## Réseau Périnatal

Naître & Grandir
en languedoc roussillon

naître
en languedoc roussillon

# RAPPORT D'ACTIVITÉ 2011

# SOMMAIRE

**I. Contexte régional et organisation de l'association Naître et Grandir en LR ..... 3**
I.1. Historique ..... 3
I.2. Les chiffres clés de la périnatalité en Languedoc-Roussillon ..... 3
I.3. 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 ..... 9

**II. Les objectifs du réseau « Naître en Languedoc-Roussillon » ..... 14**
II.1. Objectifs principaux ..... 14
II.2. Priorités fixées ..... 14
II.3. Financement ..... 14

**III. Organisation du réseau « Naître en Languedoc-Roussillon » ..... 16**
III.1. Le comité de pilotage ..... 16
III.2. Le comité scientifique du réseau « Naître en Languedoc-Roussillon » ..... 16
III.3. La cellule de coordination du réseau « Naître en Languedoc-Roussillon » ..... 17

**IV. Les adhérents du réseau « Naître en Languedoc-Roussillon » ..... 18**
IV.1. Nombre d'adhérents ..... 18
IV.2. Evolution ..... 18
IV.3. Les professionnels adhérents du réseau à titre individuel ..... 19
IV.4. Les structures impliquées dans le réseau ..... 22

**V. Les missions du réseau « Naître en Languedoc-Roussillon » en 2011 ..... 23**
V.1. Promotion et accompagnement à la mise en place du Dossier Commun Périnatal Informatisé (DCPI) ..... 23
V.2. Analyse rétrospective de dossiers de mortalité et morbidité périnatale (RMM) ..... 29
V.3. Journée Régionale d'Echographie Obstétricale et morphologique du fœtus ..... 37
V.4. Les Journées du Réseau ..... 41
V.5. Elaboration et diffusion de référentiels de soins périnatals ..... 47
V.6. Organisation du dépistage de la trisomie 21 ..... 56
V.7. Dépistage précoce de l'amblyopie : expérimentation sur le bassin de naissance du biterrois ..... 63
V.8. Etude sur la morbidité maternelle ..... 65
V.9. Communication et représentation du réseau en 2011 ..... 69

**VI. Les projets du réseau « Naître en Languedoc-Roussillon » ..... 71**
VI.1. Promotion de l'allaitement maternel ..... 71
VI.2. Périnatalité et addictions en Languedoc-Roussillon : programme régional de prévention des addictions en périnatalité et de mutualisation des dynamiques locales ..... 76

**VII. Annexes « Naître en Languedoc-Roussillon » ..... 84**

# I. Contexte régional et organisation de l'association Naître et Grandir en LR

## *I.1. 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.

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 » suite au 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.

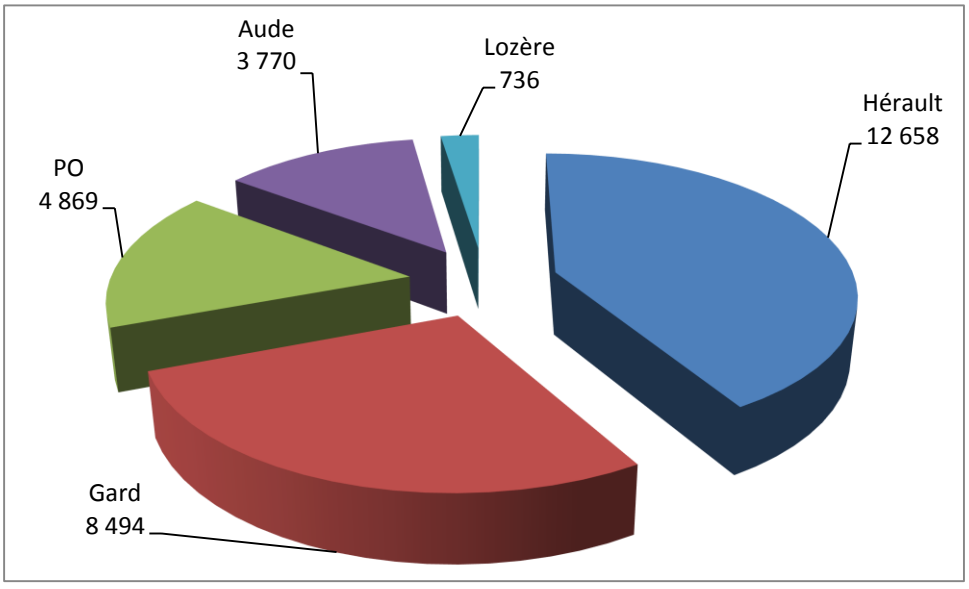
Depuis, le réseau est monté en puissance devenant le réseau périnatal régional de tous les acteurs de la périnatalité issus de tous modes d'exercice (public, privé, libéral et PMI) ayant pour objectif commun d'offrir des soins de qualité aux femmes enceintes et aux nouveau-nés. En signant la charte périnatale 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.

## *I.2. Les chiffres clés de la périnatalité en Languedoc-Roussillon*

### I.2.a. Les naissances

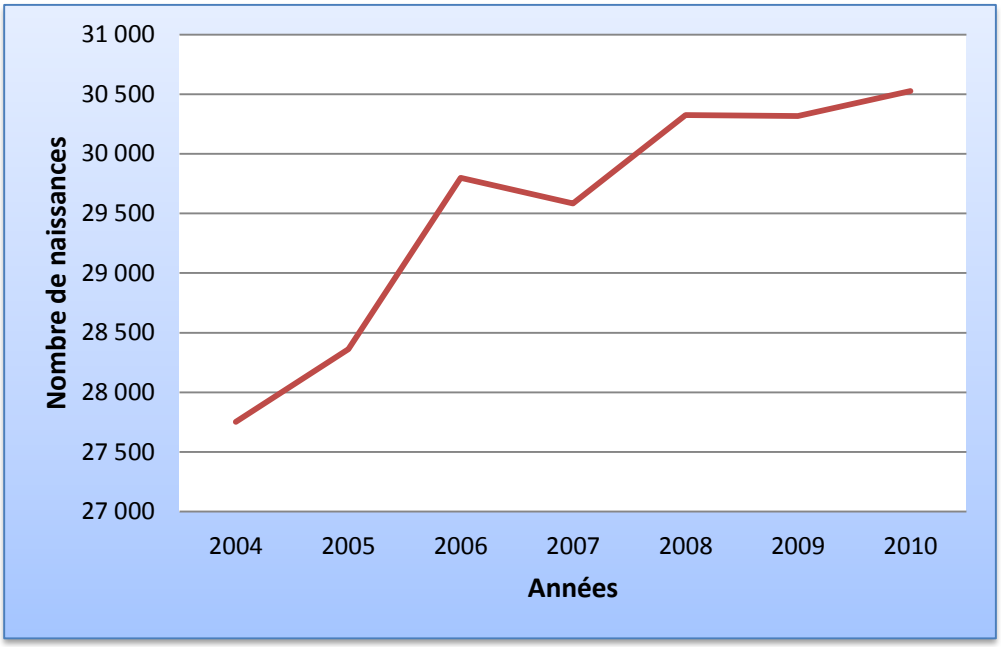
Les derniers chiffres de l'INSEE nous annoncent un nombre 30 527 naissances au 31 décembre 2010 en Languedoc-Roussillon.

**Graphique 1 : Répartition des naissances par département**



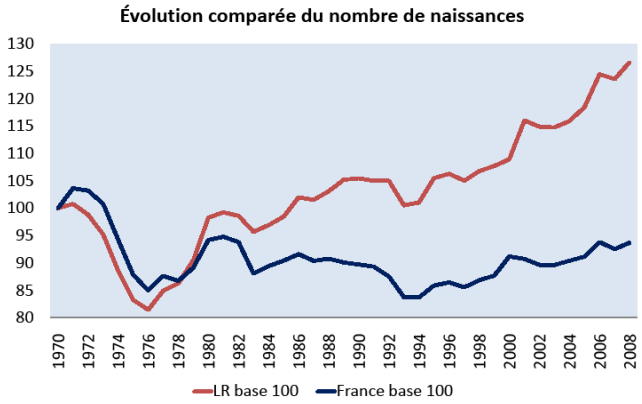

Naissances déclarées Insee – Fichiers états civils

Graphique 2 : Evolution du nombre de naissances depuis 2004




Source : Naissances déclarées Insee – Fichiers états civils

Depuis la création du réseau en 2003, le nombre de naissances dans la région a augmenté de 10% et il est près de 30 % supérieur à celui du début des années 70 alors qu'au niveau national il reste inférieur.



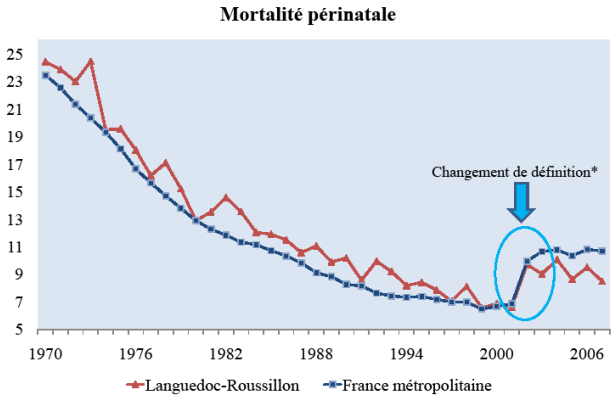

Source : Insee-Fichiers d'Etat civil – Exploitation ORS L-R

## I.2.b. 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 8,9 décès périnataux pour 1 000 naissances sur la période 2007-2009.

### 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 22SA au lieu de 27 auparavant)

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

Entre les années 70 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 2007-2009 (moyenne annuelle)**

| | **Mortalité* périnatale** | Mortinatalité* | Mortalité** néonatale précoce |
|---|---|---|---|
| Aude | **8,44** | 6,86 | 1,59 |
| Gard | **8,93** | 7,82 | 1,12 |
| Hérault | **8,90** | 7,76 | 1,15 |
| Lozère | **10,09** | 8,41 | 1,70 |
| PO | **8,86** | 7,46 | 1,41 |
| **LR** | **8,88** | **7,63** | **1,25** |
| | | | |
| **FM** | **11,95** | **10,31** | **1,65** |

* 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 6 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 |
| 1ère région<br>22ème région | Corse (8.47)<br>IDF (13.94) | Corse (7.23)<br>IDF (12.14) | Limousin (1.02)<br>Alsace (2.95) |

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).*

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

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

| | **Mortalité* infantile** | Mortalité* néonatale | Mortalité* post-néonatale |
|---|---|---|---|
| Aude | **3,36** | 1,86 | 1,50 |
| Gard | **3,72** | 2,20 | 1,52 |
| Hérault | **4,18** | 2,25 | 1,93 |
| Lozère | **3,39** | 2,54 | 0,85 |
| PO | **4,25** | 2,67 | 1,62 |
| **LR** | **3,95** | **2,26** | **1,68** |
| **FM** | **3,58** | **2,39** | **1,19** |

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**

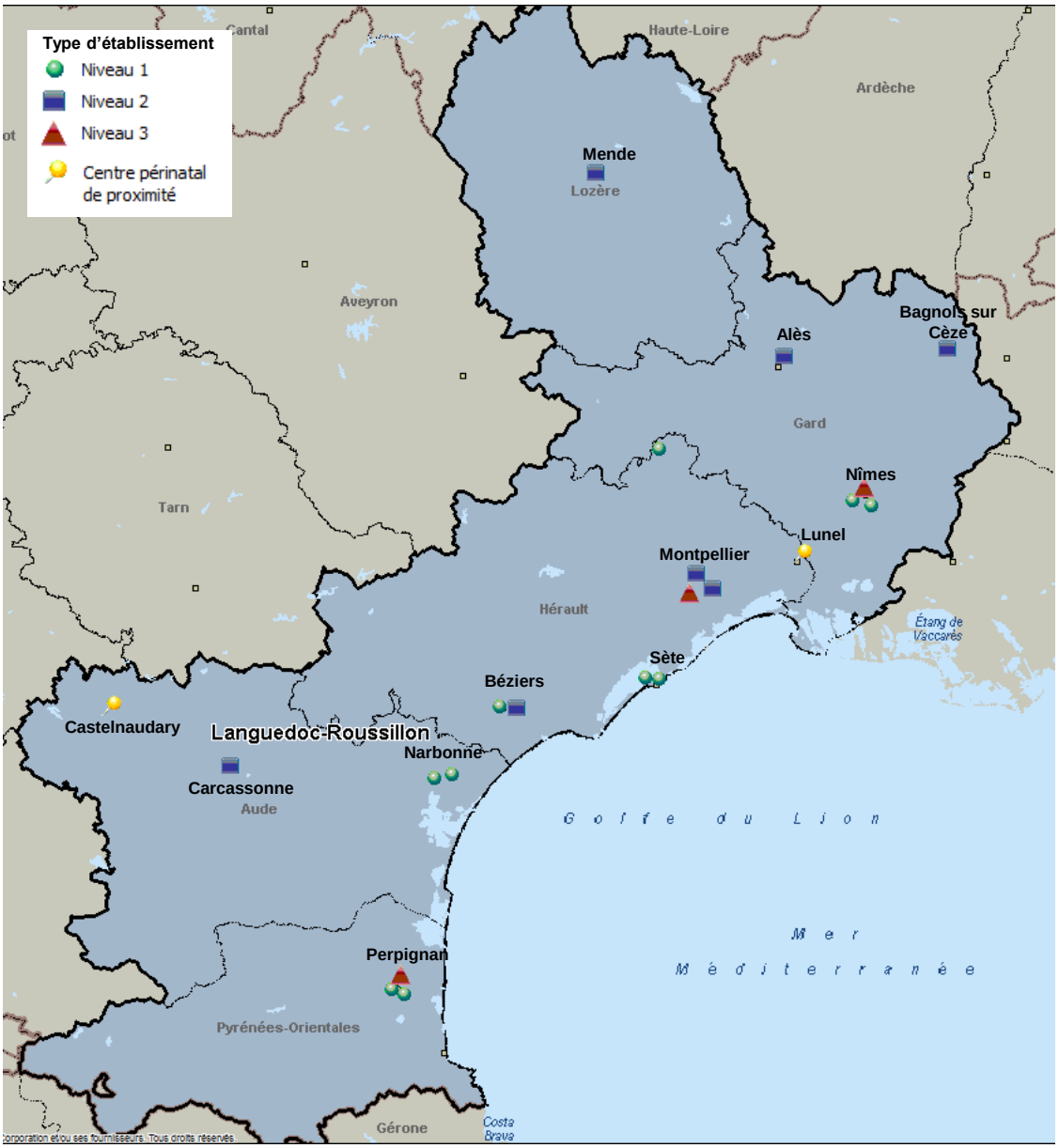
| | **Mortalité infantile** | Mortalité néonatale | Mortalité post-néonatale |
|---|---|---|---|
| 1995-1997 | **19** | 19 | 14 |
| 1997-1999 | **17** | 16 | 19 |
| 1999-2001 | **18** | 17 | 15 |
| 2001-2003 | **4** | 2 | 15 |
| 2003-2005 | **9** | 3 | 20 |
| 2005-2007 | **12** | 2 | 19 |
| 2007-2009 | **18** | 10 | 22 |
| 1ère région | Corse (2.84) | Corse (1.52) | Midi-Pyrénées (0.95) |
| 22ème région | Alsace (4.84) | Alsace (3.52) | LR (1.68) |

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 2011, 20 maternités publiques ou privées et 2 centres périnataux 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.

## *I.3. 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*

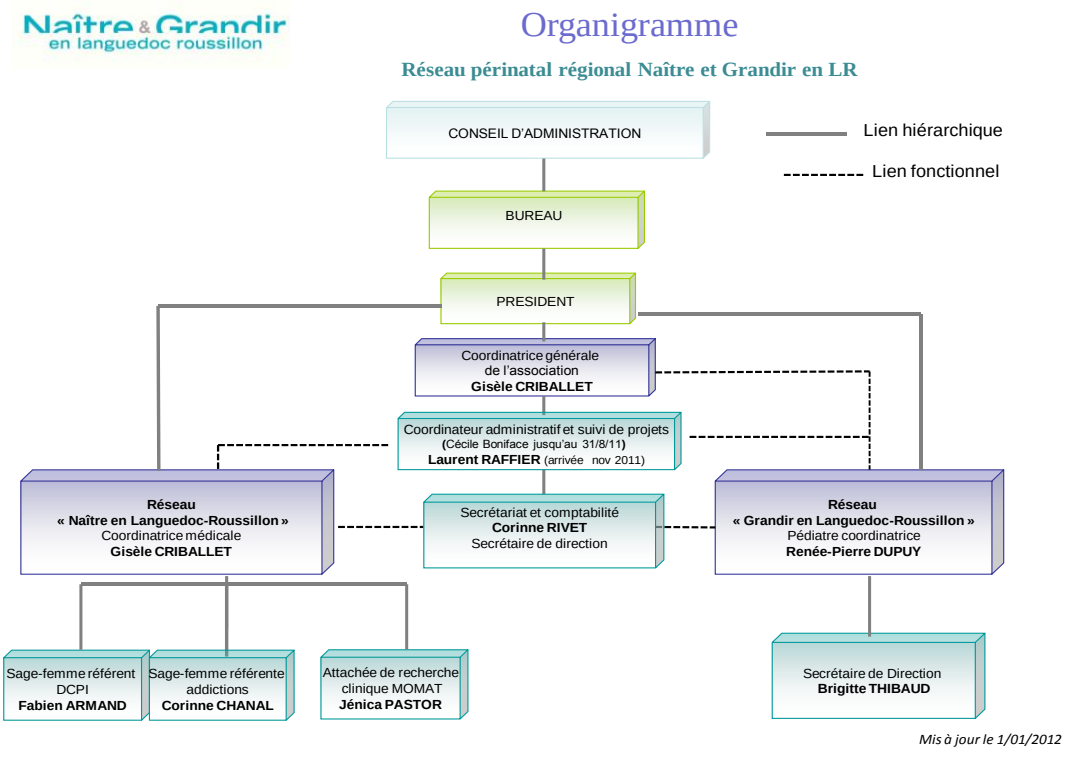
Les réseaux NLR et GLR s'appuient comme support juridique, sur une association loi 1901 dénommée « Naître et Grandir en Languedoc-Roussillon». En 2011 une réorganisation interne a été accompagnée par un audit interne mené par Mme Linck du cabinet de consultant ALIDORO. L'implication des membres du bureau 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, une modification des statuts a été travaillée et sera proposée au vote en AGO en mai 2012

Le fonctionnement de NGLR a été assuré en 2011 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 :
    - ***Un président : Jean-Bernard Mariette***
- ***Une cellule de coordination*** composée de ***:***
  - 5 salariés en CDI : 1 ETP de coordinatrice 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 de secrétaire de direction
  - 1 ETP pédiatre coordinatrice 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 du DPCI auprès des établissements et des professionnels de la périnatalité du LR
  - 30% ETP sage-femme addictologue mis à disposition du réseau par le CHU de Montpellier pour le projet « Périnatalité et addictions »

**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 6 sont des représentants du secteur privé. Leur mandat arrivant à échéance en 2011, les membres du CA 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<br>JULIEN Claude | **BENAZECH Paul** |
| **Chirurgiens pédiatriques** | CAPTIER Guillaume | |
| **Gynécologues obstétriciens** | FORGET Séverine | **GROSSET Bertrand** |
| **Représentant d'Institution de formation professionnelle** | COURTIN Valérie | |
| **Sages-femmes** | CASSÉ Laurence | **FERRER Manuel** |
| **Représentant d'associations d'usagers** | AULOMBARD Roger Louis | |
| **Transporteurs** | GIRAUD Isabelle | |
| **Représentant d'un Centre Hospitalier Général** | Directeur CH de MENDE | **Directeur CH de ALES** |
| **Représentant d'un Centre Hospitalier Universitaire** | BOULOT Pierre | |
| **Représentant de la FHP** | LAURIN Catherine | |
| **Pédiatres** | MARIETTE Jean Bernard | **BADR Maliha** |
| **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** | RACHEDI Nadia | Autres départements |
| **Psychiatre ou psychologue** | ROY Joël | |
| **Représentant d'un CAMSP** | DAUDÉ Hubert | |
| **Neurophysiologistes** | GAGNARD LANDRA Corinne | **BRIERE Caroline** |
| **Travailleur social** | REYROLLE Marc | |

Suite à l'élection du Conseil d'administration, une nouvelle élection du bureau a eu lieu qui a reconduit le précédent bureau dans sa composition.

**Tableau 6 : Les membres du bureau en 2011**

| Fonction | Nom Prénom | Public/Privé |
|---|---|---|
| **Président** | MARIETTE Jean-Bernard | **Public** |
| **Vice-Président** | LAURIN-ROURE Catherine | **Privé** |
| **Trésorier** | CASSÉ Laurence | **Privé** |
| **Trésorier adjoint** | DAUDE Hubert | **Public** |
| **Secrétaire** | ALLEGRE- DIAZ Françoise | **Public** |
| **Secrétaire-adjoint** | MASSON Guy | **Retraité** |

En 2011, une Assemblée générale ordinaire a été organisée, le Conseil d'administration s'est réuni 5 fois et le bureau s'est réuni 6 fois. Le détail de ces réunions est présenté dans le tableau ci-après.

