité et grossesse »

Dates	Lieu	Nombre de participants
12/01/2012	Saint-Gély du Fesc	7
21/06/2012	Saint-Gély du Fesc	13

27/09/2012	Saint-Gély du Fesc	8

Ce groupe permet de développer une réflexion pluridisciplinaire à l'échelle de la région. Il est animé par la sage-femme référente du réseau sur ce thème. Il a pour mission de :

- travailler à l'élaboration d'outils pour les professionnels ;
- assurer l'articulation entre le réseau régional et les réseaux de proximité ;
- suivre l'activité et prendre les décisions nécessaires au bon déroulement du programme.

En 2012, une partie de ce groupe a été sollicité pour participer au comité de pilotage du projet autour du repérage des vulnérabilités et des addictions en maternité présenté ci-dessous. Nous avons donc dû réduire le nombre de réunions de travail de ce groupe pour une meilleure disponibilité au projet suivant dans lequel les principaux membres ont pris une place active.

➢ **Projet « Repérage précoce des conduites addictives pendant la grossesse chez les femmes en situation de vulnérabilité »**

Le réseau Naître en Languedoc-Roussillon a réalisé en 2012 un projet intitulé « Repérage précoce des conduites addictives pendant la grossesse chez les femmes en situation de vulnérabilité ». Ce projet a été cofinancé par la Direction Générale de la Santé (DGS) et l'Agence régionale de santé (ARS). Il s'inspirait d'une expérience d'utilisation d'un auto-questionnaire menée dans les maternités publiques de Lille et Roubaix. Ce projet avait pour but d'expérimenter cet auto-questionnaire dans toutes les maternités publiques du Languedoc-Roussillon pendant 6 mois et de l'assortir de la formation d'une sage-femme référente par maternité.

L'auto-questionnaire est un outil visant à permettre aux professionnels de la grossesse d'aborder plus facilement ces sujets difficiles (addictions, violence, dépression…) avec leurs patientes. Il a été distribué en salle d'attente de maternité par les secrétaires à toutes les femmes enceintes y venant pour la 1ere fois quel que soit leur terme.

Les femmes enceintes vulnérables ainsi repérées précocement ont pu bénéficier d'un entretien à la maternité avec la sage-femme formée. Si des facteurs de risques étaient confirmés sur la grossesse, cet entretien devait déboucher sur un suivi en alternance sage-femme formée/gynécologue-obstétricien et des orientations spécifiques. La sage-femme formée devait jouer un rôle de coordination dans la prise en charge des patientes. Enfin, elle pouvait être personne ressource pour les équipes de la maternité et les équipes d'addictologie.

- <u>Réalisations en 2012</u>

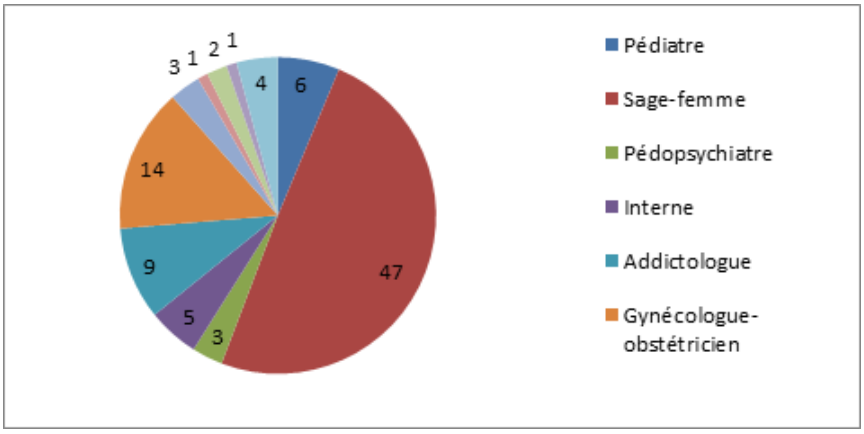
- Constitution d'un comité de pilotage qui s'est réuni 3 fois en 2012 (5 fois en 18 mois).
- Présentation et suivi du projet avec les cadres sages-femmes de maternité lors de 2 de leurs réunions de regroupement régional organisée par NGLR.
- Choix de sages-femmes référentes par les cadres de maternité publiques et privées (5 maternités privées ont souhaité participer au projet).
- Présentation du projet par mail à tous les chefs de service de gynéco-obstétrique et de tous les médecins addictologues des CH concernés.
- Choix et modification de l'auto-questionnaire par le comité de pilotage.
- Création d'outils facilitants pour les consultants de la grossesse : organigrammes de prise en charge, de circulation de l'auto-questionnaire, utilisation de l'entretien prénatal précoce comme 1ere orientation pour toute vulnérabilité repérée, guide de lecture de l'auto-questionnaire, fiche de transmission…
- Formation d'une sage-femme par établissement public ou privé à l'entretien motivationnel et au travail en réseau (5 jours).
- Présentation du projet lors d'un staff médical dans chacune des maternités publiques de la région.

- 3795 auto-questionnaires ont été distribués aux femmes enceintes lors de leur première consultation dans toutes les maternités publiques du Languedoc-Roussillon entre mars et août 2012.
- Le projet démarré, l'ARS a mis à disposition un temps de sage-femme dédié à l'expérimentation de cet auto-questionnaire pour chaque établissement public (0.2 à 0.5 % ETP), ce qui a grandement aidé au succès du projet.
- Le réseau périnatal régional a effectué une réunion d'évaluation participative dans 9 maternités publiques avec un retour d'information aux consultants de la grossesse en présence de l'équipe d'addictologie du CH et rédaction d'un compte rendu incluant les perspectives ouvertes par le projet. 95 professionnels y ont participé, dont la moitié de sages-femmes.

Tableau 45 : Liste des rencontres autour du projet dans les établissements

	Présentation du projet en staff	Evaluation participative pluridisciplinaire
CH de Perpignan	24/01/2012	23/10/2012
CH de Narbonne	10/02/2012	Non effectuée
CH de Carcassonne	27/02/2012	03/10/2012
CH de Béziers	13/03/2012	15/01/2013
CH de Sète	03/02/2012	10/01/2013
CHU Montpellier	05/03 et 09/03 et 15/03/2012	25/09/2012 et 07/02/2013
CHU Nîmes	31/01/2012	27/11/2012
CH d'Ales	24/04/2012	04/12/2012
CH Bagnols sur Cèze	01/02/2012	10/12/2012
CH de Mende	non effectué	12/10/2012 et 14/01/2013
Clinique de Ganges	27/04/2012	Programmée le 19/04/2013

Tableau 46 : Nombre de professionnels présents dans les évaluations participatives



- <u>Résultats (un rapport d'évaluation détaillé est en cours de rédaction)</u>

- 3000 volets anonymes de l'auto-questionnaire ont été retournés au réseau périnatal, analysés et comparés aux chiffres de Lille-Roubaix et à la littérature.
- A l'inverse de ce que redoutaient les professionnels de maternité, sur 3795 auto-questionnaires distribués 1 seul refus manifeste de répondre a été noté : la patiente a refusé toute discussion avec la sage-femme. L'auto-questionnaire a donc bien été accepté par les patientes. Entre la réunion de présentation du projet et la réunion d'évaluation participative les consultants ont dit avoir une vision du questionnaire plus positive. Il sera gardé en utilisation courante par au moins 6 maternités publiques sur 10 et une privée.
- L'auto-questionnaire a permis une meilleure communication des consultants en maternité sur ces problématiques tant dans les maternités publiques que privées. Cependant la relecture des