**Tableau 7 : Calendrier des réunions en 2011**

| Organe | Nombre de réunions | Date des réunions | Nombre total de participants | Thèmes des réunions |
|---|---|---|---|---|
| **Assemblée générale** | 1 | 27 mai 2011 | 23 présents, 31 représentés | ▪ **Rapport moral du Président**<br>▪ **Rapport financier du Trésorier**<br>▪ **Prévisionnel 2011**<br>▪ **Rapport du commissaire aux comptes**<br>▪ **Approbation des comptes 2010**<br>▪ **Montant des cotisations 2011 et 2012**<br>▪ **Renouvellement des membres du Conseil d'Administration** |
| **Conseil d'administration** | 5 | 15 mars 2011 | 8 participants | ▪ **Conclusions de la mission d'audit interne menée dans le cadre du DLA**<br>▪ **Point financier 2010 et budget prévisionnel 2011**<br>▪ **Présentation du rapport d'activité 2010**<br>▪ **Demande et renouvellement des financements**<br>▪ **Proposition de thème pour la journée du réseau**<br>▪ **Bilan de la journée d'hiver du réseau consacrée à l'échographie et point sur le dépistage de la trisomie 21**<br>▪ **Communication du réseau (site internet)**<br>▪ **Calendrier 2011 actions prévisionnelles**<br>▪ **Questions diverses** |
| | | 10 mai 2011 | 8 participants | ▪ **Bilan financier et arrêt des comptes 2010**<br>▪ **Baisse du financement FIQCS 2011 de 10%**<br>▪ **Organisation interne : organigramme et fiches de poste**<br>▪ **Organisation de la journée de printemps du réseau**<br>▪ **Communication du réseau (site internet)**<br>▪ **Calendrier 2011: dates des prochaines réunions du CA**<br>▪ **Questions diverses** |

| Organe | Nombre de réunions | Date des réunions | Nombre total de participants | Thèmes des réunions |
|---|---|---|---|---|
| | | 14 juin 2011 | 9 participants | ▪ **Résultats de l'élection de l'AG du 27 mai et élection du nouveau bureau**<br>▪ **Evaluation de la journée du 27 mai 2011**<br>▪ **Réponse au courrier ARS DU 18 avril 2011 annonçant une baisse du financement 2011 de NLR et GLR de 10 %**<br>▪ **Montant des cotisations ultérieures**<br>▪ **Organisation prochaine RMM à Perpignan 27 septembre 2011**<br>▪ **Organisation prochaine journée d'hiver en décembre 2011**<br>▪ **Préparation nouvelle demande de financement FIQCS 2012-2015 : orientations, projets…**<br>▪ **Calendrier 2011: dates des prochaines réunions du CA**<br>▪ **Questions diverses** |
| | | 21 septembre 2011 | 19 participants | ▪ **Organisation recrutement coordinatrice administrative.**<br>▪ **Proposition de règlement intérieur**<br>▪ **Compte rendu RDV ARS du 9 aout 2011.**<br>▪ **AAP retenus et en cours : présentation des projets**<br>▪ **Relation avec Réseau 3PSM**<br>▪ **Le DCPI et ses évolutions (V2, dossier Néonat, dossier NNV)**<br>▪ **Préparation nouvelle demande de financement FIQCS 2012-2015**<br>▪ **Evaluation des réseaux par l'ARS**<br>▪ **Organisation prochaine RMM à Montpellier 27 septembre 2011**<br>▪ **SROS à valider ou commentaires**<br>▪ **Convention GEN-LR site internet**<br>▪ **Prévoir nouvelle date RMM**<br>▪ **Organisation prochaine journée d'hiver en décembre 2011**<br>▪ **Recherche de financements**<br>▪ **Calendrier 2011 : dates des prochaines réunions du CA**<br>▪ **Questions diverses.** |
| | | 16 Novembre 2011 | 8 participants | ▪ **Présentation du nouveau coordinateur chargé de suivi de projet et gestion administrative**<br>▪ **Présentation de la prochaine version du DCPI**<br>▪ **Proposition de règlement intérieur**<br>▪ **Préparation nouvelle demande de financement FIQCS 2012-2015 : orientations**<br>▪ **Evaluation des réseaux par l'ARS**<br>▪ **Organisation prochaine RMM à Perpignan 22 novembre 2011 : dossiers.**<br>▪ **Organisation prochaine journée d'hiver le 13 janvier 2012**<br>▪ **Point sur les projets en cours et référentiels.**<br>▪ **Recherche de financements**<br>▪ **Calendrier 2012 : dates des prochaines réunions du CA**<br>▪ **Questions diverses.** |
| **Bureau** | 6 | Concertations téléphoniques et par mail, réunions les 16 mars, 20 avril, 6 juin, 19 | Tous les membres | ▪ **Vie associative : élections, organisation des réunions du CA et de l'AG**<br>▪ **Organisation interne du réseau : audit interne, recrutement**<br>▪ **Formation des salariés**<br>▪ **Suivi financier**<br>▪ **Relation avec l'ARS : diminution de 10% de la subvention** |

| Organe | Nombre de réunions | Date des réunions | Nombre total de participants | Thèmes des réunions |
|---|---|---|---|---|
| | | aout, 8 septembre, 29 décembre, une réunion par mois avec le Président | | **FIQCS**<br>▪ **DCPI : difficultés de paiements, développement de la nouvelle version**<br>▪ **Organisation des réunions et manifestations**<br>▪ **Communication : site internet**<br>▪ **Point sur les actions du réseau d'amont NLR**<br>▪ **Point sur les actions du réseau d'aval GLR**<br>▪ **Calendrier actions et réunions 2012** |

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

## II.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 depuis 1999, 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.

## II.2. Priorités fixées

Les priorités engagées en 2011 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
3- Elaborer, actualiser et diffuser des référentiels régionaux de soins périnataux 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- Dresser le bilan de l'expérimentation du dépistage de l'amblyopie menée dans le bassin biterrois
8- Promouvoir l'allaitement maternel en activant des réseaux de proximité et en formant les professionnels (pédiatres, médecins généralistes, sages-femmes, puéricultrices…) sur la promotion et le suivi de l'allaitement maternel ainsi que la démarche IHAB
9- Poursuivre le programme régional de prévention des addictions en périnatalité
10- Conduire une étude sur la morbidité maternelle dans la région
11- Créer un groupe de travail régional de cadres de maternité afin d'échanger sur les outils de management et de suivi dans les maternités de la région

## II.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, 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 périnataux*
  - ⇨ *Actions de formation médicale*
- Le réseau a été également financé par le FIQCS, sur les années 2009 à 2011, pour organiser une action expérimentale de dépistage de *l'amblyopie* chez tous les enfants à partir de l'âge de 9 mois du bassin biterrois
- 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 apporté leur soutien au réseau « Naître en Languedoc-Roussillon » :
  - *GEMS ULTRASOUND*
  - *SAURAMPS MEDICAL*
  - *ABBOTT*
  - *GSK*
  - *CHIESI*
  - *LEO PHARMA*
  - *Dräger Medical*
  - *LABORATOIRE CRINEX*
  - *ELERTE*
  - *LABORATOIRE RODIN*

# III. 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 2011 par :

- ⇨ ***Un comité de pilotage*** : un président (Dr Jean-Bernard Mariette) 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 salariées : 1 ETP de coordinatrice médicale, 1 ETP de coordinateur administratif et suivi de projet, 1 ETP d'attachée de recherche clinique, et 1 ETP de secrétaire de direction
  - 1 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
  - 1 sage-femme addictologue mise à disposition du réseau par le CHU de Montpellier pour le projet « Périnatalité et addictions ».

## *III.1. Le comité de pilotage*

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

## *III.2. Le comité scientifique du réseau « Naître en Languedoc-Roussillon »*

Chaque action a un référent scientifique expert sur la thématique.

**Tableau 8 : Liste des membres**

| Type d'action | Nom des référents | Profession |
|---|---|---|
| **Revue de mortalité et morbidité périnatale** | • Françoise ALLEGRE-DIAZ<br>• Marcel BAUMLER<br>• Maliha BADR<br>• Paul BENAZECH<br>• Guillaume CAPTIER<br>• Laurence CASSE<br>• Thierry DUNAND<br>• Rafi KOJAYAN<br>• Estelle MORAU<br>• Nadia RACHEDI<br>• Jacques RAMBAUD<br>• Pierre THEVENOT | • Puéricultrice<br>• Gynécologue Obstétricien<br>• Pédiatre<br>• Radiologue<br>• Chirurgien infantile<br>• Sage femme<br>• Médecin Généraliste<br>• Pédopsychiatre<br>• Anesthésistes<br>• Gynécologue<br>• Médecin Généraliste<br>• Pédiatre |
| **Protocoles et référentiels**<br>- **Obstétrique**<br>- **Echographie**<br>- **Anesthésie**<br>- **Addictions**<br>- **Endocrinologie**<br>- **Chirurgie pédiatrique**<br>- **Psychopathologie** | • Guy MASSON / Pierre BOULOT<br>• Jean Michel FAURE<br>• Estelle MORAU<br>• Corinne CHANAL/Pierre BOULOT<br>• Florence GALTIER/Anne-Marie GUEDJ<br>• Guillaume CAPTIER<br>• Rafi KOJAYAN | • Gynécologue Obstétricien<br>• Echographiste<br>• Anesthésiste réanimateur<br>• Sage-femme<br>• Endocrinologue<br>• Chirurgien Infantile<br>• Pédopsychiatre |
| **Formations**<br>- **Médecins généralistes**<br>- **Allaitement maternel** | • Thierry DUNAND<br>• Danièle BRUGUIERE / Gisèle CRIBALLET | • Médecin généraliste<br>• Consultante en lactation et sage-femme |

| Type d'action | Nom des référents | Profession |
|---|---|---|
| - **Entretien prénatal précoce** | • Gisèle CRIBALLET | • Sage-femme |

## *III.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)** | 100 % | 1/09/2009 au 31/08/2011 | Salariée | **Cécile BONIFACE** |
| | | 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 | Mis 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<br>100% ensuite | 1/11/2010 | Salariée CDI | **Jenica PASTOR** |
| ***Sage-femme référente « Périnatalité et Addictions »*** | *30%*<br>***(Financement ARS Prévention)*** | *1/09/2008* | *Mis à disposition par le CHU de Montpellier* | ***Corinne CHANAL*** |

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

## *IV.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)

| | |
|---|---|
| **1310 professionnels adhérents au réseau** | Tous signataires de la charte constitutive du réseau |
| 20 maternités des secteurs public/privé<br>2 centres périnatals de proximité | |

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

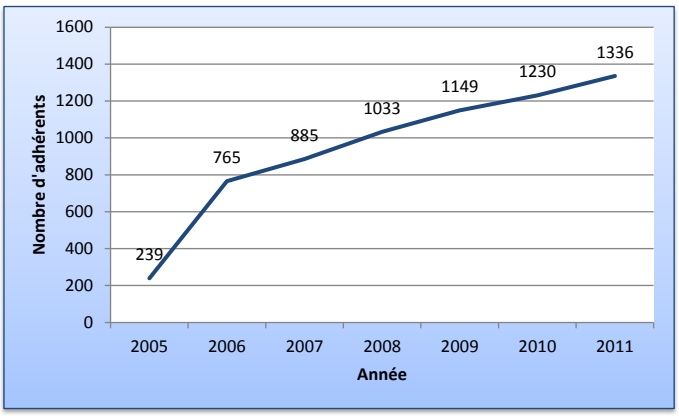
➢ **Adhésion à l'Association « Naître et Grandir en Languedoc Roussillon »**

- 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 2011, 98 membres du réseau sont également membres cotisant à l'association « Naître et Grandir en Languedoc Roussillon ».

## *IV.2. Evolution*

Le nombre d'adhésions au réseau a plus que quintuplé en cinq ans. Il est passé de **239** professionnels adhérents au 31 décembre 2005 à **1336** au 31 décembre 2011 : 26 personnes morales à jour de cotisation et 1310 personnes physiques ayant signé la charte. Depuis 2009, le nombre de personnes physiques adhérentes augmente en moyenne chaque année d'environ 9%.

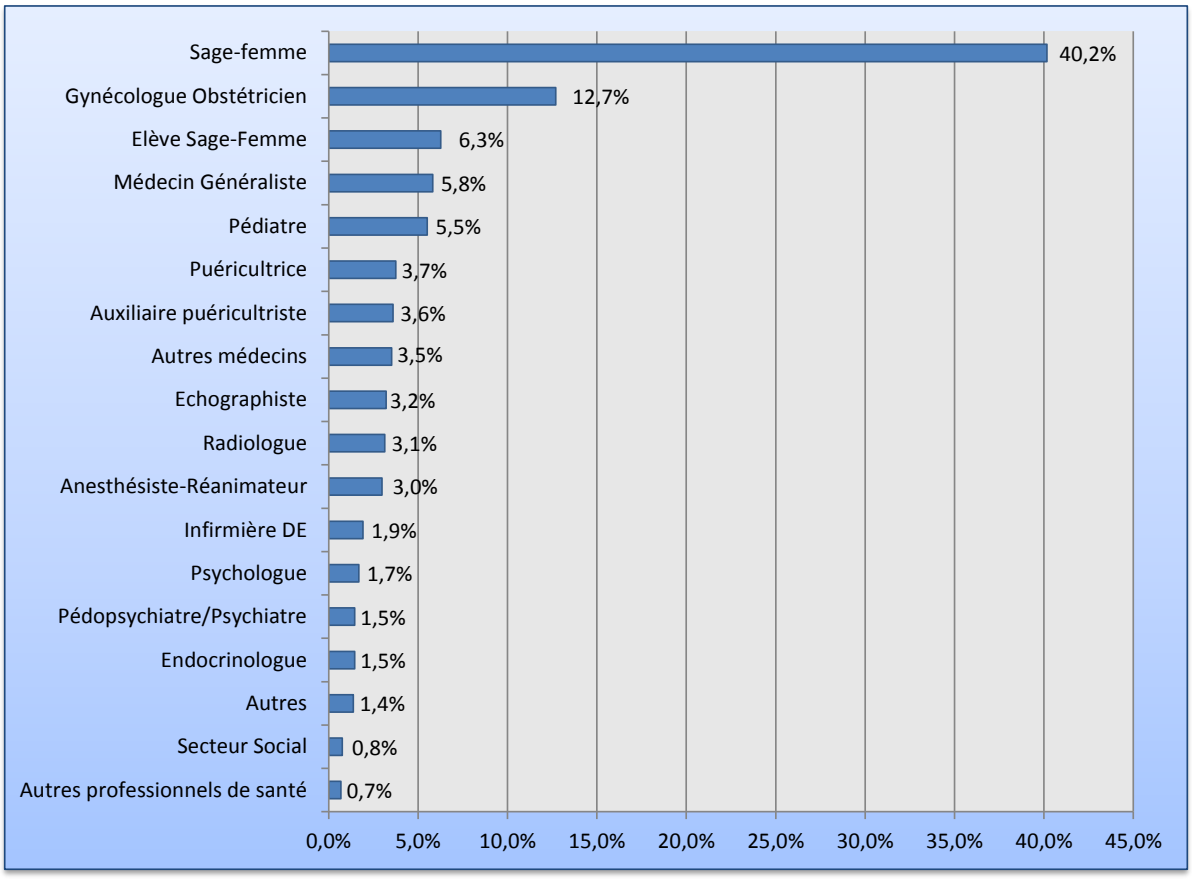
**Graphique 3 : Evolution du nombre d'adhérents 2005 - 2011**




## *IV.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 leurs grande diversité sont représentées au sein du réseau.

**Graphique 4 : Professions des adhérents au 31 décembre 2011[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 2011

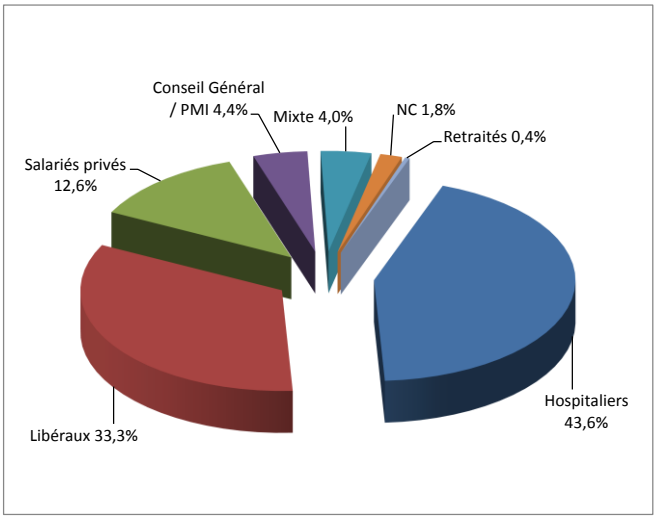
| Mode d'exercice | | Libéraux | | Hospitaliers | | Salariés privés | | Mixte | | Conseil Général / PMI | | Retraités | | NC | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Professions** | **Total** | Nbre | % | Nbre | % | Nbre | % | Nbre | % | Nbre | % | Nbre | % | Nbre | % |
| 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 | **166** | 93 | 56% | 55 | 33% | 4 | 2% | 11 | 7% | 1 | 1% | 1 | 1% | 1 | 1% |
| Médecin Généraliste | **76** | 65 | 86% | 2 | 3% | 1 | 1% | 1 | 1% | 7 | 9% | | | | |
| Pédopsychiatre/ Psychiatre | **19** | 5 | 26% | 9 | 47% | 4 | 21% | 1 | 5% | | | | | | |
| Pédiatre | **72** | 32 | 44% | 31 | 43% | 1 | 1% | 5 | 7% | 3 | 4% | | | | |
| Radiologue | **41** | 37 | 90% | 3 | 7% | | | | | | | | | 1 | 2% |
| Autres médecins[2] | **46** | 10 | 22% | 26 | 57% | 3 | 7% | 6 | 13% | 1 | 2% | | | | |
| *Total Médecins* | *520* | *295* | *57%* | *168* | *32%* | *13* | *3%* | *28* | *5%* | *12* | *2%* | *2* | *0%* | *2* | *0%* |
| Sage-femme | **525** | 123 | 23% | 253 | 48% | 94 | 18% | 22 | 4% | 31 | 6% | 1 | 0% | 1 | 0% |
| Elève Sage-Femme | **82** | | | 71 | 87% | | | | | | | | | 11 | 13% |
| Infirmière DE | **25** | | | 14 | 56% | 7 | 28% | | | 3 | 12% | | | 1 | 4% |
| Psychologue | **22** | 4 | 18% | 11 | 50% | 4 | 18% | 2 | 9% | 1 | 5% | | | | |
| Puéricultrice | **49** | 1 | 2% | 28 | 57% | 9 | 18% | | | 8 | 16% | 1 | 2% | 2 | 4% |
| Auxiliaire puéricultriste | **47** | | | 14 | 30% | 32 | 68% | | | 1 | 2% | | | | |
| Autres professionnels de santé[3] | **9** | 1 | 11% | 5 | 56% | 1 | 11% | | | | | | | 2 | 22% |
| Secteur Social | **10** | | | 4 | 40% | 4 | 40% | | | 1 | 10% | | | 1 | 10% |
| Autres[4] | **18** | 12 | 67% | 3 | 17% | | | 1 | 6% | | | 1 | 6% | 1 | 6% |
| Non-communiqué | **3** | | | | | 1 | 33% | | | | | | | 2 | 67% |
| **Total** | **1310** | **436** | **33%** | **571** | **44%** | **165** | **13%** | **53** | **4%** | **57** | **4%** | **5** | **0%** | **23** | **2%** |

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

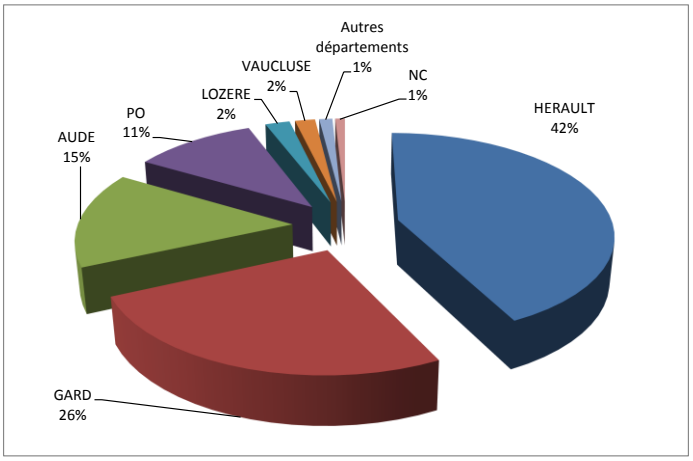
[3] Autres professionnels de santé : Aide-Soignante, Cadre de Santé, Consultante en lactation, Coordinatrice de consultations, Pharmacienne

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

**Graphique 5 : Mode d'exercice des professionnels adhérents au 31 décembre 2011**




**Graphique 6 : Département d'exercice des professionnels adhérents au 31 décembre 2011**




➢ **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 des expérimentations comme le dépistage systématique de l'amblyopie
- 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.

## *IV.4. Les structures impliquées dans le réseau*

26 structures sont à jour de cotisation au 31 décembre 2011 : 9 centres hospitaliers, 8 cliniques privées, 4 conseils généraux, 1 ordre professionnel départemental, et 4 associations. 7 de ces structures sont particulièrement impliquées au sein de l'association en tant que membres titulaires du Conseil d'administration.

**Tableau 11 : Détail des structures adhérentes du réseau au 31 décembre 2011**

| Département | Liste des structures | Nombre total |
|---|---|---|
| **Maternités Publiques** | | |
| **Aude** | 1. CH de Narbonne<br>2. CH Antoine Gayraud (Carcassonne) | **2** |
| **Gard** | 3. CH d'Alès<br>4. CH Louis Pasteur (Bagnols-sur-Cèze) | **2** |
| **Hérault** | 5. CH de Béziers<br>6. CHU Arnaud de Villeneuve | **2** |
| **Lozère** | 7. CH de Mende | **1** |
| **P-O** | 8. 10. CH Saint Jean (Perpignan) | **1** |
| **Maternités Privées** | | |
| **Aude** | 9. Polyclinique Le Languedoc | **1** |
| **Gard** | 10. Polyclinique Kennedy | **1** |
| **Hérault** | 11. Polyclinique Sainte-Thérèse (Sète)<br>12. Clinique Champeau (Béziers)<br>13. Clinique Saint Roch (Montpellier)<br>14. Clinique Saint Louis (Ganges) | **4** |
| **P-O** | 15. Clinique Saint Pierre (Perpignan)<br>16. Clinique Notre Dame d'Espérance (Perpignan) | **2** |
| **Autres** | | |
| **Aude** | 17. Conseil général de l'Aude, direction PMI | **1** |
| **Gard** | 18. Réseau de périnatalité du Bassin Alésien (RESEDA)<br>19. Conseil général du Gard, Direction PMI<br>20. Centre Départemental d'Accueil des familles | **3** |
| **Hérault** | 21. Ordre des sages-femmes de l'Hérault<br>22. Conseil général de l'Hérault, Direction PMI<br>23. Association des infirmes moteurs cérébraux de l'Hérault (ADIMCH)<br>24. Groupe d'Etudes en Néonatalogie LR (GEN)<br>25. Association Abri Languedocien | **5** |
| **Lozère** | 26. Conseil général de la Lozère, Direction PMI | **1** |
| **Total** | | **26** |

# V. 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 FIQCS.

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

**Tableau 12 : Synthèse des actions de promotion du DCPI**

| Finalités de l'action | |
|---|---|
| La mise en place du DCPI a pour principale finalité de favoriser 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 personnes formées** | 134 |
| **Nombre d'actions d'accompagnement (interventions sur place)** | 28 |
| **Nombre d'actions de promotion (réunions, rencontres)** | 28 |
| **Principaux résultats (indicateurs d'évaluation)** | |
| Il n'est pas encore possible pour le réseau d'évaluer en quoi le DCPI a favorisé la circulation de l'information entre les professionnels. En revanche, il est possible de mesurer l'évolution de son utilisation au moyen des indicateurs ci-dessous. | |
| **Progression du nombre de débuts de grossesse saisis dans le DCPI entre 2010 et 2011** | +19% |
| **Progression du nombre de consultations saisies dans le DCPI entre 2010 et 2011** | +26% |
| **Progression du nombre d'accouchements saisis dans le DCPI entre 2010 et 2011** | +21% |
| **Principales perspectives pour 2012** | |
| ○ Implantation dans 3 établissements publics : CH Sète, CH Alès, CH Perpignan<br>○ Mise en place de la 2ème version du logiciel | |

### V.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 a fait le choix de développer un dossier informatisé. En France, seules 4 régions ont fait un tel choix. Le réseau périnatal a donc pour mission, dans le cadre de la convention FIQCS, 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

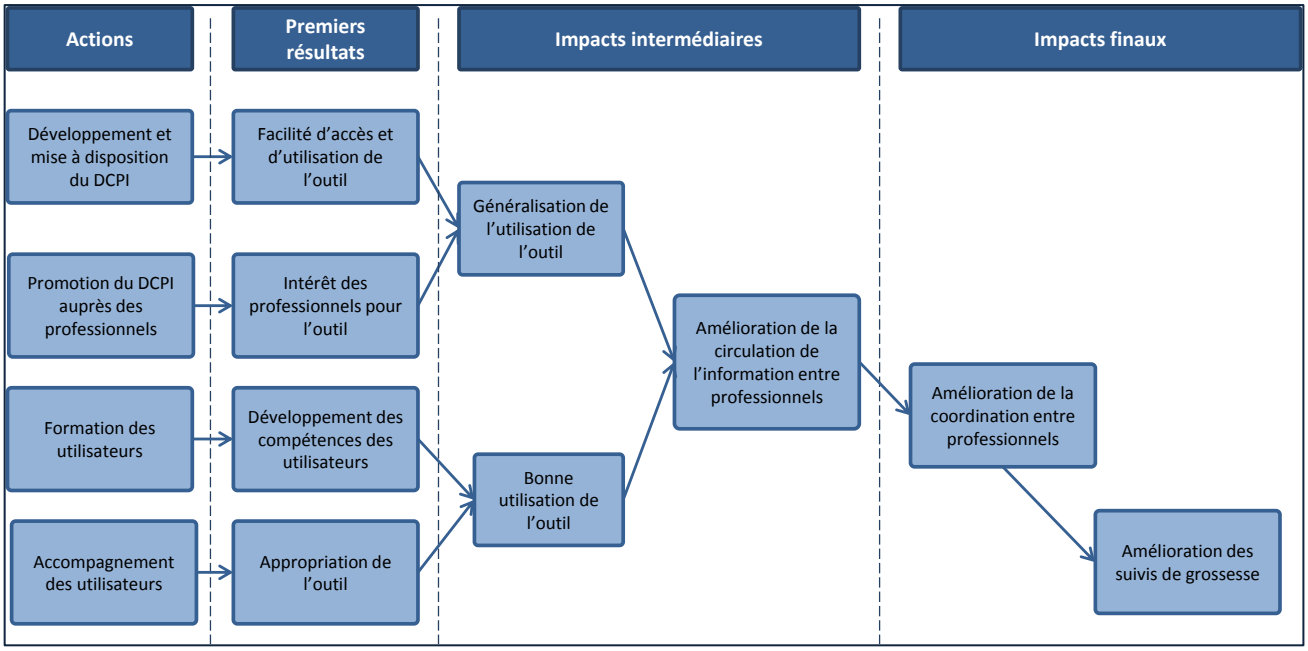
réseau NLR mentionne que les adhérents « s'engagent en outre à mettre en œuvre […] un dossier obstétrico-pédiatrique commun et un système d'information commun régional ».

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 ».

## V.1.b. Finalités

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**




## V.1.c. Méthodologie et réalisations

Ce travail consiste essentiellement dans le déploiement du DCPI par la formation 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 et de manière individuelle la meilleure manière de se servir 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 du dossier pour plus d'ergonomie et aussi parce que certaines pratiques obstétricales ont évolué depuis 2003, date de la première conception du DCPI.

D'autres missions sont venues naturellement s'associer au DCPI : la mise en place du dossier néonatal informatisé et la dématérialisation du CS8 (pour lequel la maternité du CHU de Montpellier est site pilote).

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 le 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, fort afin de donner toute sa chance au projet. Pour cela, il été décidé en décembre 2008, que cette structure support qui pourrait être le réseau périnatal serait 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 des 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

Au cours de l'année 2011 les groupes technique et juridique ne se sont réunis que deux fois.

La première réunion a eu lieu le 26 janvier 2011 suite à un courrier reçu de la part d'SQLI qui nous sommait de régler les factures impayées concernant la maintenance et l'hébergement du DCPI. Faute de paiement le DCPI devait être arrêté. Les établissements privés, principaux retardataires au niveau de ces factures ont annoncés lors de cette réunion que devant le manque d'avancement des interfaces avec les logiciels libéraux et la non utilisation du DCPI dans leurs établissements, ils se retirent donc du projet DCPI et ne veulent pas payer pour un logiciel qu'ils n'ont jamais utilisé. Seules les cliniques St louis de Ganges et Ste Thérèse de Sète, qui utilisent le DCPI, restent dans le projet.

La seconde réunion s'est déroulée le 28 novembre 2011. Cette réunion avait pour but de faire le point sur la situation des contrats de maintenance et d'hébergement pour l'année 2012. Il était nécessaire de refaire la répartition des factures entre les établissements utilisateurs du DCPI.

La question du réinvestissement des établissements privés est posée et sera un objectif principal pour l'année 2012.

➢ **Evolutions techniques du DCPI**

- <u>Dématérialisation du CS8 :</u>

Peu d'évolution au cours de l'année 2011. L'interface entre Horus, logiciel de la société GFI qui équipe la PMI de l'Hérault, et la plateforme de dématérialisation du ministère n'a pas été réalisée. En fin d'année 2011 c'est le CHI de Villeneuve St George et le CG 94 qui ont été choisis comme site pilote pour la mise en place de cette interface.

Du côté du DCPI l'export des CS8 est prêt, la seule modification à mettre en place est un changement du format d'envoi de ce document pour être en phase avec le cadre d'interopérabilité mis en place par l'ASIP Santé.

- <u>Interfaces avec les logiciels d'établissements :</u>

Très peu d'évolution concernant les interfaces avec les logiciels d'établissement. Le CHU de Montpellier a développé une interface entre son logiciel administratif et le DCPI afin de créer l'identité dans le DCPI. Du

coté des autres établissements, la discussion de ces interfaces a été relancée au cours de l'année pour la majorité d'entre eux.

- Interfaces avec les logiciels des libéraux :

Depuis l'échec de la réalisation d'une interface avec le logiciel Axisanté de la société Axilog l'an dernier, nous n'avons pas fait de nouvelle tentative d'interfaces avec d'autres logiciels libéraux. Nous avons été contacté par une société à la demande d'un médecin utilisateur de leur solution mais il n'y a pas eu de suite à ce contact.

- Développement de la seconde version du DCPI

La V2 du DCPI a été développée par SQLI dans le cadre du contrat qu'ils ont passé avec la Martinique pour leur projet de dossier commun régional.

Après une présentation à tous les acteurs de la périnatalité de la Martinique ainsi qu'aux tutelles, SQLI nous a mis à disposition une maquette de cette future version du DCPI au mois de septembre 2011. Nous avons pu donner notre avis sur cette dernière et faire nos remarques ainsi que proposer nos modifications et améliorations, SQLI nous ayant toujours dit qu'en tant qu'utilisateurs originaux notre avis serait toujours prépondérant quant à la fonctionnalité de ce dossier périnatal.

Dès lors nous avons commencé à présenter cette maquette aux utilisateurs réguliers du DCPI afin de recueillir leur avis ainsi que leurs suggestions sur de possibles améliorations. Nous avons organisé une réunion avec le directeur d'SQLI ainsi qu'un groupe de pédiatres afin d'organiser la mise en place de la dématérialisation du dossier de suivi des nouveau-nés vulnérables et au cours de cette réunion nous avons abordé le sujet du dossier de néonat. La société SQLI souhaite faire évoluer ce dossier en même temps que l'évolution du dossier maternel et aimerait que nous soyons également les principaux contributeurs à cette nouvelle version. Nous devons donc réunir à nouveau les pédiatres de la région afin de préparer cette nouvelle version du dossier d'hospitalisation néonatale.

- Dossier de suivi des nouveau-nés vulnérables :

Le réseau Grandir en Languedoc-Roussillon a pour mission d'assurer le suivi des nouveau-nés vulnérables. La nécessité de dématérialiser les cahiers de suivi de ces nouveau-nés s'est imposée dans le courant de l'année 2011 du fait de l'importante charge de travail que représente la saisie informatique des comptes-rendus de consultation au format papier. Le Sage-femme en charge du DCPI a donc mis son expertise à la disposition du réseau Grandir en LR avec lequel un travail préliminaire a été réalisé et un groupe d'experts a été constitué afin de préparer cette dématérialisation.

Une réunion a ainsi pu être organisée en fin d'année avec la société SQLI afin de lui présenter le projet, de définir le cahier des charges et de le faire développer au cours du premier semestre 2012.

- Envoi des données au réseau sentinelle « Audipog :

Le réseau a transmis dès fin janvier 2011 les statistiques pour l'année 2010 des établissements utilisant uniquement le DCPI. Cela nous a permis de pouvoir donner aux établissements leurs tableaux de bord pour l'année 2010 dès la fin du premier trimestre.

Les chiffres de 2011 seront également envoyés dès le début d'année 2012, le fichier envoyé étant préparé il n'y aura que peu de corrections à apporter (uniquement une vérification de données aberrantes liées le plus souvent à des erreurs de saisie).

➢ **Actions de promotion du DCPI : Formation, accompagnement**

Le travail effectué par la sage-femme chargée 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 :

- 134 personnes ont été formées, le sage-femme référent a mené 28 actions d'accompagnement à l'utilisation du DCPI dans les établissements et 28 réunions de promotion du DCPI ont été organisées,

- Le centre hospitalier d'Alès a décidé, suite à une pression de sa direction, de reprendre l'utilisation du DCPI. Le réseau a rencontré le chef de pôle ainsi que la cadre du service pour mettre en place les formations du personnel. Ces formations se sont déroulées au cours du mois de novembre et le démarrage d'utilisation du DCPI s'est fait début décembre,
- Le centre hospitalier de Sète ayant demandé à devenir une maternité de niveau II, ils se sont vus conseillés d'utiliser le DCPI. Le réseau a organisé des réunions avec les médecins afin de préparer la formation du personnel. Une partie des médecins souhaitaient ne commencer l'utilisation du DCPI qu'avec l'arrivée de la V2 mais le chef de pôle souhaite démarrer au plus tôt. Les médecins ont été formés au mois de décembre et le réseau organise une semaine de formation pour les sages-femmes au mois de janvier 2012.
- Les médecins du centre hospitalier de Perpignan ont souhaité que le réseau leur fasse une démonstration de la V2 du DCPI. La direction de l'hôpital est très aidante pour la mise en place du DCPI à la maternité et met tout en œuvre pour que cela se déroule dans les meilleures conditions. Les médecins ne sont plus aussi fermés quant à l'utilisation du DCPI mais ne souhaitent pas démarrer avant d'avoir la V2.

Suite à l'impossibilité de trouver une solution pour que les médecins libéraux adoptent le DCPI, les établissements privés ont décidé de se désengager de la gouvernance du DCPI. Le principal problème posé par cette prise de position est lié à la non rédaction de leurs contrats de maintenance et d'hébergement avec SQLI. Les factures étaient en retard sur l'année 2010 et ils ne souhaitent pas payer ces factures, encore moins pour 2011. Suite à ces nouvelles et devant la nécessité de régler ces dettes, l'ARS s'est engagée à trouver des crédits pour payer ces factures. Après de nombreux rebondissements les crédits ont été débloqués au mois de décembre. Il reste à rapidement reverser ces crédits à SQLI.

## V.1.d. Evaluation des résultats

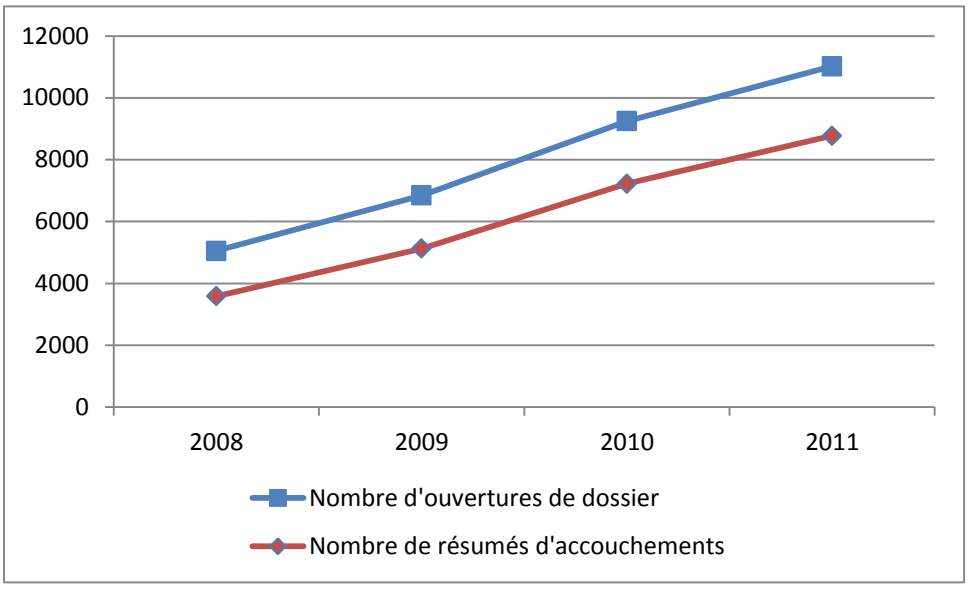
Actuellement 9 établissements utilisent totalement ou partiellement le DCPI : 7 publics, 2 privés

- CH de Narbonne
- CH de Carcassonne
- CPP de Castelnaudary
- CHU ADV à Montpellier
- CH de Béziers
- La clinique Sainte Thérèse à Sète
- La clinique Saint Louis à Ganges
- CH de Bagnols sur Cèze
- CH de Mende

Ainsi que les PMI de l'Aude, de l'Hérault et du Gard autour de Bagnols sur Cèze. 497 professionnels de santé ont saisi au moins une consultation dans le DCPI au cours de l'année 2011. Les indicateurs d'utilisation sont cette année encore à la hausse :

- Le nombre de consultations saisies a augmenté de 26% par rapport à 2011
- Le nombre d'ouverture de dossier a augmenté de 19%
- Le nombre de résumés d'accouchements saisis a augmenté de 21%

Graphique 7 : Utilisation du DCPI 2008 - 2011




Le graphique ci-dessus montre que l'augmentation de l'utilisation du DCPI est constante et stable depuis 2008. Ainsi en 4 ans, les nombres d'ouvertures de dossiers et de résumés d'accouchements saisis dans le DCPI ont doublé.

## V.1.e. Conclusions et perspectives 2011

- Validation de la maquette de la V2, réalisation des modifications sur le dossier maternel pour la V2
- Réunions avec les pédiatres de la région pour modifier le dossier néonatal pour la V2 de ce dernier
- Création du dossier de suivi des nouveau-nés vulnérables en partenariat avec le réseau d'aval Grandir en LR
- Soutenir la mise en place du DCPI au CH d'Alès
- Soutenir la mise en place du DCPI au CH du Bassin de Thau
- Faire les formations de tout le personnel de la maternité du CH de Perpignan et soutenir cette mise en place

## *V.2. Analyse rétrospective de dossiers de mortalité et morbidité périnatale (RMM)*

**Tableau 13 : Synthèse de l'action Analyse rétrospective de dossiers de mortalité et de morbidité périnatale**

| Finalités 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.<br>Une revue de dossier a été annulée en raison de difficultés d'organisation. | |
| **Nombre de RMM organisées** | 3 |
| **Nombre de dossiers présentés** | 13 |
| **Nombre de professionnels participants** | 207<br>(+9% par rapport à 2010) |
| **Principaux résultats (indicateurs d'évaluation)** | |
| **Appréciation générale des participants (Très satisfaisant / Satisfaisant)** | 55% / 44% |
| **Changement de pratique des participants (Tout à fait / Plutôt d'accord)** | 25% / 52% |
| **Principales perspectives pour 2012** | |
| ○ Organisation d'une RMM par trimestre<br>○ Rédaction de comptes-rendus des RMM<br>○ Réflexion sur les actions d'amélioration à mettre en place et à suivre suite aux conclusions d'une RMM | |

### V.2.a. Contexte et historique

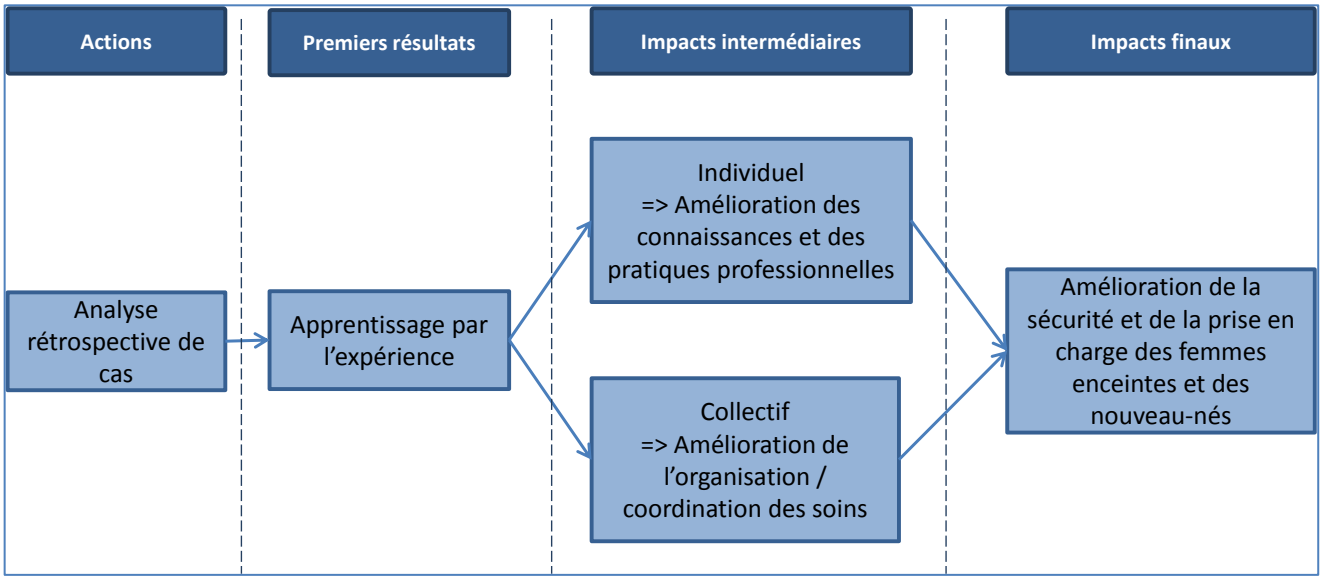
Le cahier des charges national des réseaux de périnatalité[5] fixe à ces réseaux l'objectif « d'améliorer la sécurité et la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés ». Aussi, si l'analyse rétrospective de dossiers de mortalité et morbidité périnatals ne fait pas partie des missions des réseaux de périnatalité tels 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 ».