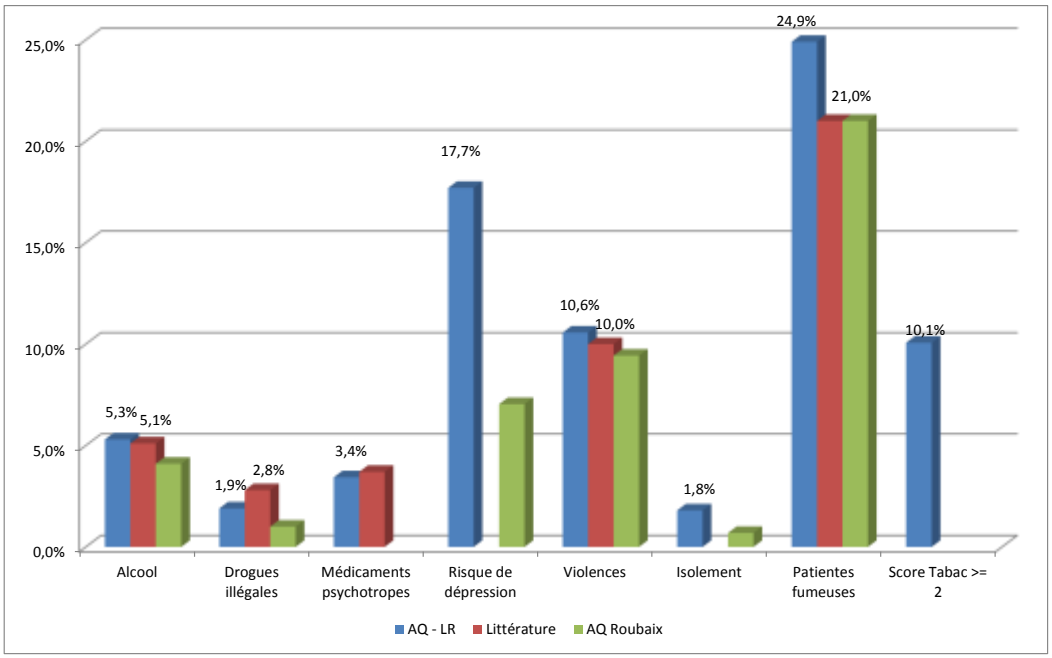
questionnaires a été effectuée majoritairement par des sages-femmes. Une minorité de gynécologues-obstétriciens se sont impliqués même s'ils ont soutenu la démarche.

- Les professionnels de maternité ont pu effectuer un meilleur repérage des femmes en situation de vulnérabilité et des comportements addictifs. Les résultats quantitatifs de l'enquête à l'échelle de la région LR (Maternités de niveau 1, 2 et 3) sont pour la plupart légèrement supérieurs à ceux de l'expérimentation menée à Lille et Roubaix (Maternités de niveau 2 et 3) et proches des données de la littérature (Enquête périnatale 2010, étude ENVEFF…).
- L'orientation vers une sage-femme formée a permis de mettre en place un suivi personnalisé pour un quart des patientes repérées « vulnérabilité/addictions ». Ces patientes ont eu accès à des soins en addictologie *via* les entretiens avec la sage-femme (intervention brève) et l'évolution de l'organisation des services d'addictologie.
- L'aide à l'arrêt du tabac a été effectué lors des entretiens et consultations de suivi par 7 sages-femmes sur 10. 62 patientes ont été suivies par les sages-femmes référentes pour des problématiques addictives hors tabac.
- Dans chaque établissement participant, la sage-femme référente est devenue le professionnel pivot pour les femmes vulnérables et les différents professionnels qui interviennent autour d'elles. Sa place a renforcé les liens entre le service d'addictologie et la maternité.
- La mise en place du projet et son évaluation participative a permis une mobilisation des professionnels de maternité sur la thématique ; les effets sont donc directs et indirects.
- L'impact sur la réduction des consommations chez les patientes rencontrées n'a pas été évalué, une enquête à part entière serait nécessaire.

Tableau 47 : Profil des patientes vulnérables repérées par auto-questionnaire dans la région

	Nombre	%
Alcool : consommatrices à risque	159	5.3 %
ATCD drogues illicites	413	13.8 %
Drogues illicites pendant la grossesse	57	1.9 %
Médicaments psychotropes actuels	103	3.4 %
Facteur de risque de dépression	531	17.7 %
Sentiment d'isolement	54	1.8 %
ATCD violences physique ou psychologique	317	10.6 %
Nombre total de femmes « repérées vulnérables » hors tabac	**880**	**29 %**
Tabac : consommatrices actuelles	**747**	**24.9 %**

Graphique 33 : Analyse comparative du repérage dans la région par l'auto-questionnaire



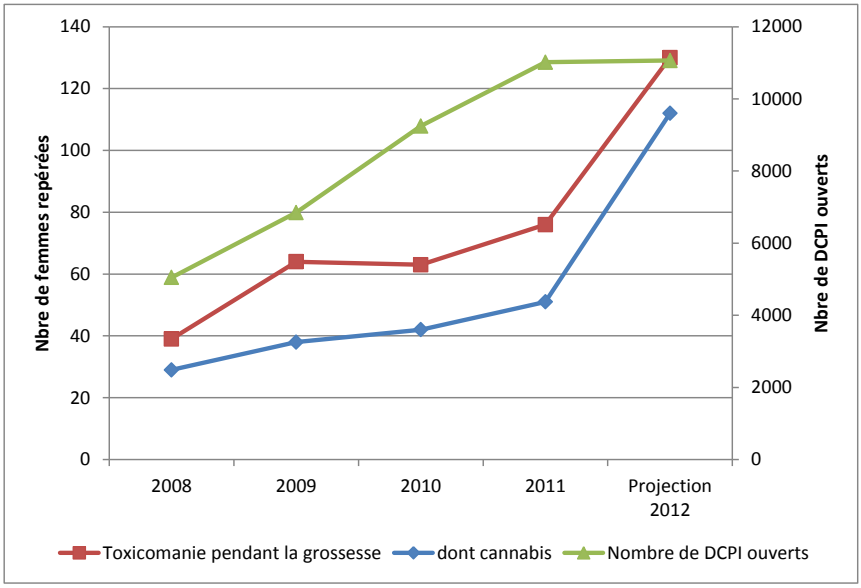
➢ **Suivi d'indicateurs de visibilité des comportements addictifs dans les maternités**

Nous avons choisi de sensibiliser les professionnels de la périnatalité en leur présentant régulièrement un indicateur : le nombre de femmes ayant un comportement addictif repérées dans chaque maternité, en comparant cet indicateur avec les données des enquêtes nationales et en observant son évolution (voir chapitre suivant). Dans ce but, un travail de recueil de données est effectué tous les ans depuis 2008 auprès de diverses sources :

- par une **requête auprès des CPAM** de la région sur le nombre de psychotropes prescrits pendant la grossesse en Languedoc-Roussillon ;
- par le **Dossier Commun Périnatal Informatisé** (DCPI) : recueil des données 2011 et proposition de modification des items addictions pour la V2 afin de l'harmoniser avec les fiches techniques « périnatalité et addictions ». Le DCPI donne, dans les établissements dans lesquels il est utilisé, un excellent reflet de l'abord des consommations de psychotropes avec les femmes enceintes en début de grossesse ;
- à travers le **PMSI** : recueil des données 2011, au cours de l'hospitalisation post accouchement ;
- une **enquête auprès des cadres sages-femmes** renouvelée chaque année afin d'évaluer le repérage dans les maternités et l'évolution des dynamiques locales. Le travail du réseau NGLR sur un tableau de relevé d'indicateurs avec les sages-femmes cadres de maternité permettra d'améliorer le recueil de ces données.