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

## V.2.b. Finalités

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 14 : Logigramme de l'analyse rétrospective de cas**




## V.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. 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 protocole et à la mise en place d'actions régionale (Cf. V.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'il propose 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. Les professionnels qui présentent des cas lors de ces réunions sont indemnisés par le réseau pour un montant forfaitaire individuel de 150 euros.

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.

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 que le contenu de ces comptes-rendus doit comprendre :

- Les conclusions de la réunion
- Les actions d'amélioration de la qualité des soins mises en œuvre
- Modalités de suivi de ces actions

Toutefois, aux vues de la maturité de la pratique des RMM, le réseau a décidé de préparer des comptes-rendus en 2012.

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 juridique n'étant pas fixé en 2011, les revues de dossier n'ont pas donné lieu d'une telle valorisation. En 2012, le réseau examinera l'évolution de ce cadre juridique et comment il pourrait y intégrer les revues de dossier.

- **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.

13 dossiers ont été présentés lors de ces 3 analyses rétrospectives sur les thématiques suivantes :

- Amniocentèse compliquée
- Rupture utérine lors d'une IMG sur utérus sain
- Rupture utérine sur utérus cicatriciel
- Etat néo-natal surprenant
- Grossesse et addictions : tabac et alcool
- Anesthésie obstétricale et cavernomes cérébraux : à propos de 2 cas
- Hémorragie sur césarienne avec placenta accréta
- Thrombopénie et APD
- Hémorragie de Benkiser : 2 dossiers
- Troubles psychiatrique et grossesse : travail en réseau
- Syndrome malformatif et vulnérabilité
- HTPA et grossesse
- Accouchement à 25 SA en type I, transfert post natal

Il est à noter que les dossiers sont présentés tant par les professionnels du secteur public que privé.

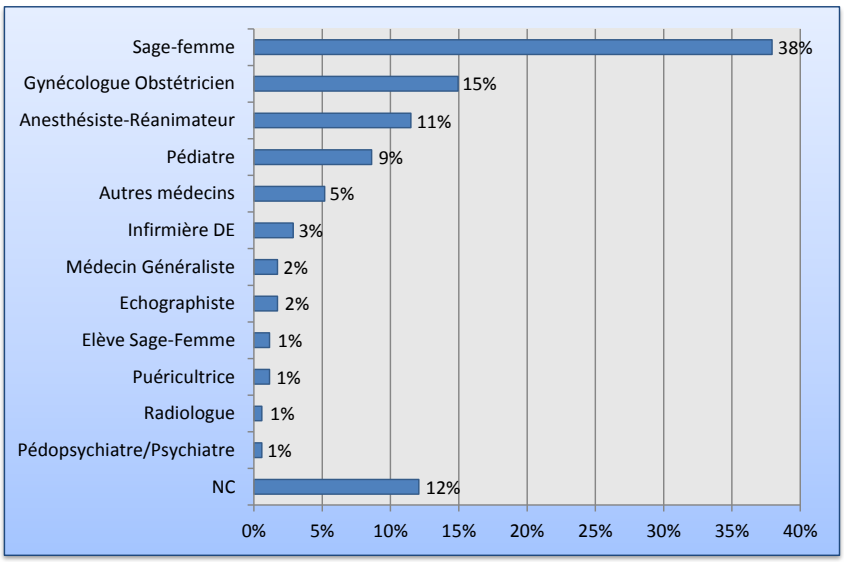
➢ **La participation aux analyses rétrospectives**

| Date | Lieu | Participants |
|---|---|---|
| 15 mars 2011 | Béziers | 42 |
| 14 juin 2011 | Montpellier | Annulée |
| 27 septembre 2011 | Montpellier | 89 |
| 22 novembre 2011 | Perpignan | 76 |
| | **Total** | **207** |

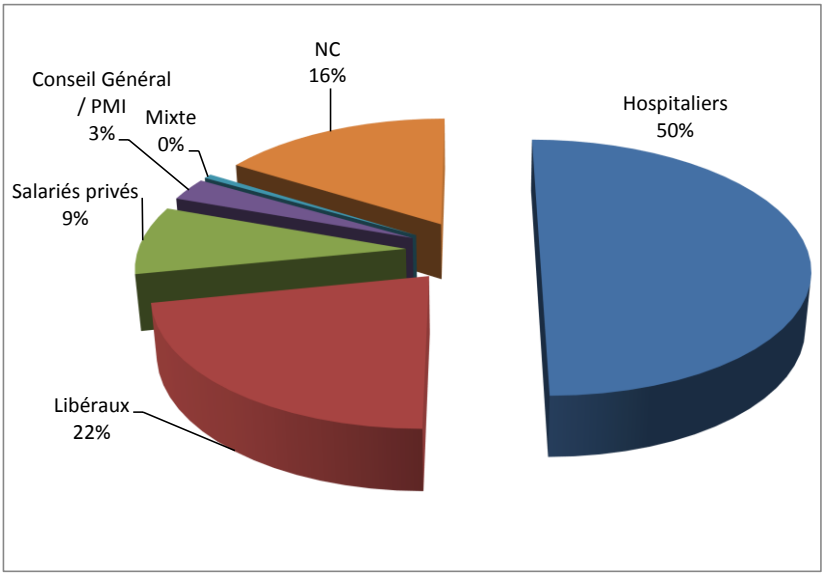
Depuis 2006, les 18 revues organisées par le réseau ont connu une forte participation des professionnels de la région. La participation des professionnels aux revues de dossier est gratuite. En 2011, le nombre de participants s'élève à 207 et a augmenté de près de 9% par rapport à 2010 (190 participants). Ceci montre à quel point les professionnels se sont désormais appropriés ces réunions et témoigne de leur intérêt et de la confiance grandissante pour un tel exercice.

Les participants en 2011 sont principalement des sages-femmes (38%) et des gynécologues-obstétriciens (15%) tandis que la moitié d'entre eux exerce à l'hôpital, 9% en établissement privé et 22% en libéral.

**Tableau 15 : Professions des participants aux 3 analyses réalisées en 2011**

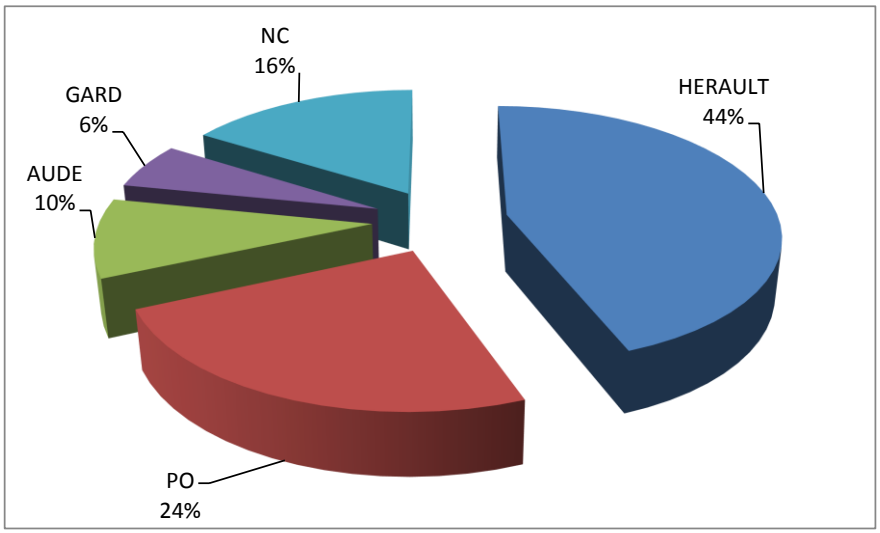



**Graphique 8 : Mode d'exercice des participants aux 3 analyses organisées en 2011**




Les participants aux revues de dossiers exercent principalement dans l'Hérault (44%) ce qui est logique dans la mesure où 2 des 3 revues se sont déroulées dans ce département. Près d'un quart des participants exercent dans les Pyrénées Orientales, à ce titre, l'importante participation enregistrée à l'occasion de la revue organisée à Perpignan en Novembre 2011 tend à confirmer l'intérêt d'organiser des revues de dossiers décentralisées. Enfin, 16% des participants exercent dans les autres départements, ce qui témoigne de l'attractivité de ces présentations.

Graphique 9 : Départements d'exercice des participants




## V.2.d. Evaluation des résultats

- **Appréciation des professionnels**

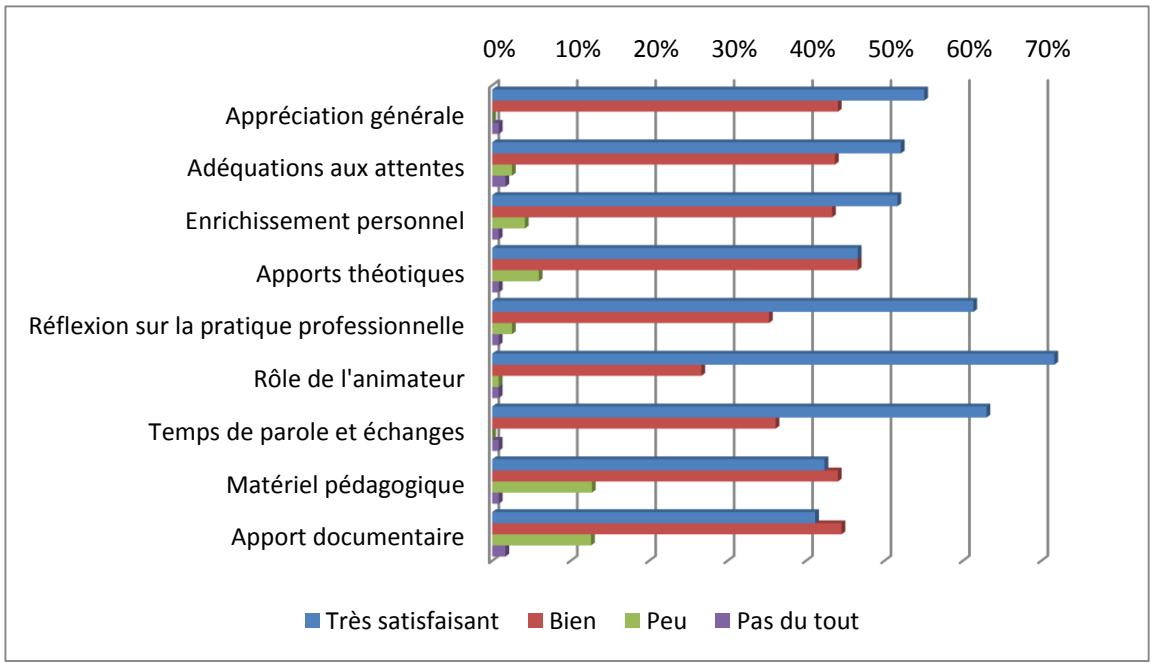
Une évaluation de la satisfaction des participants a été réalisée pour ces 3 revues de dossiers par le biais d'une analyse des questionnaires remis à chaque participant lors de ces réunions. 58% des participants ont répondu à ces questionnaires.

Tableau 16 : Taux de réponse pour chaque RMM

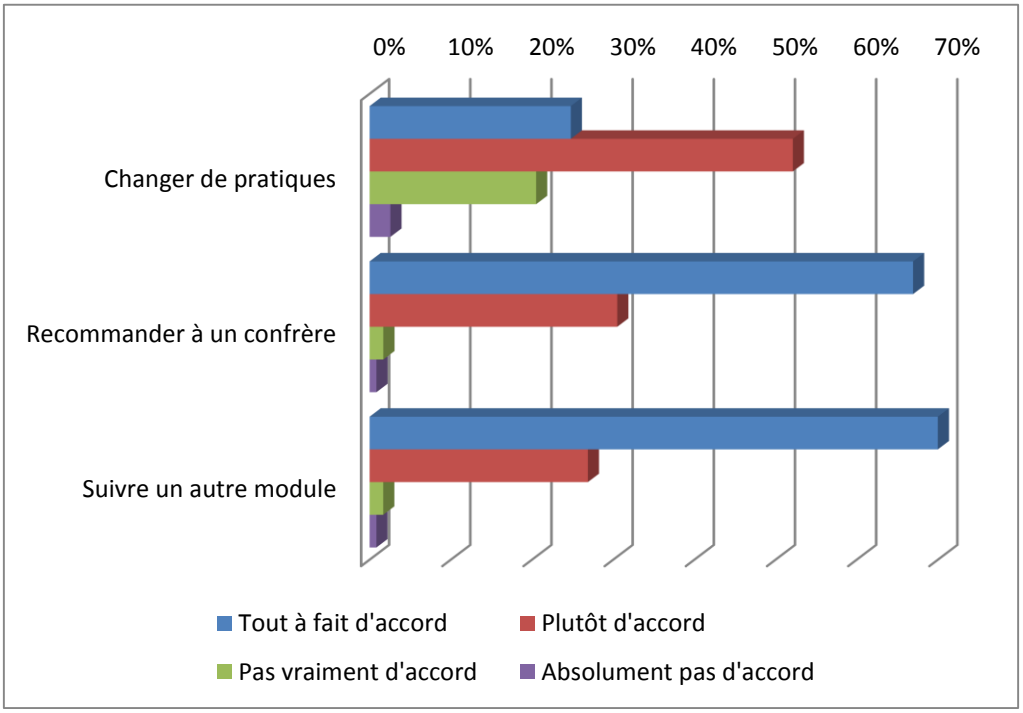
| | Nombre de participants | Nombre de réponse | % de réponse |
|---|---|---|---|
| **16ème Analyse Rétrospective de dossiers** | 42 | 34 | 81% |
| **17ème Analyse Rétrospective de dossiers** | | Annulée | |
| **18ème Analyse Rétrospective de dossiers** | 89 | 44 | 49% |
| **19ème Analyse Rétrospective de dossiers** | 76 | 42 | 55% |
| **Total** | **207** | **120** | **58%** |

Les réponses aux questionnaires témoignent d'un niveau global de satisfaction élevé de la part des participants. On observe notamment des niveaux de satisfaction particulièrement élevés pour les items relatifs aux rôles de l'animateur, aux temps de parole et d'échanges et à la réflexion sur la pratique professionnelle (plus de 60% d'opinions très positives). Ces éléments peuvent être interprétés comme témoignant de la qualité de l'organisation et du déroulement de ces présentations et de la pertinence aux yeux des professionnels d'une approche axée sur la reprise de cas et la pratique professionnelle. Le niveau de satisfaction nettement plus faible en ce qui concerne l'apport documentaire et le matériel pédagogique s'explique quant à lui par le fait que, pour la plupart des cas présentés, de tels documents et matériel ne sont pas proposés aux participants.

**Graphique 10 : Réponses aux questionnaires de satisfaction**




**Graphique 11 : Suite à la revue de dossier pensez-vous que vous allez :**




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

- Les effets potentiels des revues de dossiers sur les changements de pratiques sont difficiles à estimer et ne suscitent pas une adhésion aussi ferme et massive que les autres items (un quart des participants estiment que ces revues de dossiers n'auront pas d'effet sur leur pratique) et ce notamment chez les anesthésistes (plus de la moitié d'entre eux estiment que ces revues de dossier n'auront pas d'effet sur leur pratique) qui étaient relativement nombreux à participer à ces présentations,
- L'attractivité des revues de dossiers est confirmée puisque plus des 2/3 des participants sont « Tout à fait d'accord » pour recommander la revue de dossier à un collègue et suivre un autre module.

## V.2.e. Conclusions et perspectives 2011

- Vu le succès de ces rencontres, elles seront reconduites trimestriellement (28 février, juin, septembre et décembre 2012 à programmer).
- 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 2012 un état des lieux de l'activité des RMM dans les établissements en 2011.
- Des réunions délocalisées seront organisées comme en 2009, 2010 et 2011 pour permettre au plus grand nombre de professionnels de participer à ces analyses rétrospectives.

## *V.3. Journée Régionale d'Echographie Obstétricale et morphologique du fœtus*

### V.3.a. Contexte et historique

Depuis 2007, le réseau NLR organise chaque année une journée régionale dédiée à l'échographie obstétricale. 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 dans le cadre des missions du réseau en la matière.

### V.3.b. Finalités

La finalité de cette journée est d'améliorer les pratiques professionnelles en matière d'échographie périnatale en informant les professionnels des nouvelles réglementations et méthodes et en offrant un espace pour l'échange de pratiques.

### V.3.c. Méthodologie et réalisations

- **Programme de la journée**

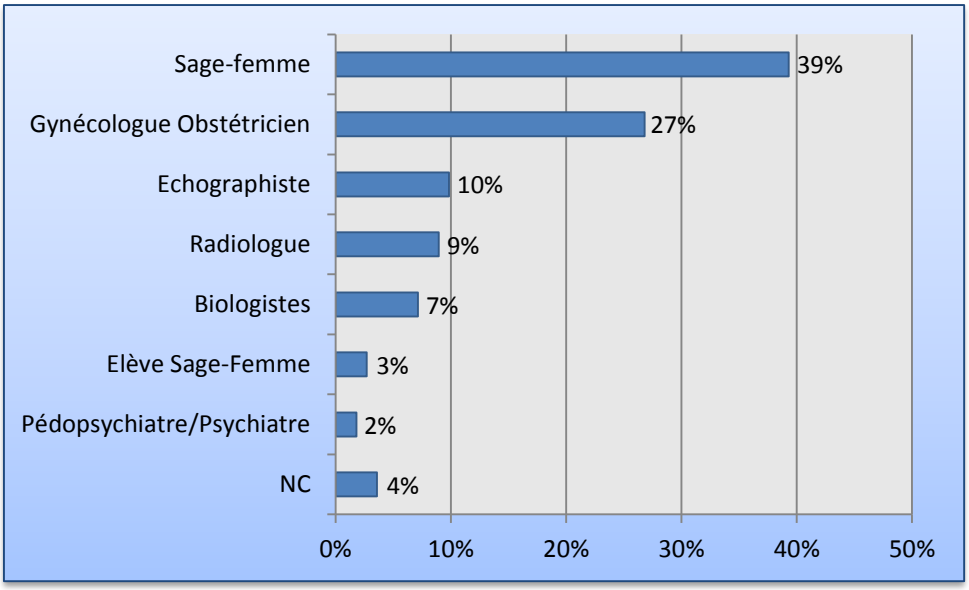
Il s'agit de la 4ème journée de ce type organisée en région par le réseau NLR et a eu lieu à Montpellier le 11 Février 2011 (*Cf. annexe*).

Les interventions lors de la séance plénière étaient principalement dédiées au dépistage combiné de la trisomie 21. 13 professionnels de santé de la région ont participé aux présentations (en plénière ou en atelier) et un expert national était invité à présider cette journée.

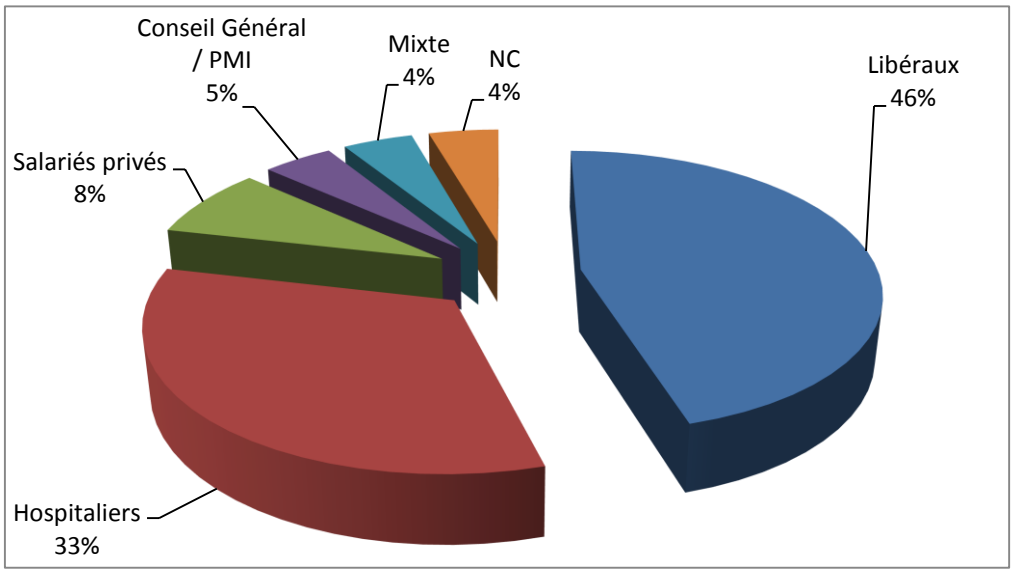
- **Les participants**

112 personnes ont participé à cette journée régionale. Les deux tiers d'entre eux sont des Sage-femme (39%) ou des Gynécologues obstétriciens (27%). Près de la moitié des participants exercent en libéral et un tiers à l'hôpital. Enfin, plus de la moitié d'entre eux exercent dans l'Hérault.

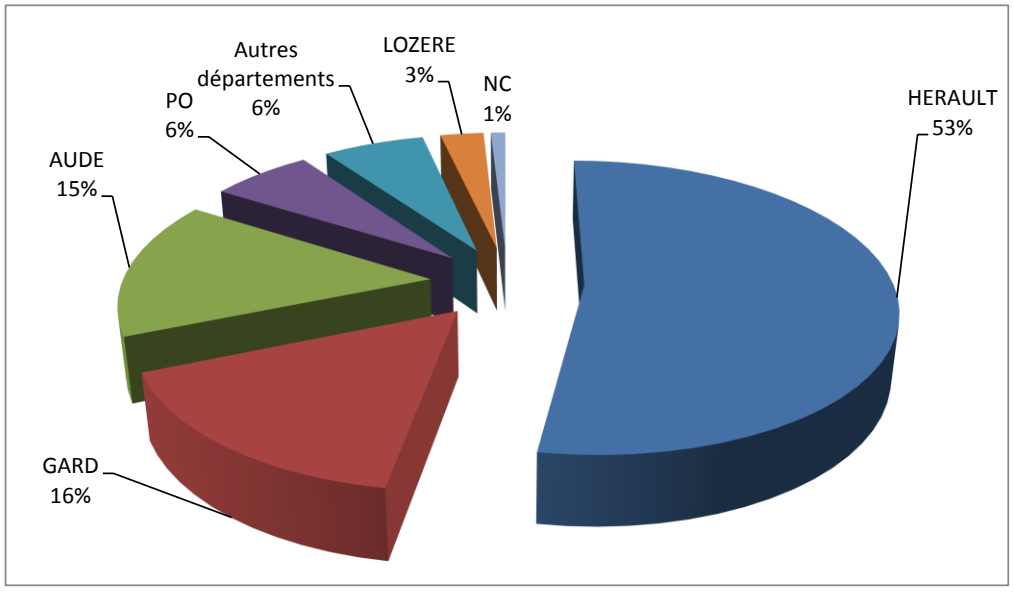
**Graphique 12 : Professions des participants**



Graphique 13 : Mode d'exercice des participants




Graphique 14 : Département d'exercice des participants

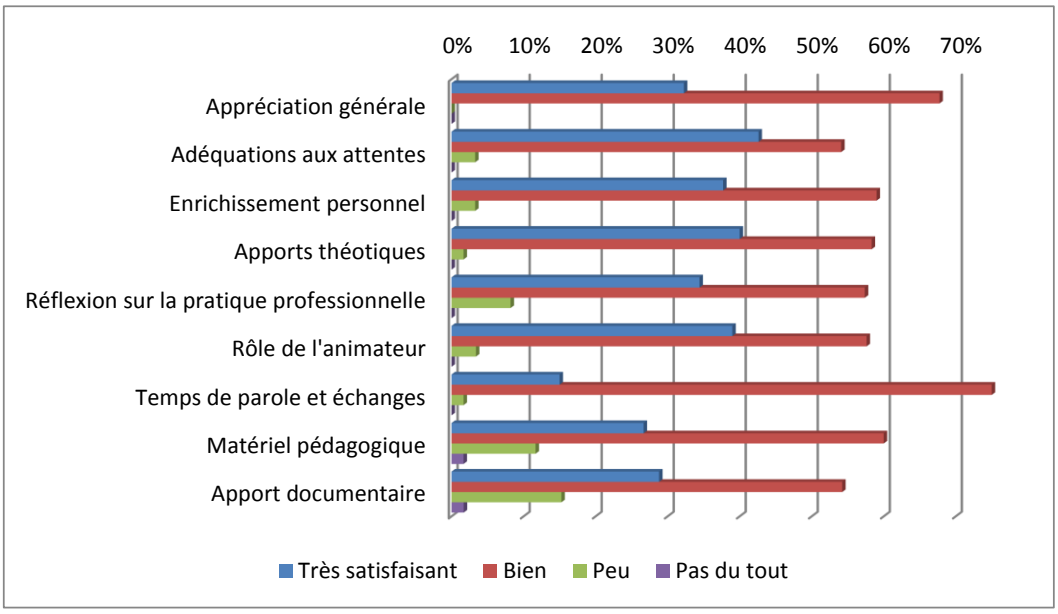



## V.3.d. Evaluation et résultats

Le réseau NLR a procédé à l'évaluation de cette journée sur la base d'un questionnaire remis à chacun des participants. 64 participants ont remis au réseau leur questionnaire rempli soit un taux de réponses de 57%.

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'adéquation aux attentes, l'enrichissement personnel et les apports théoriques. En revanche, le niveau de satisfaction est nettement plus faible en ce qui concerne le temps de parole et d'échanges, plusieurs commentaires qualitatifs reviennent sur ce point soulignant la trop grande longueur du temps consacré aux échanges (ex : « temps de paroles et échanges entre les participants un peu long ») et le non-respect des horaires.

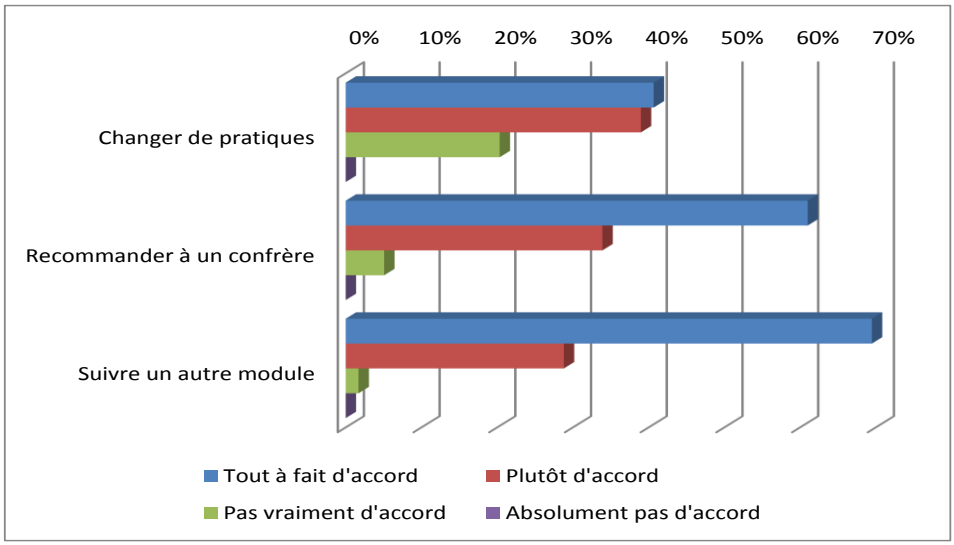
**Graphique 15 : Réponses aux questionnaires de satisfaction**




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

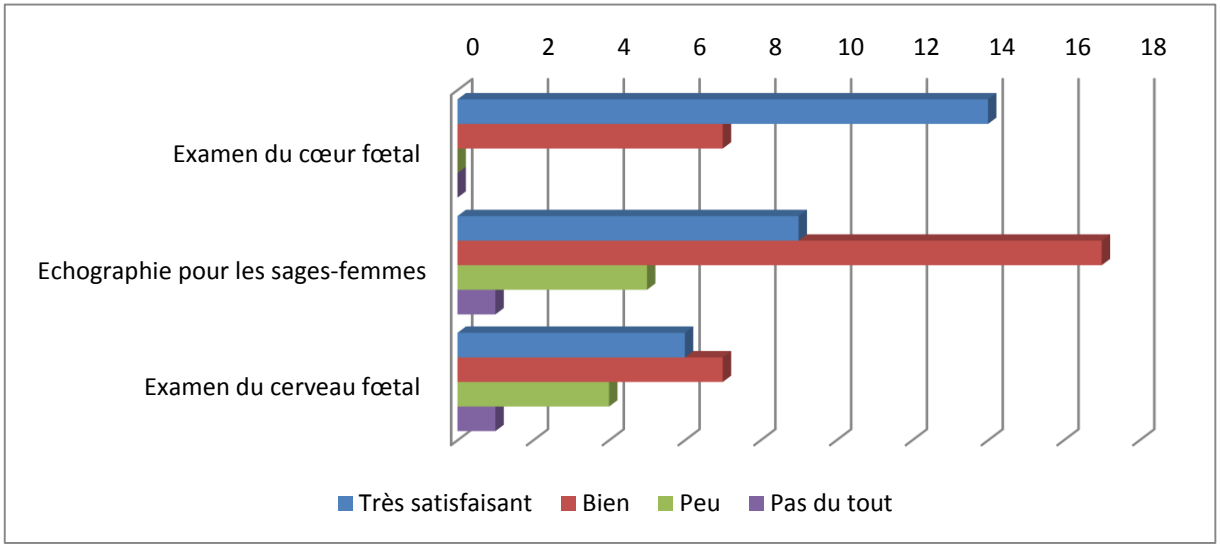
- Les effets potentiels de la journée sur les changements de pratiques sont difficiles à estimer et la question ne suscitent pas une adhésion aussi ferme et massive que les autres items et ce notamment chez les sages-femmes participantes (près d'un quart d'entre elles considère que la journée n'aura pas d'effets sur leur pratique). Les commentaires qualitatifs recueillis permettent d'expliquer ces effets potentiels limités sur la pratique par la grande diversité des niveaux des participants en matière d'échographie avec des attentes très différentes : certains sont très avancés et attendaient donc des aspects très techniques (ex. « Ayant une attestation d'echo, l'atelier sur l'echo pour les sages-femmes était trop basique »), d'autres venaient pour se former aux bases de l'échographie (ex. : « Apports théoriques trop techniques. », « Etant vieille SF je n'ai eu aucune formation de base, c'est cette formation que j'aurai aimé trouver, je ne l'ai eu que partiellement mais c'est déjà pas mal. »).
- L'attractivité des journées d'échographie est confirmée puisque plus des 2/3 des participants sont « Tout à fait d'accord » pour suivre un autre module.

**Graphique 16 : Suite à la journée pensez-vous que vous allez :**



Les ateliers pratiques recueillent un niveau de satisfaction relativement élevé, notamment le premier atelier consacré à l'examen du cœur fœtal. Le second atelier, consacré à l'échographie pour les sages-femmes, est celui qui a connu la plus forte participation avec une satisfaction moindre certainement liée aux niveaux très différents des participants (Cf. ci-dessus). Enfin, pour le dernier atelier sur l'examen du cerveau fœtal les réponses au questionnaire montre une appréciation nettement plus contrastée.

**Graphique 17 : Appréciation des ateliers**




## V.3.e. Perspectives 2012

Une nouvelle journée d'échographie obstétricale est programmée en 2012. La date et le contenu du programme n'ont pas encore été arrêtés.

## *V.4. Les Journées du Réseau*

### V.4.a. Synthèse

| Finalités de l'action | |
|---|---|
| La finalité de ces journées 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. | |
| **Principales réalisations (indicateurs de suivi)** | |
| Il s'agit principalement d'organiser des rencontres avec la venue d'un ou plusieurs experts et de mobiliser un certain nombre de professionnels qui interviennent lors de ces journées. | |
| **Nombre de professionnels participants** | 284 (+30% par rapport à 2010) |
| **Principaux résultats (indicateurs d'évaluation)** | |
| **Appréciation générale des participants (Très satisfaisant / Satisfaisant)** | Journée de printemps : 62% / 38%<br>Journée d'hiver : 58% / 40% |
| **Changement de pratique des participants (Tout à fait / Plutôt d'accord)** | Journée de printemps : 48% / 50%<br>Journée d'hiver : 32% / 58% |
| **Principales perspectives pour 2012** | |
| • Organisation de 2 journées | |

### V.4.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 prévu 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.

### V.4.c. Finalités

La finalité de cette journée 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.

### V.4.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 morbidité, des actualités au niveau national et des enquêtes faites auprès des professionnels.

2 « journées » ont été organisées en 2011 :

- La Journée de printemps du réseau qui s'est tenue le 27 mai 2011 à Montpellier (*Cf. plaquette en annexe*)
- La Journée d'hiver du réseau préparée au cours de l'année 2011 et qui s'est tenue le 13 janvier 2012 à Palavas-les-Flots.

### ➢ Participation aux deux journées

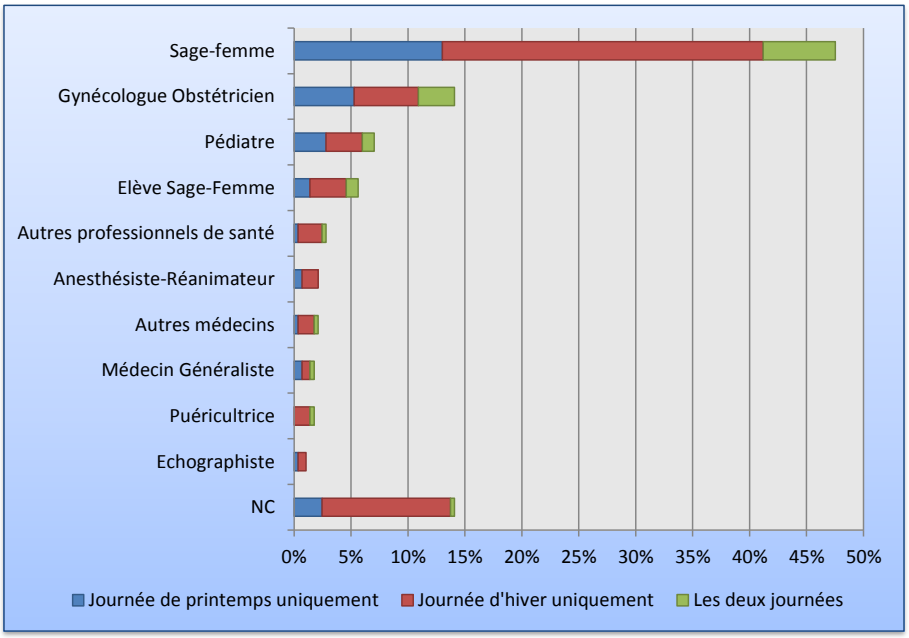
Au total 284 professionnels ont participé à au moins une des deux journées et 38 professionnels ont participés aux deux. Le nombre de participants aux journées du réseau en 2011 a augmenté de 30% par rapport à 2010. Le On notera que la journée d'Hiver a rassemblé beaucoup plus de participants que la journée de printemps. A l'occasion de cette dernière journée de nombreux professionnels ont participé pour la première fois à une activité du réseau (plus de 10%) et n'était 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-communiquées (NC).

**Tableau 17 : Nombre de participants aux Journées du réseau**

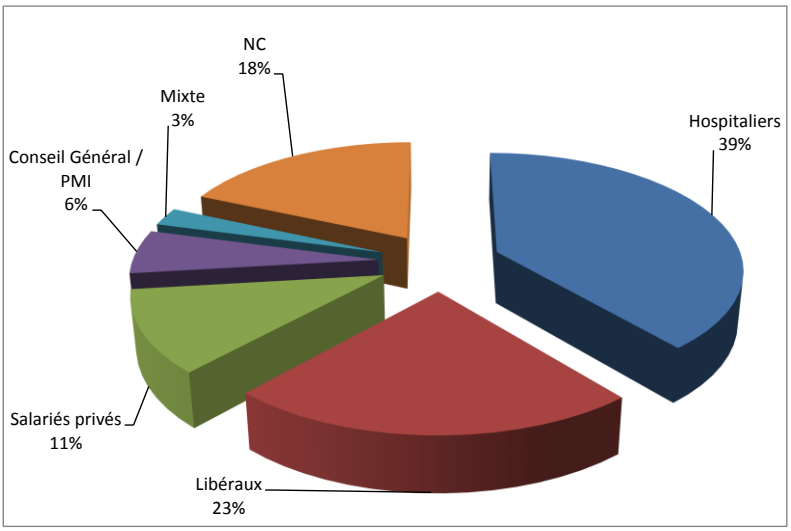
| Participation | Nombre de professionnels |
|---|---|
| **Participation à la journée de printemps 2011** | 116 |
| **Participation à la journée de d'hiver 2011-2012** | 206 |
| ***Nombre de professionnels ayant participé aux deux journées*** | *38* |
| **Nombre total de professionnels mobilisés** | **284** |

Près de la moitié des participants est constituée de Sages-femmes (48%) et 14% des participants sont des gynécologues obstétriciens. 23% des participants exercent en libéral, 11% sont des salariés du privé et 39% exercent à l'hôpital. Enfin, près de la moitié d'entre exerce dans l'Hérault et près d'un quart exerce dans le Gard.

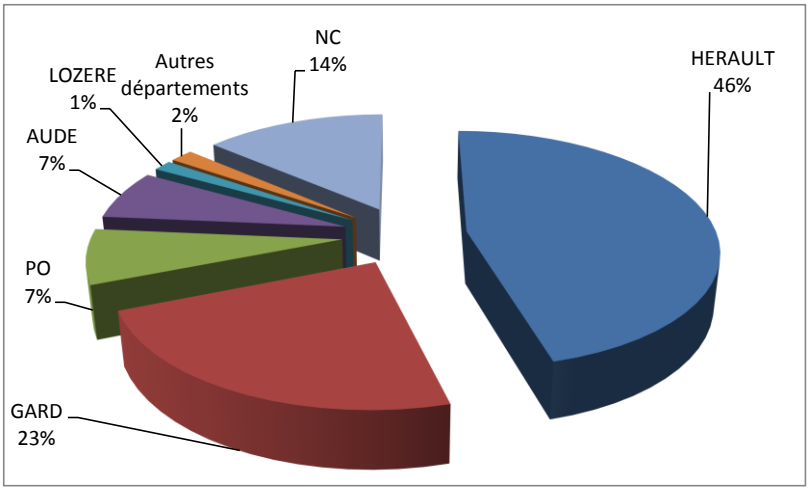
**Graphique 18 : Professions des participants**



Graphique 19 : Modes d'exercice des participants




Graphique 20 : Départements d'exercice des participants



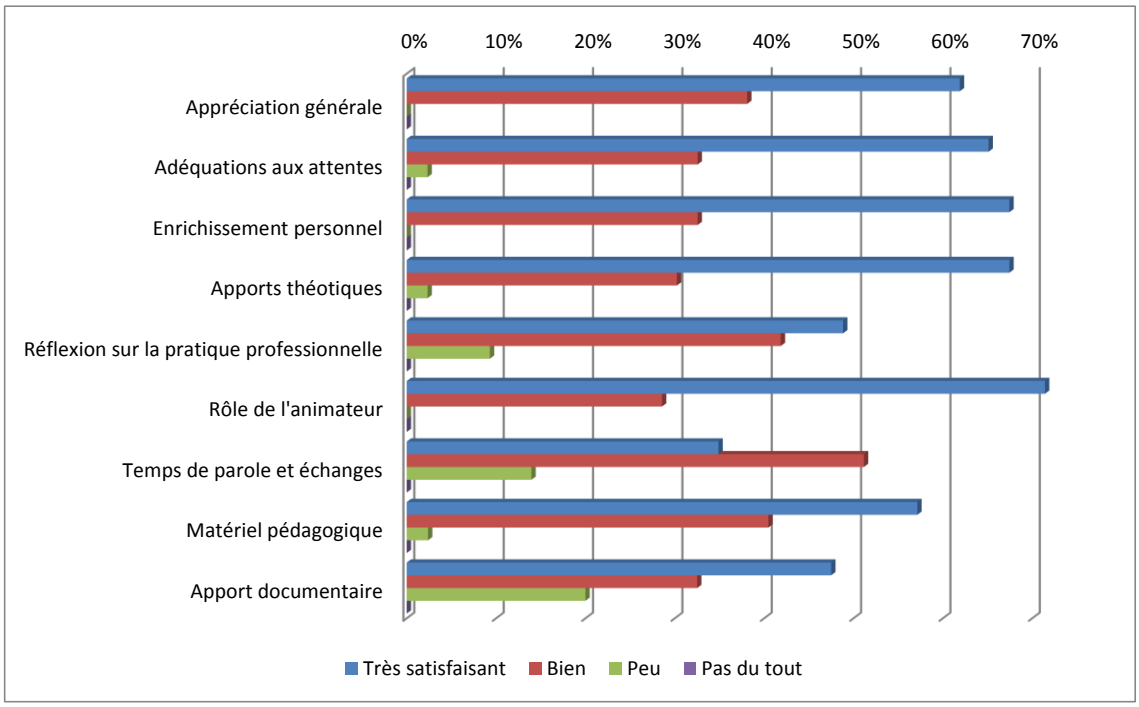

## V.4.e. Evaluation des résultats

- **Journée de printemps**

Le réseau NLR a procédé à l'évaluation de cette journée sur la base d'un questionnaire remis à chacun des participants. 43 participants ont remis au réseau leur questionnaire rempli soit un taux de réponses de 37%.

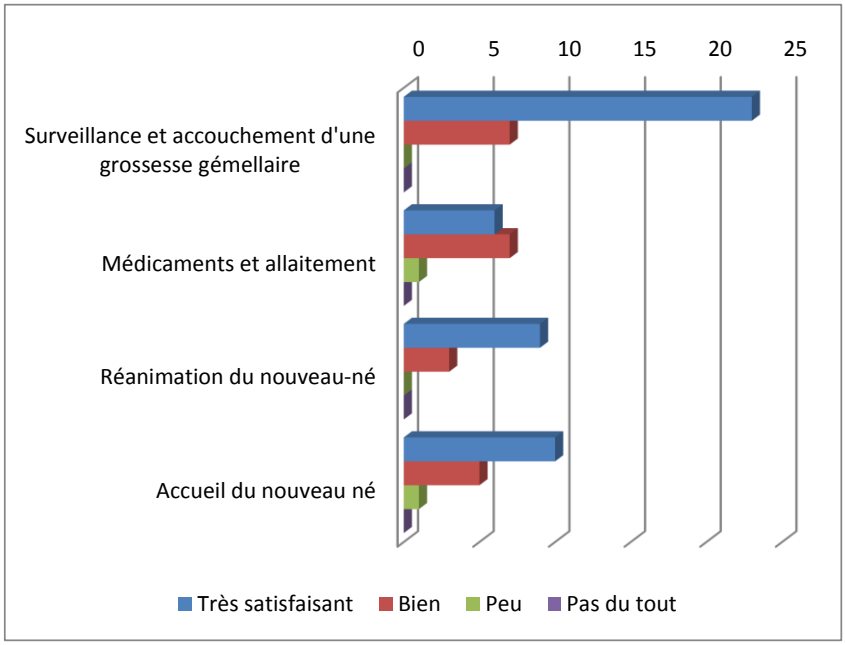
Les réponses aux questionnaires témoignent d'un niveau global de satisfaction élevé de la part des participants. Les niveaux de satisfaction les plus élevés concernent le rôle de l'animateur, l'enrichissement personnel et les apports théoriques. En revanche, le niveau de satisfaction est nettement plus faible en ce qui concerne le temps de parole et d'échanges, sans doute lié au fait que le programme était trop chargé (le réseau sera vigilant sur ce point à l'occasion des prochaines journées) et la réflexion sur la pratique professionnelle, il est possible que la présentation des statistiques du CROP n'ait pas suscité l'intérêt des professionnels.