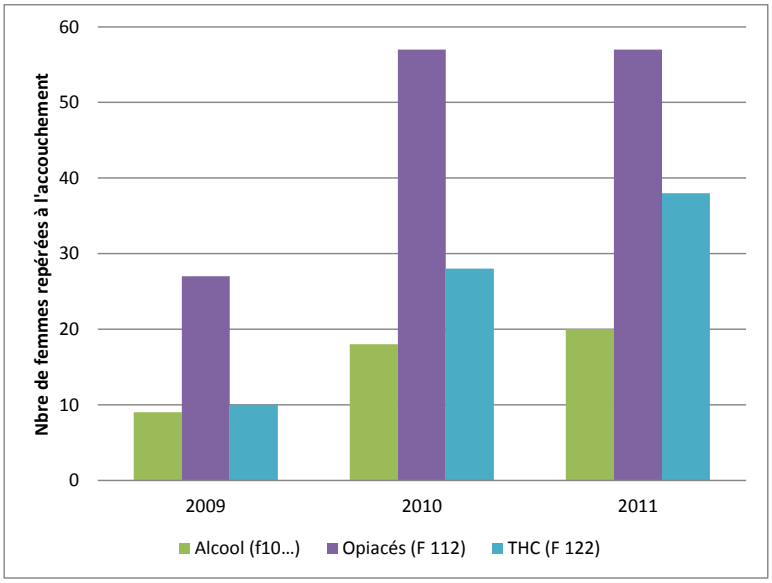
Cet état des lieux est depuis remis à jour chaque année et sert ainsi de tableau de bord régional pour le suivi de la problématique périnatalité et addictions. L'année 2012 a été marquée par l'expérimentation de l'utilisation de l'auto-questionnaire en maternité. Les données régionales DCPI et PMSI (Cf. tableau ci-dessous) tendent à montrer une augmentation du repérage des patientes addictives dans les établissements de la région.

Graphique 34 : Nombre de femmes repérés pour toxicomanie pendant la grossesse dans le DCPI 2008- 2012



Pour l'année 2012, le réseau ne disposait que des données pour les 9 premiers, les chiffres présentés ici correspondent à une extrapolation de ces chiffres sur 12 mois.

Graphique 35 : Nombre de femmes repérées à l'accouchement pour conduites addictives entre 2009 et 2011 dans le PMSI



- **Formation et renforcement des dynamiques locales**

Le « programme périnatalité et addictions » appuie le développement de réseaux de proximité dans chaque bassin de naissance et sa formation avec pour finalité de permettre aux professionnels localement de :

- disposer des compétences nécessaires pour repérer et prendre en charge les femmes enceintes addictives ;
- être en capacité de se coordonner et de travailler en réseau.

L'expérience a montré qu'une bonne dynamique locale nécessite :

- une mise en relation de différents professionnels ;

- un projet commun (exemples : organisation d'une formation, élaboration de protocoles, réunion autour de cas cliniques…).

Chaque action décrite ci-dessous est garante de cet état d'esprit et concourt à l'implication du plus grand nombre de professionnels de terrain pour une amélioration du travail en réseau pluridisciplinaire.

Pour atteindre ces objectifs, le réseau mène deux types d'actions complémentaires : des formations et l'organisation de réunions délocalisées de réseau de proximité.

- Alès, le 31 janvier et le 24 avril 2012 : co-animation de 2 soirées formation en collaboration avec RESEDA.
- Mende, le 12 Octobre 2012 : formation en collaboration avec l'équipe d'addictologie du CH, à l'IFSI du CH de Mende, en invitant le réseau libéral et PMI.
- Ganges, le 27 avril 2012 : réunion de réseau de proximité avec La Draille et la PMI et des libéraux.
- Montpellier, les 2 avril et 11 juin 2012 : reprises de cas à Montpellier en collaboration avec le P3SM.

Dans les bassins de naissance où une dynamique locale importante a pu se mettre en place, les acteurs locaux organisent eux-mêmes des formations avec, s'ils le demandent, un soutien du réseau. Le tableau suivant présente par bassin de naissance le niveau d'autonomisation de chaque réseau de proximité.

- Emergence du réseau local (le réseau régional organise lui-même les réunions pluridisciplinaires locales).
- En voie d'autonomisation (le réseau régional apporte son soutien méthodologique et organisationnel pour le montage de projets).
- Autonomisation complète (le réseau local monte ses projets de manière autonome).

Sensibilisation des réseaux de proximité par bassin de naissance (2012)

Bassin de naissance	Référent maternités publiques	Nombre de réunions / formation	Types d'actions et thèmes d'intervention	Partenaires
Narbonne	**Référent maternité :** J. Campos **Pédiatre :** **Addictologue :** V. Pairis	collaboration par téléphone et email 1 situation en indirect	**Blocage des relations par le directeur du CH**	CH (Maternité, service d'addictologie, pédopsychiatrie)
Sète	**Référent maternité :** C.Lobraïco **Pédiatre :** A.Cavalier **Addictologue :** D. Teuma	1 formation + avis demandé pour 3 situations	**Autonomisation complète** : Intervention de la sage-femme de NGLR dans la formation interne du CH organisée par le service d'addictologie Réunion de présentation de l'auto-questionnaire au staff de la maternité du CH	CH (Addictologie, Pédiatrie,Maternité) Clinique Ste Thérèse
Perpignan	**Référent maternité :** ML.Mercier **Pédiatre :** B.Weit **Addictologue :** V.Delmas	Réseau de proximité Céret/Prades organisée mais annulée par la PMI	**Autonomisation complète**: Mise à disposition du groupe local coordonné par P.Perez, sage-femme de PMI Collaboration par téléphone et mail, envoi de documents et d'informations	CG 66, addictologie hospitalière Association des SF 66
Alès	**Référent maternité :** Christine Legall **Pédiatre :** MF Durand **Addictologue :** S.Orcel	2 soirées formation + Collaboration par téléphone	**En voie d'autonomisation** : Soutien du groupe local périnatalité et addictions via la réunion des 2 réseaux autour de	RESEDA

Bassin de naissance	Référent maternités publiques	Nombre de réunions / formation	Types d'actions et thèmes d'intervention	Partenaires
		et email	thèmes proposés : projet de formation et rédaction d'une plaquette d'information pour les patientes	
Bagnols sur Cèze	**Référent maternité :** Delphine Ismaïla-Rocoplan **Pédiatre :** **Addictologue :** Dr lopez	Collaboration par téléphone et email, échanges de compte rendu prévision de reprise de cas	**En voie d'autonomisation** : Organisation de cycle de rencontre « parentalité et addictions par le réseau RIPOSTE en collaboration avec NGLR	Correspondants locaux RIPOSTE
Nîmes	**Référent maternité :** Dr Bouenel, M.Oziol **Pédiatre :** J.Dendalle **Addictologue :** M.Nekaa	Collaboration autour de situations	**En voie d'autonomisation** : Soutien du groupe local de Nîmes **Emergence du réseau rural :** Réunion de réseau de proximité à Calvisson : périnatalité et vulnérabilités	Correspondants locaux
Béziers	**Référent maternité :** D.moulet **Pédiatre :** T. de Pertat **Addictologue :** P.Galland	Collaboration autour de situations par téléphone et email	**Autonomisation complète** : Diffusion d'information au groupe de correspondants locaux **Emergence du réseau rural :** Réunion de réseau de proximité à Bédarieux : périnatalité et vulnérabilités	Correspondants locaux
Carcassonne	**Référent maternité :** P.Commecie **Pédiatre :** Dr Letsigo **Addictologue :** Dr Plas	Collaboration par téléphone et email	**Autonomisation complète**	COPIL est-audois
Mende	**Référent maternité :** Mme Soulayrol **Pédiatre** : **Addictologue :** Dr Cunnac	Collaboration par téléphone et email	**En voie d'autonomisation** 2 formations organisées dont 1 avec NGLR	CH (maternité + service d'addictologie) + Maison Ste Marie + CSAPA + Correspondants locaux
Ganges	**Référent maternité : Dr G.Maistre + E.Lagouardette Addictologie : La Draille**	Organisation d'une réunion de réseau de proximité	**Emergence du réseau :** Diffusion d'informations au groupe de correspondants locaux	
Montpellier	**Référent maternité :** C.Chanal, V.Rey **Pédiatre :** E.Mazurier, M.Misraoui **Addictologue :** 1 par structure (6)	Staffs obstétrique et addictologie	**Autonomisation complète** Participation à la formation périnatalité et addictions locale ouverte à tous les professionnels public-privé-libéral-PMI	Correspondants locaux, P3SM, services d'addictologie

En 2012, nous avons été beaucoup sollicités par le Gard, notamment via la PMI, très moteur dans tous les bassins de naissance et par RESEDA à Ales.

- **Fournir des outils pratiques aux professionnels : fiches techniques, référentiels et fiches de transmission**

Une grande partie de l'activité du groupe de pilotage a été consacrée à la mise à jour des outils pratiques :

- correction et validation de 3 fiches techniques ;
- conduites à tenir pendant la grossesse en cas de consommation d'alcool ;
- conduites à tenir pendant la grossesse en cas de cannabis ;
- aborder les consommations de substances psychoactives pendant la grossesse.

Ces fiches techniques sont mises en ligne sur le site périnat-France.org et régulièrement téléchargées par des professionnels de la France entière.

- Validation du tableau récapitulatif « effets des substances psychoactives sur la grossesse et propositions de conduites à tenir pour le LR».
- Mise à jour des référentiels « périnatalité et addictions ».

Les référentiels sont des textes de 4 à 6 pages, basés sur des revues de la littérature actualisées, qui constituent un socle commun de connaissances à utiliser en formation pour des professionnels de périnatalité. Ils ont été rédigés par les membres du groupe de pilotage régional qui se sont entourés des professionnels de leur choix dans leur bassin de naissance. Ils sont au nombre de 6 :

- le concept d'addiction ;
- quelques repères pour les entretiens ;
- alcool et périnatalité ;
- tabac et périnatalité ;
- cannabis et périnatalité ;
- opiacés, cocaïne et autres substances psychoactives.

En 2013, ils seront revus en réunion de pilotage régionale, corrigés et envoyés par mail au groupe des « correspondants locaux » (Cf. ci-après) pour critique et propositions, puis à nouveau corrigés et validés par le groupe de pilotage régional pluridisciplinaire.
Les addictions étant à la frontière d'autres champs intéressant la périnatalité, la sage-femme référente « périnatalité et addictions » de NGLR a été sollicitée pour participer à la rédaction de référentiels « grossesse et psychopathologies » et « hépatites et grossesse » avec le réseau régional hépatites et par le groupe de pédiatres du LR (GEN-LR) pour les protocoles « syndrome de sevrage aux opiacés », « allaitement et psychotropes », « prise en charge des nourrissons ayant été alcoolisés in utéro ».

- **Conception et diffusion de plaquettes : sensibiliser les femmes enceintes**

En 2010, le comité de pilotage régional a choisi une plaquette de prévention destinée aux femmes enceintes parmi un échantillon de plaquettes existantes. Cette plaquette a été imprimée à 33 000 exemplaires et diffusée dans toute la région en décembre 2010 et janvier 2011. Le réseau a effectué un suivi de la distribution de ces plaquettes en lien avec les référents locaux : la totalité des plaquettes a été distribuée au 31 décembre 2012. 2 établissements et 3 conseils généraux nous ont contactés pour reconduire ce projet, de nouvelles commandes ont été effectuées directement auprès d'**Entreprise et prévention** qui édite ces plaquettes.

- **Groupe des correspondants locaux**

A l'occasion de chaque réunion locale, les participants sont invités à laisser leur coordonnées de manière à ce que le réseau puisse leur communiquer les informations et documents (référentiels, fiches techniques…) pertinents : ils forment le groupe des correspondants locaux. Ils peuvent à leur tour solliciter le réseau pour des demandes d'information ou d'intervention et participer à la relecture de référentiels. L'augmentation du nombre de correspondants locaux reflète donc le renforcement des dynamiques locales : un nombre croissant de personnes est impliqué sur cette thématique et dispose d'une information pertinente. En 2012, ils ont augmenté dans les zones où des formations ont été organisées par le réseau NGLR (Mende, Ganges, Nîmes).

Tableau 48 : Evolution du nombre de correspondants locaux (2009 – 2012)

Bassin de naissance	2009	2010	2011	2012
Alès	18	26	27	**29**
Bagnols sur Cèze	26	33	50	**51**
Béziers	32	38	60	**60**
Carcassonne	29	29	29	**29**
Mende	4	27	28	**38**
Montpellier	94	94	94	**94**
Ganges-Le-Vigan	0	0	0	**11**
Narbonne	40	49	47	**47**
Nîmes	34	60	90	**96**
Perpignan	14	14	12	**12**
Sète	10	55	54	**53**
TOTAL	302	424	491	**520**

V.2.d. Perspectives 2013

- Animation du groupe des sages-femmes référentes des maternités et appui à leur intégration dans les réseaux de proximité.
- Suite de l'expérimentation d'un auto-questionnaire de repérage des vulnérabilités/addictions en maternité.
- Suivi du repérage régional périnatalité et addictions.
- Mise à jour des référentiels et fiches techniques « périnatalité et addictions ».
- Participation à la rédaction de protocoles régionaux non spécifiques.
- Impulsion des réseaux de proximité en zone semi-rurale dans les territoires prioritaires pour l'expérimentation du panier de services.

VI. Annexes

VI.1. Annexe 1 : Tableau d'activité de promotion du Dossier commun périnatal informatisé (DCPI)

AUDE

Structures	Travail effectué en 2012	Nombre d'utilisateurs	Evolution de l'utilisation	Perspectives 2013
Clinique Le Languedoc (Narbonne)	- Plus aucun contact avec cet établissement suite au désengagement des établissements privés du DCPI.	- Plus personne n'utilise le DCPI - 46 personnes ont accès au DCPI	- Pas de contact avec la maternité cette année	- Organisation d'une réunion régionale sur l'utilisation du DCPI pour les médecins libéraux (soutien ARS/URPS ?) - Formation de l'équipe de sages-femmes et démarrage d'utilisation du DCPI dans le service
CH (Narbonne)	- Soutien auprès des médecins pour un bon remplissage des dossiers - Formation de 3 nouvelles sages-femmes - 2 visites à la maternité et en pédiatrie	- 25 sages-femmes - 4 médecins à temps plein - 99 personnes ont accès au DCPI	- Amélioration du remplissage des dossiers par les médecins - Toujours une très bonne utilisation par les sages-femmes	- Développer l'Interface avec le logiciel administratif de l'hôpital - Travailler sur la qualité du remplissage des dossiers - Encourager les libéraux autour du CH à se servir du DCPI
CH Antoine Gayraud (Carcassonne)	- Formation de 4 nouvelles sages-femmes et soutien des autres sur l'utilisation du DCPI - Formation de 3 nouveaux gynécologues et soutien des autres - Formation de 9 internes et médecins attachés - 3 visites au total	- Tous les médecins travaillants au CH soit 7 temps plein - 4 médecins libéraux - 5 pédiatres - 15 puéricultrices - 50 sages-femmes - 200 personnes ont accès au DCPI	- Très bonne utilisation du DCPI par tout le personnel - Assez bonne dynamique avec la PMI ainsi que les sages-femmes libérales - Bonne liaison avec la néonat qui utilise également le DCPI	- Renforcer l'utilisation du DCPI auprès de la PMI et des libéraux - Travailler la qualité de remplissage des dossiers - Mise en place de la dématérialisation du CS8 avec la PMI - Relancer la mise en place d'une interface avec le logiciel de l'hôpital.
CPP de Castelnaudary	- Pas de contact direct cette année	- 2 sages-femmes - 8 personnes ont accès au DCPI	- Le DCPI est toujours utilisé mais très peu d'activité au CPP - Le CPP voit son activité rattachée au CH de Carcassonne	- Du fait du « regroupement » avec le CH de Carcassonne, voir de quelle manière nous pouvons aider
PMI de l'Aude	- Soutien des sages-femmes de PMI autour de Carcassonne - Formation de 2 médecins - 1 visite pour la PMI	- 10 sages-femmes - 1 Gynécologue - 37 personnes ont accès au DCPI	- Bonne utilisation du DCPI par les sages-femmes autant autour de Carcassonne que de Narbonne	- Soutien auprès des sages-femmes sur l'utilisation du DCPI - Dématérialisation du CS8 quand ils auront acquis Horus