**Graphique 21 : Réponses aux questionnaires de satisfaction**




Les ateliers pratiques recueillent un niveau de satisfaction relativement élevé, notamment le premier atelier consacré aux grossesses gémellaires qui a réuni le plus de participants. Le second atelier, intitulé Médicaments et allaitement, présente un niveau de satisfaction nettement inférieur.

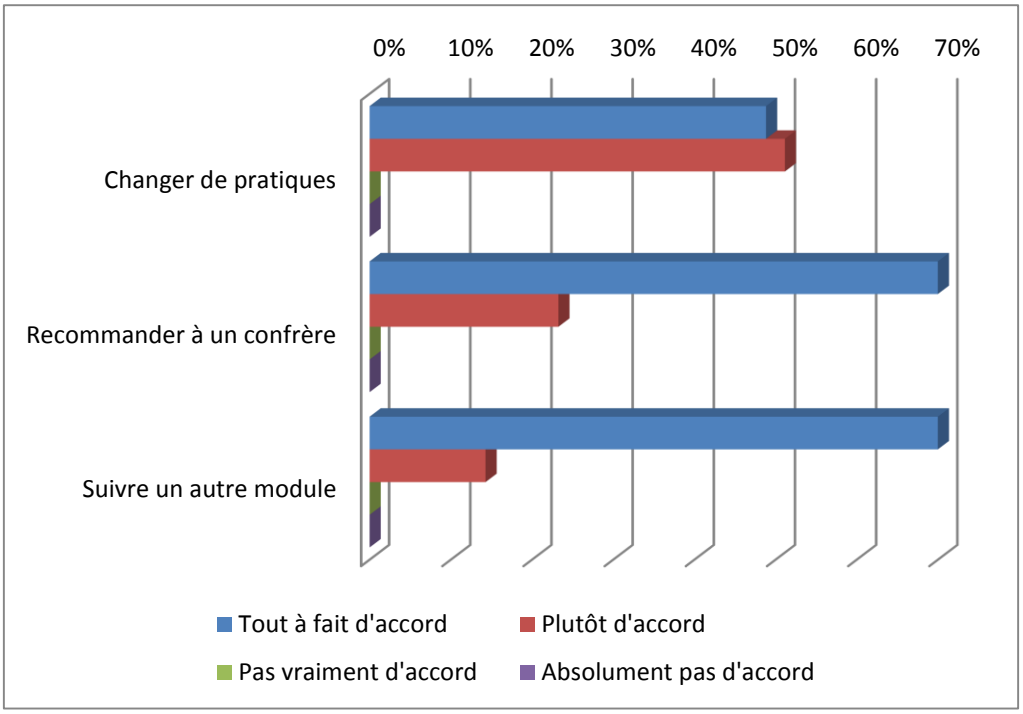
**Graphique 22 : Appréciation des ateliers**




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

- Les effets potentiels de la journée sur les changements de pratiques sont difficiles à estimer et la question ne suscite pas une adhésion aussi ferme et massive que les autres items, elle est cependant nettement plus importante que dans le cadre des RMM avec 48% des répondants « Tout à fait d'accord » et 50% « Plutôt d'accord »,
- L'attractivité des journées du réseau est confirmée puisque plus des 2/3 des participants sont « Tout à fait d'accord » pour les recommander à un confrère et pour suivre un autre module.

**Graphique 23 : Suite à la journée pensez-vous que vous allez :**

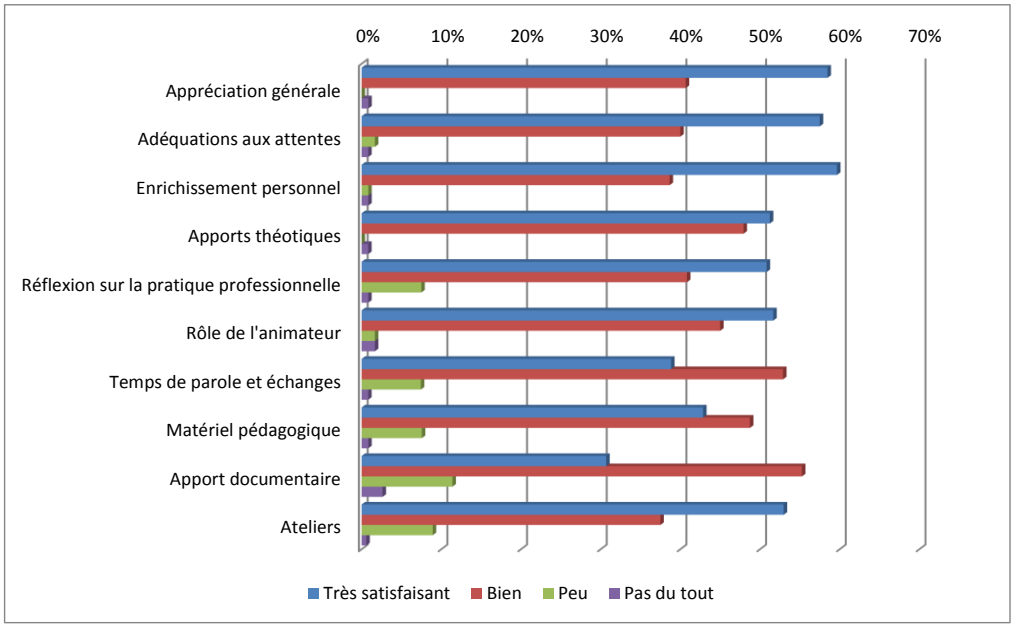



➢ **Journée d'Hiver**

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.

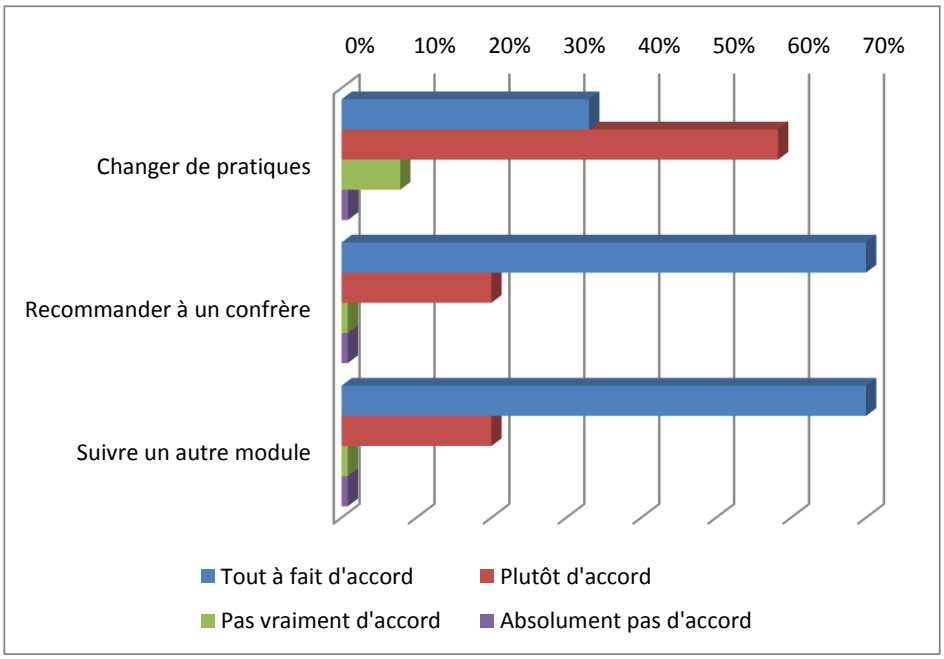
**Graphique 24 : Réponses aux questionnaires de satisfaction**



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

- La question relatives 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 » pour les recommander à un confrère et pour suivre un autre module.

**Graphique 25 : Suite à la journée pensez-vous que vous allez :**




## V.4.f. Conclusions et perspectives

Comme chaque année le réseau organisera 2 journées en 2012. Il sera particulièrement attentif à bien calibrer le programme de manière à laisser un temps de parole adéquat après chaque intervention.

## *V.5. Elaboration et diffusion de référentiels de soins périnatals*

**Tableau 18 : Synthèse de l'action Elaboration et diffusion de référentiels de soins périnataux**

| Finalités de l'action | |
|---|---|
| L'élaboration, l'actualisation et la diffusion de référentiels de soins périnatals a 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** | 22 |
| **Nombre de participation à l'élaboration ou à l'actualisation des référentiels** | 144 |
| **Nombre de nouveaux référentiels élaborés / de référentiels mis à jour** | 27 |
| **Principaux résultats (indicateurs d'évaluation)** | |
| Le réseau périnatal Rhône-Alpes (AURORE) et le réseau Addiction du Loir et Cher se sont appropriés les référentiels sur les addictions produits par Naître en LR. | |
| **Nombre annuel de visiteurs sur les pages référentiels du site internet** | 3 043 |
| **Principales perspectives pour 2012** | |
| ○ Finalisation et diffusion des protocoles en addictions et périnatalité et en psychologie et grossesse<br>○ Réactualisation des protocoles en néonatalogie<br>○ Identification des thématiques nécessitant la rédaction de nouveaux protocoles en anesthésie-réanimation à partir des données de l'étude sur la morbidité maternelle | |

### V.5.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. »

Un certain nombre de groupes de travail et de référentiels existaient déjà avant la création du réseau.

## V.5.b. Finalités

L'élaboration, l'actualisation et la diffusion de référentiels périnatals a 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.

## V.5.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 d'administration 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 formulées par les groupes de travail.

➢ **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. Aucun nouveau groupe de travail n'a été créé en 2011.

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. 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.

Le réseau indemnise les praticiens libéraux participants à ces groupes, pour un montant forfaitaire individuel de 150 euros par jour.

**Tableau 19 : Vue d'ensemble de l'activité des groupes de travail**

| Thèmes | Révision ou Rédaction | Dates | Lieu | Nombre de participants |
|---|---|---|---|---|
| Addictions | Révision et rédaction | 17/02/2011 | Saint-Gély du Fesc | 10 |
| | | 21/04/2011 | Saint-Gély du Fesc | 7 |
| | | 21/04/2011 | Montpellier | 7 |

| Thèmes | Révision ou Rédaction | Dates | Lieu | Nombre de participants |
|---|---|---|---|---|
| | | 9/06/2011 | Montpellier | 5 |
| | | 22/09/2011 | Saint-Gély du Fesc | 10 |
| | | 27/10/2011 | Saint-Gély du Fesc | 5 |
| | | 8/12/2011 | Saint-Gély du Fesc | 10 |
| Allaitement | Rédaction | 09/09/2011 | Montpellier (ARS-LR) | 31 |
| | Rédaction | 04/11/2011 | Montpellier (ARS-LR) | 9 |
| Obstétrique | Révision et rédaction | 21/01/2011 | Saint-Gély du Fesc | 3 |
| | | 8/04/2011 | Saint-Gély du Fesc | 9 |
| | | 27/04/2011 | Saint-Gély du Fesc | 3 |
| | | 5/05/2011 | Saint-Gély du Fesc | 3 |
| | | 16/05/2011 | Saint-Gély du Fesc | 3 |
| | | 29/06/2011 | Saint-Gély du Fesc | 3 |
| | | 8/09/2011 | Saint-Gély du Fesc | 3 |
| | | 26/10/2011 | Saint-Gély du Fesc | 3 |
| Pédiatrie | Révision | 31/11/2011 | CHU ADV | 8 |
| Psychopathologies et grossesse | Rédaction | 21/02/2011 | Peyre Plantade | 3 |
| | | 28/03/2011 | Peyre Plantade | 3 |
| | | 15/04/2011 | Peyre Plantade | 3 |
| | | 28/10/2011 | Peyre Plantade | 3 |

Tableau 20 : Liste des référentiels rédiger et/ou réviser en 2011

| Thématiques | Résumé |
|---|---|
| **Les référentiels en obstétrique** | Actualisés en 2010 – 2011, Mis en ligne en Janvier 2012 |
| **Les référentiels addictions** | Rédaction en 2009, Actualisation en 2011 |
| **Les référentiels sur psychopathologie et grossesse** | Rédaction et Mise en ligne en 2010<br>Rédaction / Actualisation en 2011 |
| **Les référentiels sur l'allaitement maternel** | Rédaction en 2011 |
| **Les référentiels en pédiatrie** | Rédaction en 2009, Mise à jour en 2011 - 2012 |
| **Les référentiels en anesthésie-réanimation** | Rédaction en 2006, Mise en ligne en 2007, Etude sur la morbidité maternelle en 2011 |
| **Les référentiels en échographie obstétricale** | Rédaction en 2006, Mise en ligne en 2007, Diffusion lors de la Journée régional d'échographie en Février 2011 |
| **Le référentiel pour le suivi des grossesses à bas risques** | Rédaction en 2008, Mise à jour en 2009, pas d'activité en 2011 |
| **Les référentiels en endocrinologie** | Rédaction en 2009, Mise en ligne en 2010, Pas d'activité en 2011 |
| **Les référentiels en chirurgie pédiatrique** | Rédaction en 2009/2010, Mise en ligne en 2010, Pas d'activité en 2011 |

- **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 email. Les référentiels sont également diffusés à l'occasion des formations organisées par le réseau sur les thèmes retenues.

- Les référentiels addictions :

Ces référentiels ont été rédigés, à partir d'une solide base de travail effectuée par le sous-groupe de la CRN sur les années 2008-2009. Les référentiels portent sur le cannabis, le tabac, l'abord des addictions en consultation, les addictions des femmes enceintes à la cocaïne et aux amphétamines, les addictions aux médicaments psychotropes, les opiacés et l'alcool. Ces référentiels et fiches de conduites à tenir ont été finalisés en 2009, mis sous charte graphique, diffusés par mail à tous les professionnels de la région dont le réseau avait l'adresse et mis en ligne sur le site.

En 2011 :

- le tableau de synthèse et de validation de conduites à tenir pluridisciplinaires « grossesse et addictions » a été retravaillé. Sa finalisation est prévue courant 2012
- Les 6 fiches techniques ont été réactualisées et/ou validées à nouveau en 2012. 3 d'entre elles (alcool, cannabis et tabac) sont d'ores et déjà finalisées.

**Tableau 21 : Participants aux réunions de rédaction des référentiels « Périnatalité et addictions »**

| NOM | Prénom | Profession | Lieu d'exercice | Mode d'exercice |
|---|---|---|---|---|
| ALAUZEN | Anne | Médecin Généraliste | MONTPELLIER | Salarié CG |
| CASSE | Laurence | Sage-femme | BEZIERS | Libéral |
| CHANAL | Corinne | Sage-femme | MONTPELLIER CEDEX 5 | Hospitalier |
| COMMESSIE | Pascale | Sage-femme | CARCASSONNE CEDEX 9 | 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 CEDEX 5 | Hospitalier |
| MISRAOUI | Michèle | Pédiatre | MONTPELLIER | Mixte |
| MOULET | Delphine | Sage-femme | BEZIERS CEDEX | 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 CEDEX | Libéral |

7 réunions dédiées à la rédaction et à l'actualisation des référentiels ont été organisées en 2011 (Cf. tableau ci-dessus). Sur le site internet, 268 visiteurs se sont rendus sur les pages des référentiels « Grossesse et addictions » et ont visionné 307 pages.

- Les référentiels relatifs à allaitement maternel

En 2010, le réseau a mené une enquête dans les 20 maternités de la région basée sur les éléments du chemin clinique défini par l'HAS. Cette enquête 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 de l'organisation du travail des équipes. La transmission et le suivi de l'allaitement étaient principalement réalisés par voie orale, il y avait peu d'écrits.

Suite à cette enquête un Groupe régional sur l'allaitement maternel (GRAM) a été constitué avec pour objectif l'élaboration de référentiels et de documents de 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 deux reprises en 2011. Une quinzaine de thèmes de travail ont été définis avec pour chacun constitution d'un groupe de travail animé par un référent.

- Les référentiels en obstétrique

Le 20 mars 2010 un groupe régional de travail sur les référentiels en obstétrique avaient été constitué.

| NOM | Prénom | 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 |

Les modalités de travail sur les protocoles en obstétriques 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).

Sur le site internet, 534 visiteurs se sont rendus sur les pages des référentiels en obstétrique et ont visionnés 664 pages.

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 te 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

- <u>Les référentiels en pédiatrie</u>

Les référentiels ont été finalisés et sont publiés sous format papier et sous format informatique. Une réunion du groupe régional de pédiatres animée par Ariane Cavalier a été organisée le 31 novembre 2011 au cours de laquelle, les thèmes de travail et un calendrier pour 2012 de révision des protocoles ont été adoptés.

- <u>Les référentiels sur psychopathologie et grossesse</u>

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 (4 réunions en 2011). Les référentiels de cette thématique seront finalisés courant 2012.

Sur le site internet, 210 visiteurs se sont rendus sur les pages des référentiels « Grossesse et psychopathologie » et ont visionné 236 pages.

| NOM | Prénom | 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 |

| NOM | Prénom | Profession | Lieu d'exercice | Mode d'exercice |
|---|---|---|---|---|
| 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 |

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

La liste de tous les référentiels existants figure en ***annexe 3***

## V.5.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, 3043 visiteurs uniques se sont rendus sur au moins une page relative aux référentiels et ont vu 3765 pages.

**Tableau 22 : Nombres de visites sur le site internet**

| Pages | Visiteurs | Pages vues |
|---|---|---|
| **Anesthésie** | 262 | 384 |
| **Echographie** | 268 | 315 |
| **Obstétrique** | 210 | 238 |
| **Chirurgie pédiatrique** | 151 | 179 |

| Pages | Visiteurs | Pages vues |
|---|---|---|
| **Transferts** | 212 | 289 |
| **Entretien 1er trimestre** | 150 | 183 |
| **Grossesse physiologique** | 324 | 426 |
| **Périnatalité et Addictions** | 268 | 307 |
| **Pédiatrie (Gen-Lr)** | 636 | 769 |
| **Kinésithérapie (groupe bronchiolite - Perinat-France)** | 198 | 244 |
| **Grossesse et psychopathologies** | 210 | 236 |
| **Pathologies endocriniennes** | 154 | 195 |
| **Total** | **3 043** | **3 765** |

Un autre élément intéressant pour évaluer la qualité et la diffusion des référentiels renvoie à l'appropriation de ces outils par d'autres réseaux dans d'autres régions. Le réseau a eu connaissance de deux cas d'usage de référentiels qu'il a produit : le réseau périnatal Rhône-Alpes (AURORE) et le réseau Addiction du Loir et Cher se sont ainsi appropriés les référentiels sur les addictions produit par Naître en LR.

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 2012.

## V.5.e. Conclusions et perspectives 2011

- Diffusion des protocoles d'obstétrique
- 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
- Veille sur les thématiques de l'échographie obstétricale, du suivi des grossesses à bas risques

## *V.6. Organisation du dépistage de la trisomie 21*

**Tableau 23 : Synthèse de l'action Organisation du dépistage de la trisomie 21**

| Finalités 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.<br>Réaliser le suivi des mesures échographiques et biologiques et transmettre à chaque échographiste ses propres mesures résumées | |
| **Nombre de numéros d'identifiant délivrés en 2011** | 17 |
| **Nombre total de numéro d'identifiant délivrés depuis 2009** | 156 |
| **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 perdues de vue. | |
| **Proportion de dépistage avec un risque supérieur à 1/250** | 3,2% |
| **Principales perspectives pour 2012** | |
| ○ Continuer à attribuer les numéros d'identifiant au échographistes agréés<br>○ Clarifier avec l'ARS le rôle du réseau dans le système d'assurance qualité du dépistage | |

### V.6.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 2e 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

## V.6.b. Finalités

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.

## V.6.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 T1 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 avec deux clichés explicites figurant dans le dossier médical et permettent de juger de la qualité du plan sagittal, de la position des curseurs, de l'agrandissement pour le cliché de la clarté nucale, de la qualité du cliché de la longueur cranio-caudale.
    - 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).
- Etablir un numéro d'identifiant des échographistes
  - Nombre de chiffres = 13
    - 2 chiffres pour le département avec 20 pour la Corse (qui appartient à deux RSP), et 97 pour les DOM (avec chacun un RSP)
    - 2 chiffres pour le RSP : codage établi par la FFRSP
    - 3 chiffres pour l'identification de l'échographiste par le RSP
    - 4 chiffres correspondant au numéro de l'EPP attribué par l'OA
    - 2 chiffres pour le numéro attribué de l'OA par la FFRSP : A ce jour : « 01 » pour le CFEF,
    - « 022 » pour le CEPPIM ; la FFRSP tiendra à jour la liste des OA.
    - |___|___| |___|___| |___|___|___| |___|___|___|___| [___|___|
- **Communiquer le numéro d'identifiant** aux échographistes ayant accompli l'EPP et s'étant engagé, (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.