GARD

Structures	Travail effectué en 2012	Nombre d'utilisateurs	Evolution de l'utilisation	Perspectives 2013
CH (Alès)	- Soutien important auprès des médecins et de la sage-femme de consultation - Soutien des équipes de services et au bloc maternité ainsi que du secrétariat - Formation de 2 nouvelles secrétaires - Formation de 6 sages-femmes libérales autour de la maternité - 13 visites au total	- 7 médecins - 30 sages-femmes - 72 personnes ont accès au DCPI	- Redemarrage de l'utilisation du DCPI décembre 2011-janvier 2012 - Utilisation par quelques médecins et par la sage-femme de consultation - Abandon de l'utilisation sous sa forme V1 au mois de juin 2012 - En attente de la V2 pour reprendre l'utilisation en 2013	- Participation des médecins aux tests de la V2 - Dès la mise en place de la V2, reformation de tout le personnel, médecins, sages-femmes, pédiatres - Soutiens très intensif auprès des utilisateurs
CH Louis Pasteur (Bagnols/Cèze)	- Soutien régulier auprès du personnel - Formation de 2 nouveaux gynécos - Formation de 4 sages-femmes - Présentation de la V2 et participation aux tests - 6 visites au total	- 5 gynécologues - 30 sages-femmes - 2 pédiatres - 3 gynécologues libéraux - 90 personnes ont accès au DCPI	- Utilisation toujours totale de la part des médecins et des sages-femmes	- Soutien actif pour la mise en place de la V2 - Motiver les pédiatres à l'utilisation du DCPI en maternité - Réunion sur la qualité de remplissage du DCPI - aide sur la mise en place de l'interface avec le logiciel de l'hôpital
CHU Caremeau (Nîmes)	- Plus aucun contact avec le personnel concernant l'utilisation du DCPI - Les transferts effectués vers le CHU de Caremeau de patientes suivies sur le DCPI sont sans connexion, les établissements émetteurs doivent imprimer le DCPI	- Aucun - 70 personnes ont accès au DCPI	- Personne n'utilise le DCPI - Le CHU de Nîmes à envoyer un courrier à SQLI pour dénoncer le contrat	- Faire une réunion avec la direction pour connaitre leurs décision - Voir où en est l'interface entre leur logiciel et le DCPI - Eventuellement refaire des formations sur la lecture des dossiers DCPI
Polyclinique Grand Sud (Nîmes)	- Pas de contact avec la maternité concernant le DCPI	- Aucun - 5 personnes ont accès au DCPI	- Pas d'utilisation du DCPI	- Organisation d'une réunion avec le concours de l'ARS et des URPS pour motiver les praticiens libéraux - Formation du personnel de la maternité et démarrage d'utilisation du DCPI dans le service
Clinique Kennedy (Nîmes)	- Pas de visite	- Plus aucun - 27 personnes ont accès au DCPI	- Pas d'utilisation du DCPI	- Organisation d'une réunion régionale - Reformation de l'équipe de sages-femmes et démarrage d'utilisation du DCPI

HERAULT

Structures	Travail effectué en 2012	Nombre d'utilisateurs	Evolution de l'utilisation	Perspectives 2013
CHU Arnaud de Villeneuve (Montpellier)	- Formation de 4 sages-femmes - Formation de 3 infirmières - Formation de 12 internes - Formation de 6 interne de pédiatries - Visites régulière de soutien à tout le personnel - 3 réunions de présentation de la V2 - 8 passages sur l'année	- 21 gynécologues - Tous les internes - 10 pédiatres (dont internes) - 100 sages-femmes - 10 anesthésistes - 3 assistantes sociales - 2 psychologues - 1 pédopsychiatre - 360 personnes ont accès au DCPI	- Utilisation du DCPI en routine par tous les acteurs de la maternité - Très bonne interaction entre les utilisateurs et nous - Très bon suivi partagé avec les sages-femmes libérales et de PMI - Quelques médecins libéraux (gynécologues et généralistes) travaillent avec le DCPI	- Continuer le soutien auprès des utilisateurs - Travailler sur la qualité de remplissage des dossiers - Finaliser la dématérialisation du CS8 - Soutien pour la mise en place de la V2 - Travail avec la CROP pour la création de la fiche de transfert dans le DCPI
Clinique St Roch (Montpellier)	- Pas de visite cette année	- Seules 4 sages-femmes ont un accès au DCPI. - 9 personnes ont accès au DCPI	- Pas d'utilisation	- Réunion régionale pour les libéraux - Démarrage d'utilisation après formation du personnel de la maternité
Clinique Clémentville (Montpellier)	- Aucune visite cette année	- 13 personnes ont accès au DCPI	- Pas d'utilisation	- Réunion régionale avec les médecins libéraux - Formation de l'équipe de la maternité en vue de l'utilisation du DCPI
CH Béziers	- Formation de 2 gynécologues - Formation de 2 sages-femmes - Présentation de la V2 - 3 passages cette année	- 5 gynécologues - 35 sages-femmes - 15 puéricultrices - 8 pédiatres. - 85 personnes ont accès au DCPI	- Utilisation en routine par les sages-femmes et les gynécologues - Les pédiatres ne s'en servent toujours qu'épisodiquement - Pas d'utilisation en néonat par l'équipe	- Soutien de l'équipe de maternité - Travailler sur la qualité de remplissage des dossiers - Relancer l'utilisation en lecture du DCPI par le personnel de néonatalogie - Formation des pédiatres en suite de couches pour la dématérialisation du CS8
Clinique Champeau (Béziers)	- Pas de contact	- 1 gynécologue - 20 sages-femmes - 37 personnes ont accès au DCPI	- Pas d'utilisation	- Réunion régionale avec l'ARS et les URPS - Former l'équipe de la maternité quand ils utiliseront le DCPI
CH Bassin de Thau (Sète)	- Formation de 26 sages-femmes - Formation de 5 médecins - Formation de 4 pédiatres - Formation de 8 internes (médecine générale) - Soutien actif auprès des médecins et	- 5 gynécologues - 26 sages-femmes - 4 pédiatres - 8 secrétaires - 63 personnes ont accès au DCPI	- Démarrage d'utilisation au 1er mars 2012 - 1 gynéco ne s'en sert pas du tout, 1 autre très peu - Bonne utilisation de la part des sages-femmes de consultation	- Présentation et formation à la V2 - Soutien actif des équipes de la maternité - Formation des pédiatres et du personnel de pédiatrie sur la lecture du DCPI - Formation des pédiatres sur l'utilisation en maternité

Structures	Travail effectué en 2012	Nombre d'utilisateurs	Evolution de l'utilisation	Perspectives 2013
	des sages-femmes de consultation - Soutien de l'équipe - Formation de 8 secrétaires - 25 visites au total pour l'année		- Bonne implication des sages-femmes libérales et de PMI autour du bassin de thau	- Mise en place d'une interface avec leur futur logiciel d'établissement
Clinique Ste Thérèse (Sète)	- Soutien des sages-femmes sur l'utilisation du DCPI - Soutien du médecin qui s'en sert - 1 visite cette année	- 1 seul des 3 médecins s'en sert à temps plein, un autre s'en sert parfois - Toutes les sages-femmes de la maternité soit 10 - 34 personnes ont accès au DCPI	- Bonne utilisation de la part des sages-femmes même s'il n'y a toujours qu'un seul médecin qui l'utilise	- Soutien du personnel - Inciter les autres médecins de la clinique à l'utiliser
PMI de l'Hérault	- Soutien des utilisateurs - Formation de 4 nouvelles sages-femmes	- 21sages-femmes - 4 Gynécologues - 25 personnes ont accès au DCPI	- Les sages-femmes s'en servent très bien - Bonne liaison avec les hopitaux utilisant le DCPI - Difficultés liées à leur transversalité avec les établissements privés ne l'utilisant pas	- Soutien des sages-femmes utilisatrices - Mise en place de la dématérialisation du CS8 dès finalisation du format pivot du ministère
Clinique St Louis (Ganges)	- Pas de visite cette année, uniquement du soutien par téléphone auprès des sages-femmes	- 2 médecins - Toutes les sages-femmes soit 15 - 19 personnes ont accès au DCPI	- Le personnel de la clinique s'en sert régulièrement	- Voir avec la sage-femme cadre comment elle envisage l'utilisation dans l'avenir de son établissement

LOZERE

Structures	Travail effectué en 2012	Nb d'utilisateurs	Evolution de l'utilisation	Perspectives 2013
CH de Mende	- Soutien régulier de l'équipe de sages-femmes - Formation de 2 nouvelles sages-femmes - Réunion de présentation de la V2 du DCPI - Soutien auprès des pédiatres - 2 visites cette année	- 3 médecins - 2 pédiatres - 16 sages-femmes - 54 personnes ont accès au DCPI	- L'utilisation du DCPI en routine par l'équipe de sages-femmes - Les gynécologues utilisent très peu le DCPI - Les pédiatres s'en servent parfaitement dans le cadre de la maternité, aucune utilisation du dossier néonatal.	- Voir auprès des médecins une utilisation du DCPI dans leurs consultations - Mise en place d'un contrôle de qualité au niveau du remplissage - Voir s'il y a utilité de former le personnel de pédiatrie pour la lecture des dossiers
PMI de la Lozère	- Contact téléphonique avec la sage-femme	- 2 sages-femmes - 5 médecins - 5 puéricultrices	- Bonne utilisation de la part des sages-femmes - Les médecins le consulte rarement	- Soutien du personnel - Présentation de la dématérialisation du CS8

PYRENNES ORIENTALES

Structures	Travail effectué en 2012	Nb d'utilisateurs	Evolution de l'utilisation	Perspectives 2013
CH St Jean (Perpignan)	- 1 seule visite cette année, ils sont toujours en attente de la V2 pour démarrer l'utilisation	- Plus aucun - 77 personnes ont accès au DCPI	- Pas d'utilisation du DCPI cette année	- Recommencer l'utilisation du DCPI avec la nouvelle version (V2) - Reformer tous les médecins, les sages-femmes et les pédiatres - Soutien maximum au moment du démarrage
Clinique Notre Dame d' Espérance (Perpignan)	- Aucun contact cette année	- Aucun utilisateur	- Pas d'utilisation	- Organisation des réunions avec les libéraux - Former tout le personnel
Clinique St Pierre (Perpignan)	- Aucun contact cette année	- Aucun	- Comme les autres établissements privés, pas d'utilisation	- Organisation des réunions avec les libéraux - Former tout le personnel

VI.2. Annexe 2 : Plaquettes des Journées du réseau

Naître & Grandir
en languedoc roussillon

Journée d'Hiver du réseau périnatal

sous la présidence du
Dr Xavier HERNANDORENA
Pédiatre CH BAYONNE

Vendredi 13 janvier 2012
de 8h30 à 17h30

CENTRE DES CONGRES
PHARE DE LA MEDITERRANEE
PALAVAS LES FLOTS

naître en languedoc roussillon

Grandir en languedoc roussillon

ars

PROGRAMME MATIN
Journée d'hiver

8h30 - Accueil

Modérateurs : Dr Nicolas Lacroix, Dr Françoise Molénat

8h45 Ouverture de la journée
Dr Jean-Bernard Mariette (Président NGLR)

9h00 Dépassement de terme : les recommandations HAS/ CNGOF de décembre 2011
Dr Séverine Forget
Discussion 10 mn

9h30 Syndrôme post-traumatique parental après :
Naissance prématurée
Dr Joël Roy
Hémorragie de la délivrance
Dr Jacques Dubourdieu
Discussion 20 mn

10h30 *Pause*

Modérateurs : Dr Laurent Benayoun, Pr Gilles Cambonie, Dr Christian Roure

11h00 Technique et indications de l'échographie pour le diagnostic d'engagement en cours de travail
Dr Laurene Lugans
Discussion 10 mn

11h30 MgSO4 en cas d'accouchement < 33 SA pour prévenir la paralysie cérébrale :
Le point de vue du pédiatre
Dr Xavier Hernandorena
Le point de vue de l'anesthésiste
Dr Mehdi Toumi
Discussion 10 mn

12h30 Surveillance échographique des grossesses gémellaires
Dr Marie Pascale Le Gac

PROGRAMME APRES-MIDI
Journée d'hiver

13h00 - Déjeuner pris sur place

14h30 *Ateliers*

Atelier1 Repérer et prendre en charge les dysfonctionnements relationnels mère-bébé
Dr Rafi Kojayan

Atelier 2 Attitudes pratiques face à une rupture prématurée des membranes après 34 SA
Pr Pierre Boulot, Dr Eve Mousty

Atelier 3 Allaitement maternel : que proposer en cas de difficultés ?
Danielle Bruguières, Laurence Cassé

16h00 *Changement d'ateliers*

Atelier 1 Prise en charge des douleurs en post-partum (épisiotomies, déchirures, césariennes)
Dr Jacques Dubourdieu, Dr Jean Christian Sleth

Atelier 2 Prise en charge initiale d'un nouveau-né prématuré, né inopinément hors niveau III
Dr Pierre Thévenot, Dr Agnès Chazalette

Atelier 3 Allaitement maternel : que proposer en cas de difficultés ?
Danielle Bruguières, Laurence Cassé

Naître & Grandir
en languedoc roussillon

Journée de printemps du réseau périnatal

Invités

Marc GRASSIN *Philosophe Institut Catholique de PARIS*
Fabrice PIERRE *Gynécologue CHU POITIERS*
Umberto SIMEONI *Pédiatre CHU MARSEILLE*

Vendredi 25 mai 2012

de 8h00 à 17h30
CENTRE DES CONGRES
PHARE DE LA MEDITERRANEE
PALAVAS LES FLOTS

Grandir en languedoc roussillon — ars Agence Régionale de Santé Languedoc-Roussillon — naître en languedoc roussillon

PROGRAMME MATIN
Journée de printemps

08h00 Accueil

8h30 — Le mot du président
Dr Jean-Bernard Mariette (Président NGLR)

8h45 9h15 — Actualités

- Résultats préliminaires de l'étude sur la morbidité maternelle sévère en région LR (MOMAT)
Dr Estelle MORAU (Anesthésiste CHU Montpellier) 10'
Jénica PASTOR (Réseau NLR)
- Données de suivi des enfants vulnérables inclus dans le réseau Grandir en LR
Dr Renée-Pierre DUPUY (Pédiatre Réseau GLR) 10'

Discussion 10 mn

9h15 10h45 — Dépistage anténatal : soins palliatifs néonatals comme alternative à l'IMG

- Point de vue de l'obstétricien
Dr Jean-Yves COL (CH Avignon) 20'
- Point de vue du pédiatre
Pr Umberto SIMEONI (CHU La conception MARSEILLE) 20'
- Point de vue du philosophe
Mr Marc GRASSIN (Philosophe Institut Catholique PARIS) 20'

Discussion 30 mn

10h45 - 11h15 Pause café, visite des stands

11h15 — Comment diminuer le taux de césarienne ?
Pr Fabrice PIERRE (Gynécologue CHU Poitiers) 20'

Discussion 10 mn

11h45 — Suivi du post-partum en ville : Critères de ré-hospitalisation
Laurence CASSE (Sage-femme libérale Béziers)
Anne-Flore BRUNI-BIZET (Pédiatre libérale Nîmes) 30'