Dans cette lettre, l'échographiste s'engage ;

- A produire des images documentant la qualité des mesures avec deux clichés explicites figurant dans le dossier médical et permettent de juger de la qualité du plan sagittal, de la position des curseurs, de l'agrandissement pour le cliché de la clarté nucale ; de la qualité du cliché de la longueur cranio-caudale.
- A transmettre le suivi des médianes et la distribution des mesures de la clarté nucale
- A avoir obtenu d'une formation initiale (point 2 de l'annexe de l'arrêté du 23 juin 2009).
- A respecter des spécifications techniques concernant le matériel échographique (point 2 de l'annexe de l'arrêté du 23 juin 2009).

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 courrier.
6. Pour les autres professionnels concourant au dépistage, une procédure d'adhésion a également été établie.

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.

<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.

2011 Rendu des résultats des échographistes par l'ABM (Agence de biomédecine) :

Les données des biologistes 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.

## V.6.d. Premiers résultats

- **Numéro d'identifiants délivrés**

40 numéros avaient été attribués en 2009,

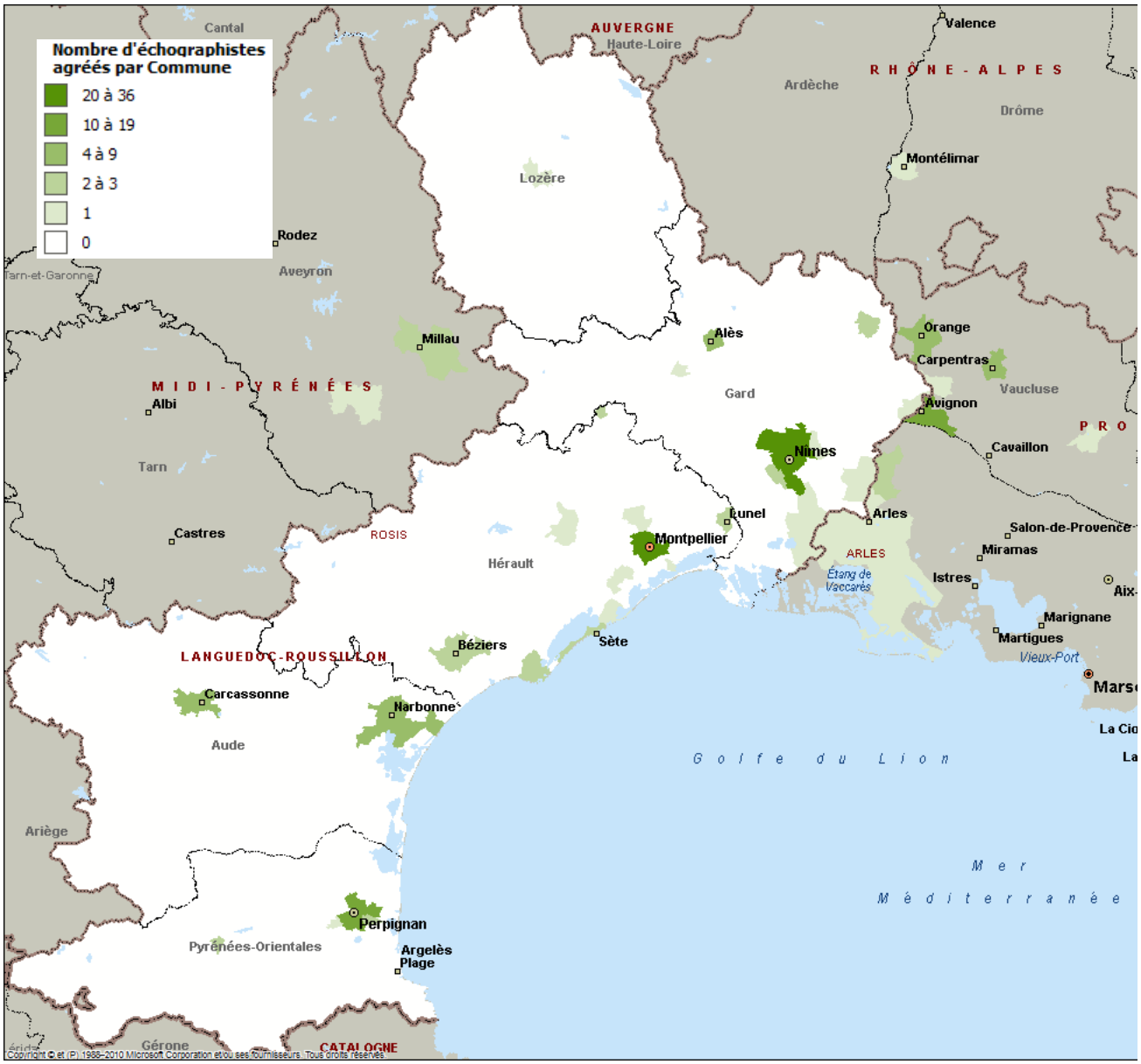
97 numéros ont été attribués en 2010**,**

**17 numéros ont été attribués en 2011.**

**156 numéros identifiants ont été délivrés** au 31 décembre 2011

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

## Carte 2 : Répartition géographique des échographistes agréés pour le dépistage de la trisomie 21

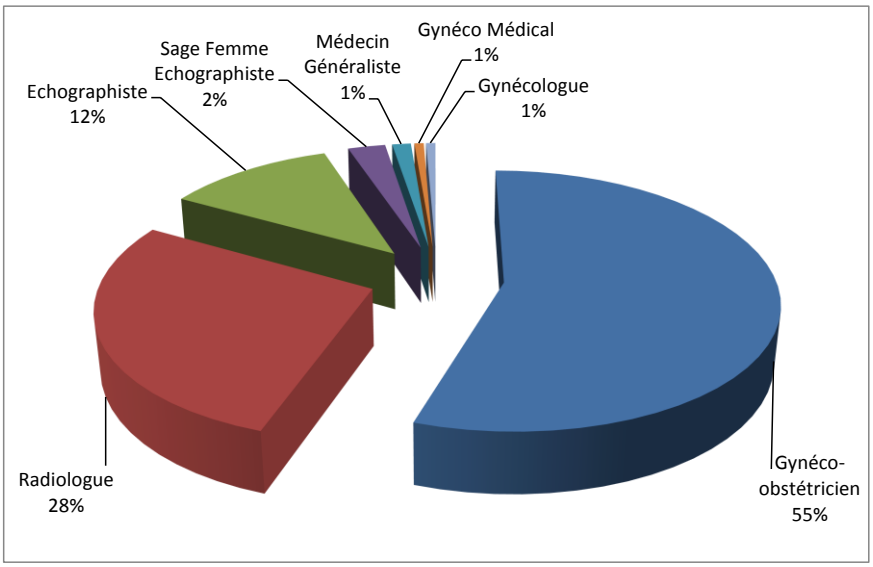



Attention : cette carte associe un échographiste à une commune d'exercice, hors certains échographistes notamment libéraux peuvent exercer dans plusieurs communes

**125** échographistes **soit 81%** ayant un n° identifiant exercent dans la région Languedoc-Roussillon et

**29** échographistes **soit 19% exercent en régions limitrophes.**

**Graphique 26 : Profession des échographistes ayant un numéro identifiant**




Sur les 154 numéros délivrés, **4** 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-Rousillon 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 perdues 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. En l'état actuel des systèmes d'information existants, le réseau se trouve ainsi dans l'incapacité d'effectuer un suivi de qualité de ces indicateurs.

**Tableau 24 : Nombre d'échographies réalisées au 1er semestre 2011 par niveau de risque**

| Niveaux de risque | Nombre d'écographies | % |
|---|---|---|
| **Nombre de dépistage avec un risque inférieur à 1/250** | 7742 | 96,8% |
| **Nombre de dépistage avec un risque supérieur à 1/250** | 258 | 3,2% |
| **Total** | **8000** | **100%** |

Source : Agence de biomédecine

**Tableau 25 : Nombre d'échographies réalisées au 1er semestre 2011 et population dépistée par classe d'âge**

| Classe d'âge | Nombre d'échographies réalisées | % d'échographies réalisées | Nombre de risque élevé | % Risque élevé >1/250 | % Risque limité <1/250 |
|---|---|---|---|---|---|
| **Moins de 18 ans** | 50 | 0,6% | 1 | 2% | 98% |
| **De 18 à 25 ans** | 1330 | 16,6% | 18 | 1% | 99% |
| **De 25 à 38 ans** | 5970 | 74,6% | 131 | 2% | 98% |
| **De 38 à 45 ans** | 640 | 8,0% | 102 | 16% | 84% |
| **45 ans et plus** | 10 | 0,1% | 6 | 60% | 40% |
| **Total** | **8000** | **100%** | **258** | **3,2%** | **96,8%** |

Source : Agence de biomédecine

**Tableau 26 : Médianes et distribution de la clarté nucale au premier semestre 2011**

| Numéro de l'échographiste | Nombre d'échographies effectuées | Médiane des MoM de CN | Intervalle de Confiance à 95% |
|---|---|---|---|
| **France** | **197 701** | **0,82** | **[0,82-0,82]** |
| **Réseau** | **8 000** | **0,78** | **[0,78-0,79]** |

Source : Agence de biomédecine

## V.6.e. Conclusions et perspectives 2011

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.

Un décret difficile à appliquer pour les réseaux, un paradoxe inconfortable : pas de diplôme exigé pour les « anciens » qui exercent l'échographie obstétricale depuis 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 précision dans les textes.

## *V.7. Dépistage précoce de l'amblyopie : expérimentation sur le bassin de naissance du biterrois*

### V.7.a. Contexte et historique

L'amblyopie est une perte progressive de vision qui se produit lorsqu'un œil ou plus rarement les deux yeux ne se développent pas comme ils le devraient pendant la petite enfance et l'enfance. Elle se produit habituellement avant l'âge de six ans. On estime qu'entre 1 % et 5 % des enfants de moins de six ans présentent une amblyopie.

Le dépistage précoce lorsqu'il est réalisé par un professionnel dès l'âge de 9 mois permet une rééducation précoce. Mise en œuvre entre 12 et 24 mois, elle permet une récupération complète, entre 24 et 48 mois, 50 % de récupération, et, malheureusement, est irréversible après 5-6 ans. À ce jour, ce dépistage bien qu'il soit valorisé par les études (Anaes, Inserm) n'est pas organisé sur le terrain.

L'ARH et l'Urcam ont sollicité le réseau périnatal « Naître en Languedoc-Roussillon » pour mettre en œuvre sur une durée de deux ans une étude expérimentale sur le dépistage systématique de l'amblyopie dans le bassin du biterrois auprès des enfants nés au centre hospitalier de Béziers et à la Clinique Champeau. Ce projet a obtenu un financement en octobre 2008 et propose un dépistage systématique à l'ensemble des enfants nés dans une des maternités de Béziers entre le 1er mars 2009 et le 31 mars 2011.

### V.7.b. Finalités

Ce projet a pour principale finalité de prévenir l'amblyopie chez l'enfant par la mise en œuvre d'un dépistage systématique précoce dès l'âge de 9 mois et par l'organisation d'une prise en charge.

Les objectifs secondaires de ce projet sont les suivants :

- faciliter l'accès à l'ensemble de la population biterroise à une consultation de dépistage faite par un orthoptiste dès l'âge de 9 mois ;
- réduire le nombre d'enfants amblyopes à l'âge de six ans, cap irréversible d'une déficience visuelle entraînant un handicap à vie ;
- réduire à long terme les dépenses de santé pour une prise en charge d'un handicap induit par une amblyopie non dépistée chez l'enfant avant six ans ;
- évaluer l'impact de ce dépistage afin de le rendre systématique.

### V.7.c. Méthodologie et réalisations

➢ **Réalisations sur l'ensemble de la période couverte par le projet**

- <u>Sensibilisation</u>

Tout le long de l'action, une sensibilisation au dépistage précoce de l'amblyopie a été effectuée auprès des parents à la sortie de la maternité par la diffusion d'une plaquette d'information et puis au 7e mois de leur enfant par une invitation à ce dépistage gratuit : 4 985 plaquettes envoyées au total.

Dans un deuxième temps, les médecins traitants ou les pédiatres des enfants dépistés ont été également sensibilisés à ce dépistage par un courrier les informant de la participation de leur patient à ce dépistage : au total 2 014 courriers envoyés aux médecins traitants et 150 aux pédiatres des enfants.

- <u>Dépistage</u>

Sur deux ans, 4 985 familles ont été invitées au dépistage précoce de l'amblyopie organisé à titre expérimental sur le bassin de naissance du biterrois. Sur la même période, 2 183 enfants ont été dépistés.

➢ **Réalisations en 2011**

L'année 2011 a été consacrée essentiellement à la finalisation de l'expérimentation et à son évaluation :

- Les consultations de dépistage et le recueil de données élaboré par les orthoptistes se sont poursuivis jusqu'au 31 mars 2011,

- L'analyse des données et la rédaction du rapport final ont été confiées à l'ORS. Des avis d'experts ont également été sollicités pour l'analyse et l'évaluation de l'action (Dr Eliaou Malrieu PH Ophtalmologiste du CHU de Montpellier).
- Le comité de suivi composé de 10 personnes, la coordinatrice du réseau périnatal NGLR (Gisèle Criballet), trois pédiatres libéraux (les Drs Froye, Proslier, Bout), une ophtalmologiste du centre hospitalier de Béziers (Dr Janssens), les trois orthoptistes impliqués dans le dépistage et les deux directeurs des établissements concernés s'est réuni trois fois pour superviser, finaliser et valider les travaux d'évaluation.

Le rapport final a été validé en juin 2011.

## V.7.d. Evaluation des résultats

Le taux de participation à ce dépistage est de 43,8 %. Ramené au nombre de naissances recensées sur le bassin de naissance du biterrois (2 800 par an), le taux d'enfants dépistés est de 39,0 %. Les objectifs de ce projet sont atteints à 84 % en termes de nombre d'enfants dépistés : 2 600 enfants prévus initialement sur les deux ans.

Au total, ce sont 144 enfants (6,6 %) qui ont été orientés vers un ophtalmologiste pour un examen plus approfondi. La moitié de ces enfants a été orientée pour une suspicion d'amblyopie. Sur l'ensemble des enfants dépistés, une suspicion d'amblyopie a été observée pour 3,3 % d'entre eux, résultat rejoignant ceux énoncés dans la littérature.

Le lien avec le suivi des enfants a été difficile pour des raisons d'absence de communication sur cette action auprès des professionnels. Le retour d'information sur la prise en charge a été obtenu pour seulement la moitié des enfants ayant eu un bilan anormal. L'autre moitié a été « perdue de vue ». Parmi les 72 enfants « non perdus de vue », une pathologie a été avérée pour 38,9 % d'entre eux et un enfant sur cinq (20,8 %) s'est vu prescrire soit un traitement médical soit un appareillage.

## V.7.e. Conclusions

Ce projet est achevé à ce jour. Il soulève la problématique suivante : faut-il faire un dépistage précoce de masse ou plutôt auprès d'une population ciblée ? Deux scenarios sont donc possibles :

- Un dépistage précoce sur population ciblée, qui ne permet de prendre en charge que très peu d'enfants,
- Un dépistage précoce de masse, qui permettrait d'identifier une suspicion d'amblyopie ou autre trouble visuel chez un plus grand nombre d'enfants.

Il serait nécessaire pour chaque scenario de réaliser une étude coût/efficacité. Mais déjà, compte tenu du coût moyen par enfant dépisté ayant une pathologie avérée dans le cadre de cette étude, nous pouvons avancer qu'un tel dépistage précoce de masse mobilise moins de moyens financiers qu'une prise en charge d'un handicap à vie.

## *V.8. Etude sur la morbidité maternelle*

**Tableau 27 : Synthèse de l'action « Etude sur la morbidité maternelle »**

| Finalités de l'action | |
|---|---|
| Cette étude vise à mieux connaître la morbidité maternelle 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 au recueil de cas de morbidité maternelle graves dans les maternités du Languedoc-Roussillon. | |
| **Nombre de déplacements dans les établissements** | 98 |
| **Nombre de cas recueillis** | 401 |
| **Principaux résultats (indicateurs d'évaluation)** | |
| L'étude n'étant pas encore achevée il n'est pas encore possible de faire état de ses résultats en termes d'amélioration des connaissances et de la prise en charge des cas de morbidité maternelle graves. Toutefois, trois premiers résultats semblent importants à signaler :<br>○ Le projet a déjà contribué à la mobilisation des établissements et des professionnels de la région autour de la problématique de la morbidité maternelle avec la constitution d'un groupe de référents particulièrement actif et l'impulsion d'une réflexion au sein des établissements,<br>○ L'identification du réseau comme un soutien important pour alimenter la réflexion sur le sujet,<br>○ Une prise de conscience de la fréquence des cas de morbidité maternelle grave de nature psychiatrique dans la région. Sujet qui reste tout de même à approfondir à partir d'une analyse bio-statistique et épidémiologique rigoureuse des données collectées. | |
| **Principales perspectives pour 2012** | |
| ○ Achever le recueil des cas survenus pendant l'année 2011<br>○ Concevoir la base de données et saisir les données récoltées<br>○ Analyser les données et finaliser l'étude<br>○ Valoriser les résultats de l'étude<br>○ Pérenniser l'étude sous la forme d'un tableau de bord régional mis à jour régulièrement | |

### V.8.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 parmi les plus élevés de France (12/100 000 contre 7,5/100 000 de moyenne nationale) 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 fin 2010.

## V.8.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 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.

## V.8.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. Son rôle a essentiellement constitué à définir les données à collecter via la conception du questionnaire. Ce travail ayant été réalisé en 2010, il n'a pas été nécessaire de réunir le comité scientifique en 2011.

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 6 fois en 2011 (4 janvier, 14 février, 16 mai, 1er juillet, 2 août, 7 septembre) afin de coordonner les actions mises en place (présentation de l'étude, test du questionnaire, recueil de données, contrôle qualité, valorisation).

- **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 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

Ainsi, au 1er mars 2011 chaque équipe des 22 maternités et des établissements psychiatriques concernés par l'étude avait été rencontrée pour présenter l'étude. Chaque directeur d'établissement avait donné son autorisation à la réalisation de l'étude et un référent par maternité avait été désigné.

- **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. Le mois de janvier 2011 a donc été dédié au test de ce questionnaire. Pendant cette phase de test, l'équipe projet s'est réunie à 2 reprises pour travailler à la finalisation du questionnaire. La version finale du questionnaire a été validée par l'équipe projet le 14 février.

- **Recueil des cas**

Sur la base du questionnaire défini ci-dessus, le recueil de cas s'organise comme suit :

1. Signalement du cas par le référent de l'établissement
2. Vérification 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 vérification,
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 donc particulièrement chronophage notamment du fait qu'elle nécessite un déplacement sur site de l'ARC : celle-ci se déplace en moyenne 8 fois par mois comme présenté dans le tableau ci-après. Au total, 98 déplacements ont été réalisés dans les établissements en 2011. Pour cette raison, l'ARC est passée à temps plein en mars 2011.

**Tableau 28 : Déplacements mensuels dans les maternités**

| Type de Maternité | Nombre de déplacement par mois |
|---|---|
| **Maternité de niveau 3** | 5 |
| **Maternité de niveau 2** | 2 |
| **Maternité de niveau 1** | 1 |

## V.8.d. Premiers résultats

Au total, 401 cas de morbidité maternelle ont été recueillis au 31 décembre 2011. Le tableau ci-dessous détaille le nombre de cas recueillis par établissement.