Discussion 15 mn

12h30 - Repas libre

PROGRAMME APRES-MIDI
Le moment pratique

14h30 - 15h45 Ateliers au choix session 1

ATELIERS

A1 Arrêt cardiaque maternel
Dr Estelle MORAU, Dr Antoine GACHE (Anesthésiste clinique Kennedy Nîmes)

A2 Soins palliatifs au nouveau-né en salle de naissance
Mr Marc GRASSIN, Dr Umberto SIMEONI

A3 Sutures du périnée : épisiotomie et déchirures
Mélanie CAYRAC, Florent MASIA (CHU Nîmes)

16h00 - 17h15 Ateliers au choix session 2

ATELIERS

A4 Accueil du grand prématuré né inopinément hors type III
Dr Jacques BOUCOIRAN (Pédiatre clinique Kennedy)
Dr Jean-Bernard MARIETTE (Pédiatre CHU Nîmes)

A5 Allaitement maternel et utilisation judicieuse du tire-lait :indications, actualisation des pratiques
Daniele BRUGUIERES (Consultante en lactation), Laurence CASSE (Sage femme libérale)

A3 Sutures du périnée : épisiotomie et déchirures
Mélanie CAYRAC, Florent MASIA

17h30 - Assemblée Générale «Naître et Grandir en Languedoc-Roussillon»

Bilan moral
Bilan financier
Modification des statuts
Election: renouvellement membres du CA à terme de leur mandat.

VI.3. Annexe 3 : Participants aux différents groupes de travail sur les référentiels

Tableau 49 : Participants aux réunions de rédaction des référentiels « Périnatalité et addictions »

NOM	Prénom	Profession	Ville	Mode d'exercice
ALAUZEN	Anne	Médecin Généraliste	MONTPELLIER	Salarié CG
CASSE	Laurence	Sage-femme	BEZIERS	Libéral
CHANAL	Corinne	Sage-femme	MONTPELLIER	Hospitalier
COMMESSIE	Pascale	Sage-femme	CARCASSONNE	Hospitalier
FORTAIN	Odile	Infirmière DE	BEZIERS	Hospitalier
GALLAND	Pascal	Médecin Addictologue	BEZIERS	Hospitalier
HAVASI-AMRANI	Kinga	Sage-femme	MONTPELLIER	Libéral
LE BLANC	Isabelle	Infirmière DE	BEZIERS	Hospitalier
MAZURIER	Evelyne	Pédiatre	MONTPELLIER	Hospitalier
MISRAOUI	Michèle	Pédiatre	MONTPELLIER	Mixte
MOULET	Delphine	Sage-femme	BEZIERS	Hospitalier
NEKAA	Meïssa	Médecin Addictologue	NIMES	Hospitalier
PEREZ	Patricia	Sage-femme	PERPIGNAN	Salarié CG
ROHR	Patricia	Psychologue	MONTPELLIER	Salarié Privé
VERGES	Katia	Sage-femme	BEZIERS	Libéral

Tableau 50 : Participants au GRAM

Prénom	Nom	Profession	Lieu d'exercice	Ville
Béatrice	Allard	Auxiliaire de puériculture	Centre Hospitalier Louis Pasteur	Bagnols/Cèze
Guylaine	Antraygue	Puéricultrice	Centre Hospitalier de Mende	Mende
Bernadette	Barbera		Centre Hospitalier de Narbonne	Narbonne
Danièle	Bruguières		Réseau NLR	Montpellier
Anne-Flore	Bruni-Bizet	Pédiatre	CHU Carémeau	Nîmes
Alexandra	Burdet	Psychologue	Centre Hospitalier Louis Pasteur	Bagnols/Cèze
Maryse	Busson	Aide-soignante	CH Antoine GAYRAUD	Carcassonne
Christelle	Buttice	Auxiliaire de puériculture	CH de Sète - Bassin de Thau	Sète
Xantiana	Cachia	Puéricultrice	Clinique Grand Sud	Nîmes
Laurence	Cassé	Sage-femme	Libéral	Béziers
Laure	Ciaponi	Sage-femme	CH - Hôpital Saint Jean	Perpignan
Gisèle	Criballet		Réseau NLR	Montpellier
Sandrine	Darmoris	Sage-femme	Clinique Notre Dame d'Espérance	Perpignan
Delphine	De Luca	Auxiliaire de puériculture	Clinique Sainte Thérèse	Sète

Prénom	Nom	Profession	Lieu d'exercice	Ville
Dorothée	Dehner	Sage-femme	CH Louis Pasteur	Bagnols/Cèze
Sandra	Denigot		Polyclinique Le Languedoc	Narbonne
Catherine	Denimal	Sage-femme	Clinique Saint Pierre	Perpignan
Emmanuel	Desmier	Puéricultrice	CH Louis Pasteur	Bagnols/Cèze
Manoëlle	Durant	Médecin	Clinique Saint Louis	Ganges
Sandrine	Estrabeaud	Sage-femme cadre	CHU Arnaud de Villeneuve	Montpellier
Céline	Forment		Centre Hospitalier de Béziers	Béziers
Brigitte	Fréval	Sage-femme cadre	Clinique Saint Roch	Montpellier
Karine	Jamme	Sage-femme	Centre Hospitalier d'Alès	Alès
Séverine	Jourdan	Auxiliaire de puériculture	Centre Hospitalier de Mende	Mende
Muriel	Labeirie	Sage-femme	CH Antoine Gayraud	Carcassonne
Ingrid	Lopez	Auxiliaire de puériculture	Clinique Saint Roch	Montpellier
Elisabeth	Ly	Psychologue	CH Louis Pasteur	Bagnols/Cèze
Amélie	Marszalek	Sage-femme	Clinique Saint Louis	Ganges
Evelyne	Mazurier	Pédiatre	CHU - Arnaud de Villeneuve	Montpellier
Anne-Claude	Menguy	Médecin	CH - Hôpital Saint Jean	Perpignan
Carole	Mollon	Auxiliaire de puériculture	Centre Hospitalier Louis Pasteur	Bagnols/Cèze
Evelyne	Mougenez	Sage-femme cadre	Centre Hospitalier Louis Pasteur	Bagnols/Cèze
Françoise	Moussard	Sage-femme	Ecole de SF de Montpellier	Montpellier
Michèle	Pétry	Auxiliaire de puériculture	CHU - Arnaud de Villeneuve	Montpellier
Lysianne	Pons-David	Pédiatre	Libéral	Narbonne
Odile	Puel	Sage-femme cadre	Clinique Champeau	Béziers
Sophie	Rafael	Aide-soignante	Centre Hospitalier de Mende	Mende
Maeva	Reaux	Puéricultrice	Clinique Clémentville	Montpellier
Dolorès	Renaudeau	Sage-femme	Polyclinique Kenval	Nîmes
Cécile	Reynet	Sage-femme	Centre Hospitalier d'Alès	Alès
Marie-Pierre	Ricardou	Sage-femme	CHU Carémeau	Nîmes
Nadine	Robinet	Sage-femme	Clinique Le Languedoc	Narbonne
Katia	Rougeron	Sage-femme	Centre Hospitalier de Mende	Mende
Emmanuel	Truffet	Sage-femme	Clinique Saint Pierre	Perpignan
Hélène	Vezole	Sage-femme	Libéral	Montpellier
Rachel	Zimmermann	Sage-femme cadre	Centre Hospitalier d'Alès	Alès

Tableau 51 : Participants au groupe régional de travail sur les référentiels en obstétrique

PRENOM, Nom		Profession	Lieu d'exercice	Mode d'exercice
COLLON	Marie Christine	Sage-femme cadre	ADGE	Salarié Privé
CRIBALLET	Gisèle	Sage-femme	ST GELY DU FESC	Salarié Privé
DELPECH-VITAL	Monique	Gynécologue Obstétricien	BEZIERS	Mixte
DENOUX	Stéphanie	Gynécologue Obstétricien	BEZIERS	Hospitalier
DURAND-BUISSON	Sylvie	Sage-Femme	MENDE	Hospitalier
ENJALBERT	Eliane	Sage-Femme	BEZIERS	Hospitalier
FABRE	Françoise	Sage-femme	MONTPELLIER	Hospitalier
FERRINI	Aline	Sage-femme	BEZIERS	Hospitalier
FORT	Béatrice	Anesthésiste-Réanimateur	BEZIERS	Hospitalier
FRAISSE	Sophie	Sage-Femme	BEZIERS	Salarié CG
GIBELIN TAPAREL	Sylvie	Sage-Femme	FRONTIGNAN	Hospitalier
GOUGIS	Véronique	Sage-femme	BEZIERS	Hospitalier
KHALIL-SKA	Nada	Gynécologue Obstétricien	BEZIERS	Libéral
LAGUEYRIE	Virginie	Sage-Femme	ST CHINIAN	Libéral
LE CAM	Daniel	Gynécologue Obstétricien	CERS	Hospitalier
MARAFANTE	Jean-Marc	Anesthésiste-Réanimateur	CARCASSONNE	Hospitalier
MASSON	Guy	Gynécologue Obstétricien	NIMES	Hospitalier
MATHIEU	Marie-Jacques	Sage-femme	CAUNES MINERVOIS	Hospitalier
PERUS	Emmanuelle	Médecin Généraliste interne	BEZIERS	Hospitalier
PIERRONNET	Danielle	Sage-femme cadre	PAULHAN	Hospitalier
PUEL	Odile	Sage-femme cadre	BEZIERS	Mixte
RAMOS	Isabelle	Auxiliaire Puéricultrice	MONTPELLIER	Salarié Privé
ROURE	Christian	Gynécologue Obstétricien	NIMES	Libéral
ROUSSEL-BRION	Danièle	Sage-femme	GRABELS	Libéral
SERRES	Xavier	Gynécologue Obstétricien	BEZIERS	Libéral
VERGES	Katia	Sage-femme	PUIMISSON	Libéral

Tableau 52 : Participants au groupe régional de travail sur les référentiels psychopathologie et grossesse

PRENOM, Nom		Profession	Lieu d'exercice	Mode d'exercice
ABBAL	Myriam	Sage-femme	BEZIERS CEDEX	Hospitalier
BOISSEAU	Reynald	Psychiatre	MONTPELLIER	Libéral
BOUISSET	Béatrice	Auxiliaire puéricultrice	MONTPELLIER	Salarié Privé
CABROL	Céline	EJE	MONTPELLIER	Salarié Privé
CHEVALIER	Nicolas	Gynécologue Obstétricien	MONTPELLIER	Libéral
CRIBALLET	Gisèle	Sage-femme	ST GELY DU FESC	Salarié Privé
DAVIN	Emilie	Sage-Femme	MONTPELLIER	Liberal
DI VINCENZO	Christophe	Sage-femme	MONTPELLIER	Libéral
DUMOULIN	Nathalie	EJE	MONTPELLIER	Salarié Privé
ESPANOL	Nathalie	Sage-femme	SAINT GELY DU FESC	Libéral
GEORGES	Juliette	EJE	MAUGUIO	Salarié Privé
HAVASI-AMRANI	Kinga	Sage-femme	MONTPELLIER	Libéral
JANEL	Sophie	Auxiliaire Puéricultrice	MONTPELLIER	Salarié Privé
KOJAYAN	Rafi	Pédopsychiatre	MONTPELLIER	Libéral
LAURAS	Sabine	EJE	MONTPELLIER	Salarié Privé
OLLIER	Isabelle	EJE	MONTPELLIER	Salarié Privé
RAMOS	Isabelle	Auxiliaire Puéricultrice	MONTPELLIER	Salarié Privé
REDON	Sandra	Sage-femme	LE CRES	Libéral
TOUBIN	Rose Marie	Pédopsychiatre	MONTPELLIER CEDEX 5	Hospitalier
VIGNAL	Jacques	Gynécologue Obstétricien	MONTPELLIER	Libéral

Tableau 53 : Participants au groupe régional de travail sur le référentiel Hépatites et grossesse

PRENOM, Nom	Profession	Lieu d'exercice
ANDRIEU Albane	Coordinatrice réseau hépatites LR	
BOULOT Pierre	Gynécologue Obstétricien	CHU Montpellier
CRIBALLET Gisèle	Sage-femme	Coordinatrice réseau périnatal
CHASSAGNE Philippe	Hépato Gastroentérologue	Béziers
CHANAL Corinne	Sage-femme	réseau périnatal
FOURNIER – FAVRES Sébastien	Pédiatre	CHU Montpellier
HANSLIK Bertrand	Gastroentérologue	Montpellier
LEBRICQUIR Yann	Gastroentérologue	CH Béziers
LIENHART Angélique	Infirmière	AEHV LR
MASSON Guy	Gynécologue	
MATHIEU Pascale	Infirmière	CSAPA Episode Béziers
RIBARD Didier	Gastroentérologue	réseau hépatites LR – CHU Nîmes
RIGOLE Hélène	Addictologue	CHU Montpellier
RIPAULT Marie-Pierre	Gastroentérologue	CHU Montpellier

VI.4. Annexe 4 : Auto-questionnaire de repérage des addictions

A REMPLIR PAR LA PATIENTE EN SALLE D'ATTENTE :

Madame, Mademoiselle,

Nous vous proposons de répondre à ce questionnaire afin de mieux vous connaître et de mieux vous accompagner pendant votre grossesse. Il est à remettre au gynécologue ou à la sage-femme avec qui vous avez rendez-vous aujourd'hui.

Nom-Prénom :

Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?	□ 0	□ 1-10	□ 11-20	□ 21-30	□+30
Le matin, combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?				……H…… min	
Devez-vous consommer plus de 2 verres de boisson alcoolisée (vin, bière, apéritif, digestif…) pour sentir l'effet de l'alcool ?				□ non	□ oui
Avez-vous déjà été agacée parce que des personnes ont critiqué votre consommation d'alcool ?				□ non	□ oui
Avez-vous déjà eu l'impression que vous deviez réduire votre consommation d'alcool ?				□ non	□ oui
Vous est-il déjà arrivé de prendre un verre en vous levant le matin pour calmer vos nerfs ou vous sentir mieux ?				□ non	□ oui
Avez-vous déjà consommé l'une de ces substances : cannabis, ecstasy, amphétamines, crack, LSD, cocaïne, héroïne ou une autre drogue?				□ non	□ oui
En avez-vous consommé au cours de ces dernières semaines ?				□ non	□ oui
Ces derniers mois, avez-vous pris des médicaments psychotropes : tranquillisants, anxiolytiques, somnifères, méthadone, Subutex®, autres ?				□ non	□ oui
Dans la semaine qui vient de s'écouler, vous est-il arrivé de vous sentir inquiète ou soucieuse sans en identifier le motif ?				□ non	□ oui
Dans la semaine qui vient de s'écouler, avez-vous eu des problèmes pour bien dormir ?				□ non	□ oui
Dans la semaine qui vient de s'écouler, vous êtes-vous sentie dépassée par les évènements ?				□ non	□ oui
Dans la semaine qui vient de s'écouler, vous est-il arrivé de penser à vous faire du mal ?				□ non	□ oui
Dans votre vie avez-vous été victime de violences psychologiques ou physiques ?				□ non	□ oui
Vous sentez-vous en sécurité dans votre environnement familial ?				□ non	□ oui
Vous sentez-vous entourée dans votre environnement proche ?				□ non	□ oui
Avez-vous au moins une personne de votre entourage sur qui vous pouvez compter quelle que soit votre situation ?				□ non	□ oui
Bénéficiez-vous d'une aide extérieure (assistante sociale, tuteur, psychologue, autre personne….) ?				□ non	□ oui

Reçue le …… par …… (Médecin ou sage-femme)

Adressée à M…… Tel : ……