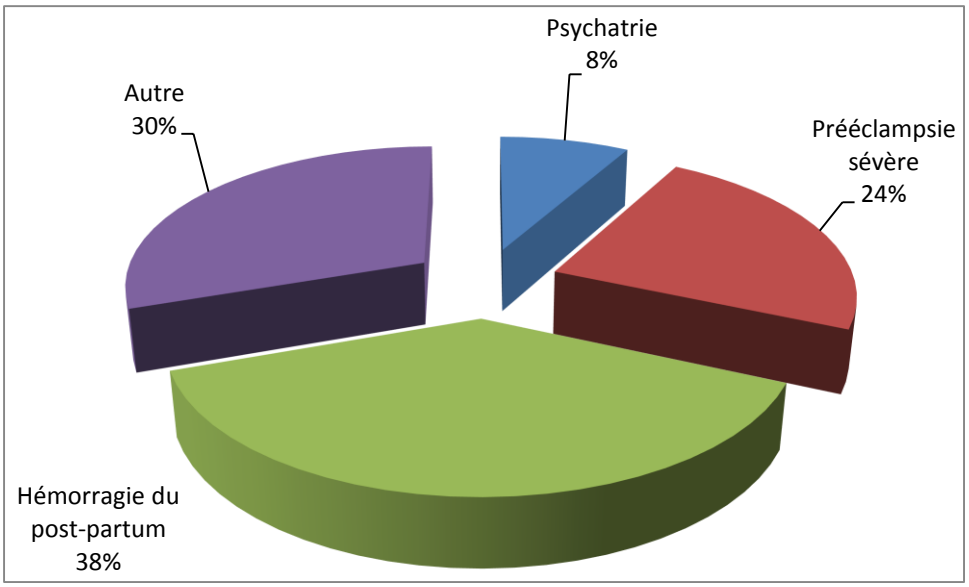
**Tableau 29 : Cas de morbidité maternelle recueillis par établissement**

| Dépt | Type | Nom de l'établissement | Niveau | Ville | Cas de morbidité maternelle |
|---|---|---|---|---|---|
| **AUDE** | CH | **ANTOINE GAYRAUD** | **II** | CARCASSONNE | **14** |
| **AUDE** | Polyclinique | **LE LANGUEDOC** | **I** | NARBONNE | **2** |
| **AUDE** | CH | **NARBONNE** | **I** | NARBONNE | **1** |
| | | | | Total AUDE | **17** |
| **GARD** | CH | **ALES** | **II** | ALES | **4** |
| **GARD** | CH | **LOUIS PASTEUR** | **II** | BAGNOLS SUR CEZE | **0** |
| **GARD** | Polyclinique | **GRAND SUD** | **I** | NIMES | **13** |
| **GARD** | Polyclinique | **KENNEDY** | **I** | NIMES | **13** |
| **GARD** | CHU | **CAREMEAU** | **III** | NIMES | **83** |
| | | | | Total GARD | **113** |
| **HERAULT** | CH | **BÉZIERS** | **II** | BÉZIERS | **22** |
| **HERAULT** | Clinique | **CHAMPEAU** | **I** | BÉZIERS | **2** |
| **HERAULT** | Clinique | **SAINT LOUIS** | **I** | GANGES | **1** |
| **HERAULT** | Clinique | **CLEMENTVILLE** | **II** | MONTPELLIER | **15** |
| **HERAULT** | CHU | **ARNAUD DE VILLENEUVE** | **III** | MONTPELLIER | **123** |
| **HERAULT** | Clinique | **SAINT ROCH** | **II** | MONTPELLIER | **19** |
| **HERAULT** | Clinique | **SAINTE THERESE** | **I** | SETE | **2** |
| **HERAULT** | CH | **BASSIN DE THAU** | **I** | SETE | **0** |
| | | | | Total HERAULT | **184** |
| **LOZERE** | CH | **MENDE** | **II** | MENDE | **2** |
| | | | | Total LOZERE | **2** |

| Dépt | Type | Nom de l'établissement | Niveau | Ville | Cas de morbidité maternelle |
|---|---|---|---|---|---|
| **PO** | Clinique | **NOTRE DAME D'ESPERANCE** | **I** | PERPIGNAN | **12** |
| **PO** | CH | **SAINT JEAN** | **III** | PERPIGNAN | **61** |
| **LOZERE** | CHS | **CAC 48** | **Psy** | PERPIGNAN | **3** |
| **PO** | Clinique | **SAINT PIERRE** | **I** | PERPIGNAN | **9** |
| | | | | Total PO | **85** |
| | | | | **Total Languedoc-Roussillon** | **401** |

Une présentation des premiers résultats de l'étude a été réalisée à l'occasion de la RMM organisée en septembre 2011 à Montpellier. Dans ce but, une première analyse des données recueillies au 31 Août 2011 a été réalisée. Le graphique ci-dessous, basée sur cette analyse montre le nombre de cas recueillis à cette date (244) par pathologie. Cette analyse montre un niveau de prévalence inattendu des pathologies psychiatriques comme 3ème cause de morbidité maternelle. Ces résultats devront toutefois être confirmés par l'analyse bio-statistique et épidémiologique approfondie de l'ensemble des cas survenus en 2011.

**Graphique 27 : Cas recueillis par pathologie**




Enfin, le projet a contribué à impulser une dynamique autour de la morbidité maternelle qui se traduit notamment par :

- La mobilisation des établissements et des professionnels de la région autour de la problématique de la morbidité maternelle avec la constitution d'un groupe de référents particulièrement actif et l'impulsion d'une réflexion au sein des établissements
- L'identification du réseau comme un soutien important pour alimenter la réflexion sur le sujet.

## V.8.e. Conclusions et perspectives 2011

- Poursuite du recueil des cas 2011 et recueil allégé des cas 2012
- Conception de la base de données et saisie des données
- Contrôle qualité et analyse des données collectées
- Valorisation des résultats : rapport de synthèse des résultats, publications scientifiques, journées scientifiques (colloques, conférences, posters…)

## *V.9. Communication et représentation du réseau en 2011*

### V.9.a. Finalités

Faire connaître le réseau, communiquer sur ses actions et encourager les professionnels à utiliser les outils communs mis en place par le réseau (DCPI, Référentiels…)

### V.9.b. Méthodologie et résultats

La communication au sein du réseau se décline selon cinq modes :

- la promotion et l'accompagnement du DCPI
- 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 régional au devenir national 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

**Tableau 30 : Intervention de Gisèle Criballet au niveau national et hors région**

| Date | Intitulé et organisateur | *Ville* |
|---|---|---|
| **18 janvier 2011** | Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant CNNSE<br>Séance plénière (représentante FFRSP) | Paris<br>Ministère |
| **20 janvier 2011** | CA de la FFRSP | Paris |
| **28 janvier 2011** | Réunion organisation Epipage 2 en région | Paris |
| **17 février 2011** | Groupe expert recommandation PRADO CNAMTS | Paris |
| **11 mars 2011** | Comité d'organisation enseignants Master management et périnatalité Sages-femmes cadres faculté Dijon/Nancy | Dijon |
| **22 mars 2011** | Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant CNNSE<br>Séance plénière (représentante FFRSP) | Paris<br>Ministère |
| **29 mars 2011** | 5ième journée des réseaux de santé en périnatalité FFRSP | Paris |
| **24 mai 2011** | CA de la FFRSP | Paris |
| **8 juin 2011** | Jury sélection candidats Master périnatalité fac Dijon/Nancy | Dijon |
| **9 juin 2011** | Intervention Réseau journée enseignement école des sages-femmes cadres Dijon | Dijon |
| **24 juin 2011** | 4ième Journées d'échange de la FFRSP « PMSI et analyse des acticités de périnatalité » FFRSP | Clermont Ferrand |
| **28 juin 2011** | CNNSE : sous groupe organisation retour à domicile (FFRSP) | Paris |

| Date | Intitulé et organisateur | *Ville* |
|---|---|---|
| | | Ministère |
| **16 aout 2011** | RDV Ministère DHOS / CPOM réseaux (FFRSP) | Paris<br>Ministère |
| **14 septembre 2011** | FFRSP : groupe de travail EPP | Paris |
| **15 septembre 2011** | CNNSE : sous groupe organisation retour à domicile (FFRSP) | Paris |
| **12/13/14 octobre 2011** | 41ième Journée de la SFMP | Grenoble |
| **12 Octobre 2011** | FFRSP : « Implication des usagers dans les RSP » | Grenoble |
| **7 novembre 2011** | CA FFRSP | Paris |
| **8 novembre 2011** | CNNSE : sous groupe organisation retour à domicile (FFRSP) | Paris |
| **15 novembre 2011** | Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant CNNSE<br>Séance plénière | Paris<br>Ministère |
| **18 novembre 2011** | Cours sur RSP Master 2 enseignement et management en périnatalité | Dijon |
| **9 décembre 2011** | Etats généraux des réseaux de santé UNRSanté | Paris |
| **13 décembre 2011** | Remise du prix des Victoires de la réussite | Corum<br>Montpellier |
| **14 décembre 2011** | Présentation RMM réseau NGLR CHU de Dijon | Dijon |
| **15/16 décembre 2011** | Cours sur RSP Master 2 enseignement et management en périnatalité | Dijon |

Les interventions de Gisèle Criballet en région Languedoc-Roussillon sont présentées en Annexe.

## V.9.c. Perspectives 2012

Poursuite de la mise en œuvre d'un plan de communication :

- Création d'une lettre d'information trimestrielle
- Contacts avec les médias
- Evaluation des besoins en communication sur Internet
- Relations avec la fédération des réseaux au niveau national
- Continuer à participer activement à des congrès : communications dans les congrès des sociétés savantes sous forme de communications orales ou posters et rédactions d'articles à publier.

# VI. 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).

## *VI.1. Promotion de l'allaitement maternel*

### VI.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. Les chiffres correspondant au Languedoc-Roussillon ne sont pas encore connus mais l'analyse des certificats du 8e jour de 2007 donnait un taux de 67,4 % pour la région (allaitement exclusif et partiel). Globalement, la région se situe donc au niveau moyen français. Peu de données fiables sont disponibles sur la durée de l'allaitement au niveau national ou régional.

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 « bientraitante » 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 2 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.

### VI.1.b. Finalité

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

### VI.1.c. Méthodologie et réalisations

À la suite des travaux menés à la Commission Régionale de la Naissance du Languedoc-Roussillon (CRN-LR)[i], 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 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.

Le réseau est en étroite connexion avec le Réseau Gardois pour l'Allaitement (REGAAL) et a présenté le travail du groupe de la CRN-LR à la CRN de PACA.

*Danièle Bruguières, consultante en lactation, est référente « Allaitement Maternel » au sein du réseau.*

➢ **Formation avec les enseignants des écoles de professionnels de santé**

L'enquête menée par la CRN-LR avait montré une certaine hétérogénéité dans les supports et les méthodes pédagogiques retenus par les différentes écoles de formation des professionnels de santé de la région. Le réseau a proposé en avril 2009 une journée à tous les enseignants concernés (écoles de sages-femmes, puéricultrices, auxiliaires de puériculture et infirmières) avec des intervenants enseignants ou travaillant en maternité. Cette journée n'a pas recueilli suffisamment d'inscriptions pour être maintenue. Il semble que la date ait interféré avec d'autres manifestations régionales. Il est prévu de proposer une rencontre sous une autre forme en 2012 car la qualité de la formation initiale est un élément clé pour l'amélioration des pratiques professionnelles, comme le soulignent les recommandations françaises et européennes.

➢ **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.

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. Cette information pourrait se faire en sensibilisant les professionnels de santé qui suivent les femmes enceintes et les responsables administratifs des pré-inscriptions (personnel des municipalités, des Caisses d'Allocation Familiales, etc.).

Suite à 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. Ces documents devraient être finalisés au 1er semestre 2012.

La démarche a également été présentée dans le département de la Lozère en mai 2011 au cours de réunions rassemblant des professionnels de santé de PMI et des responsables d'établissements d'accueil du jeune enfant.

Une fois ces documents validés, il s'agira de les diffuser :

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

Le réseau projette 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. Il serait intéressant de bénéficier d'un partenariat régional plus large pour :

- valoriser ces documents,
- financer leur impression,
- permettre leur diffusion dans toute la région.

De même, l'implication de délégués de l'assurance maladie (DAM) dans un programme d'informations sur l'entretien prénatal précoce, le suivi après la sortie de maternité et l'alimentation du nourrisson pourrait être un moyen efficace de toucher les médecins en exercice libéral concernés par le suivi des femmes enceintes et des nourrissons.

- **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 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 du travail des équipes. La transmission et le suivi de l'allaitement étaient principalement réalisés par voie orale, il y avait peu d'écrits.

- Elaboration de référentiels et de documents de suivi

Suite à cette enquête un Groupe régional sur l'allaitement maternel (GRAM) a été constitué avec pour objectif l'élaboration de référentiels et de documents de 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 deux reprises en 2011. Une quinzaine de thèmes de travail ont été définis avec pour chacun constitution d'un sous-groupe de travail animé par un responsable.

**Tableau 31 : Réunions du GRAM en 2011**

| Date | Lieu | Nombre de participants |
|---|---|---|
| **09/09/2011** | Montpellier (ARS-LR) | 31 |
| **04/11/2011** | Montpellier (ARS-LR) | 9 (problème d'intempéries) |

- 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. En 2011, le réseau a :

- Signé une convention de partenariat avec IHAB France
- Validé le programme de la formation et les intervenants proposés par IHAB-France (Cf. annexe)
- Organisé la logistique (location du lieu, inscription etc.)

Le séminaire a réuni 24 participants représentant 8 cliniques et 8 centres hospitaliers.

**Tableau 32 : 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 d'exercice | Nombre |
|---|---|
| **Hérault** | 10 |
| **Gard** | 6 |
| **PO** | 4 |
| **Aude** | 3 |
| **Lozère** | 1 |
| **Total** | **24** |

➢ **Formation sur l'allaitement**

Perpignan et Béziers

Après évaluation des besoins, deux groupes ont été constitués pour suivre chacun une formation de quatre jours. La première formation s'est déroulée à Perpignan les 14 et 15 février, le 31 mars et le 1er avril et a réuni 12 participants. La seconde s'est déroulée à Béziers les 17 et 18 février et les 28 et 29 mars et a réuni 19 participants.

**Tableau 33 : Participants aux formations sur l'allaitement**

| Profession | Nombre |
|---|---|
| **Sage-femme** | 12 |
| **Auxiliaire de puériculture** | 5 |
| **Aide-soignante** | 4 |
| **Puéricultrice** | 4 |
| **Médecins** | 3 |
| **Infirmière puéricultrice** | 2 |
| **Pharmacienne** | 1 |
| **Total** | **31** |

| Mode d'exercice | Nombre |
|---|---|
| **Privé** | 11 |
| **Libéral** | 4 |
| **Hospitalier** | 9 |
| **PMI** | 7 |
| **Total** | **31** |

| Département d'exercice | Nombre |
|---|---|
| **Hérault** | 14 |
| **PO** | 11 |
| **Aude** | 4 |
| **Gard** | 2 |
| **Total** | **31** |

Ganges

Le réseau a réalisé une formation à la clinique Saint-Louis de Ganges, la formation était organisée en 3 sessions étalées sur 4 jours à destination de l'ensemble des professionnels de la maternité. La formation s'est déroulée les 20 - 21 juin, 19 septembre et 11 octobre 2011. Onze professionnels ont participé aux 4 jours de formation (5 sages-femmes, 5 auxiliaires de puériculture ou aides-soignantes, 1 médecin urgentiste). Un pédiatre et un gynécologue ont participé au 2e jour. Deux professionnelles (une sage-femme et une puéricultrice) de la PMI ont rejoint le groupe pour les 2 derniers jours.

À l'issue des 4 jours, les participants ont exprimé leur sentiment d'avoir acquis beaucoup de connaissances et de pratiques pouvant prévenir les difficultés de démarrage de l'allaitement ou contribuer à les résoudre. Le groupe a été très dynamique, avec beaucoup d'échanges et une facilité impressionnante à remettre en cause les connaissances acquises passées. L'évaluation que constitue l'analyse de cas cliniques a permis de montrer que les nouvelles connaissances étaient intégrées (peau à peau, compression mammaire, tétée aux signes d'éveil, etc.). La maternité est dans une dynamique de changement, ce qui a peut-être facilité la mise en œuvre rapide de pratiques nouvelles au moment de la naissance et en suite de couches. Le groupe a élaboré une liste d'informations à apporter aux mères pendant le séjour en service (par exemple au moment de l'observation des tétées). L'équipe, dans son ensemble, se sent plus sereine, plus à l'aise pour proposer à une mère de suivre le rythme de son enfant sans respecter un horaire de tétées et a pu observer les bénéfices d'un contact peau à peau en chambre. Pouvoir proposer des mesures simples en cas de perte de poids de l'enfant a permis un moindre recours aux compléments de préparations pour nourrissons, le lait maternel étant maintenant proposé en priorité.

Soutien des équipes du CH de Sète

Le réseau a apporté un soutien technique sous forme de 4 demi-journées de travail sur la prévention des difficultés de démarrage de l'allaitement en maternité. Ces réunions ont rassemblé à chaque fois des soignants de maternité et de pédiatrie, cadres compris. Un document d'information du personnel soignant rédigé par une partie de l'équipe a été relu et commenté par le réseau avant finalisation.

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

Le réseau a également participé à la rencontre organisé par la Commission régionale Nutrition Santé (CRNS) le Mardi 27 Septembre 2011 à l'ARS-LR sur le thème « Obésité infantile en Languedoc-Roussillon : vers un programme régional de santé ». Le réseau a rencontré des représentants de l'ARS et de la CRNS pour proposer des actions spécifiques sur le soutien de l'allaitement, en vue de la prévention de l'obésité infantile. Ces actions sont envisagées dans une perspective de soutien renforcé de l'allaitement, complémentaire avec celles déjà en cours au réseau.

## VI.1.d. Perspectives pour 2012

- Organiser une rencontre avec les enseignants des écoles de professionnels de santé
- Finaliser le référentiel de bonnes pratiques dans les établissements d'accueil du jeune enfant et la plaquette d'information à destination des parents et organiser leur diffusion
- Impliquer les délégués de l'assurance maladie (DAM) dans un programme d'informations sur l'entretien prénatal précoce, le suivi après la sortie de maternité et l'alimentation du nourrisson afin de toucher les médecins en exercice libéral concernés par le suivi des femmes enceintes et des nourrissons (en cas de financement spécifique)
- Poursuivre le travail du GRAM sur l'élaboration de référentiels et de documents de suivi de l'allaitement pendant le séjour en maternité
- 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).

## *VI.2. Périnatalité et addictions en Languedoc-Roussillon : programme régional de prévention des addictions en périnatalité et de mutualisation des dynamiques locales*

### VI.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 en 2008 et 2009 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 programme 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 et 2011.

*Corinne Chanal, sage-femme mise à disposition du CHU de Montpellier à hauteur de 30%, est référente « périnatalité et Addictions » au sein du réseau.*

### VI.2.b. Finalités

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.

### VI.2.c. Méthodologie et réalisations

➢ **Pilotage du programme**

Un groupe de pilotage régional « périnatalité et addictions », issu du sous-groupe « périnatalité et addictions » de la Commission Régionale de la Naissance, a été mis en place. Le groupe de pilotage régional est constitué d'une quinzaine de personnes (Addictologues, Sages-femmes, psychologues, pédiatres, éducateur, médecin de PMI) et il s'est réuni 7 fois en 2011. Ce groupe s'appuie sur un groupe plus large d'une trentaine de professionnels qui participent aux travaux par échange de mail sans venir aux réunions. Cela permet d'avoir plus d'acteurs de terrain qui travaillent sur les documents produits.

**Tableau 34 : Réunions du groupe de pilotage « Périnatalité et grossesse »**

| Dates | Lieu | Nombre de participants |
|---|---|---|
| **17/02/2011** | Saint-Gély du Fesc | 10 |
| **21/04/2011** | Saint-Gély du Fesc | 7 |
| **21/04/2011** | Montpellier | 7 |
| **9/06/2011** | Montpellier | 5 |
| **22/09/2011** | Montpellier | 10 |
| **27/10/2011** | Saint-Gély du Fesc | 5 |

| | | |
|---|---|---|
| **8/12/2011** | Saint-Gély du Fesc | 10 |

Ce groupe permet 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.

➢ **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 (Cf. ci-dessous). 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 2010 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
- A travers le **PMSI** : recueil des données 2009 et 2010. Une sensibilisation, afin d'améliorer la traçabilité du repérage des consommations de substances psychoactives chez les femmes enceintes dans les maternités, a également été menée
- Une **enquête auprès des cadres sages-femmes** renouvelée chaque année afin d'évaluer le repérage dans les maternités et l'évolution des dynamiques locales.

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 2011 est marquée par deux évolutions notables : l'accès aux données régionales du PMSI et l'harmonisation régionale des données de la CPAM.

➢ **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 : au moins 58% des plaquettes ont été distribuées (Cf. tableau ci-dessous, ce chiffre est nécessairement plus élevé puisque certains établissements ne nous ont pas communiqué le nombre de plaquettes distribuées).

**Tableau 35 : Diffusion des plaquettes alcool et grossesse**

| | Nombre de plaquettes envoyées | Nombre de plaquettes distribuées | Nombre d'affiches | Adresse de livraison | Nom du référent |
|---|---|---|---|---|---|
| **Perpignan** | 4 000 | **Tout**<br>**Nouvelle commande** | 10 | Conseil Général PERPIGNAN | P. Pérez |
| **Carcassonne** | 2 200 | **2 000** | 20 | CH Antoine GAYRAUD, service addictologie de liaison CARCASSONNE | P. Commessie + Réseau RAVIHTOX |

| | Nombre de plaquettes envoyées | Nombre de plaquettes distribuées | Nombre d'affiches | Adresse de livraison | Nom du référent |
|---|---|---|---|---|---|
| **Narbonne** | 1 600 | **NC** | 20 | CH NARBONNE équipe de liaison NARBONNE | M. Cabrera |
| **CH Béziers** | 4 500 | **NC** | 30 | CH de BEZIERS - service maternité - BEZIERS | D. Pieronnet D. Moulet |
| **Sète** | 2 000 | **Tout** | 30 | CH BASSIN DE THAU service d'addictologie SETE | Dr Teuma |
| **Montpellier** | 11 500 | **8 850** | 40 | Association Naître et Grandir St GELY DU FESC | C. Chanal |
| **Nîmes** | 4 000 | **750** | 20 | CHU CAREMEAU -service d'addictologie- NIMES | C. Aldebert Dr Nekaa |
| **Ales** | 2 000 | **1 139** | 30 | RESEDA - Réseau de Périnatalité du Bassin Alésien ALES | Réseau RESEDA |
| **Bagnols** | 1 200 | **NC** | 20 | CH LOUIS PASTEUR- service d'addictologie- BAGNOLS | Dr Lopez |
| TOTAL | **33 000** | **19 239** | **310** | | |

➢ **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 :

- 3 fiches techniques sur les conduites à tenir (alcool, cannabis et tabac),
- Le tableau récapitulatif des effets des substances psychoactives sur la grossesse et des conduites à tenir.

Pour 2012, la mise à jour des outils se poursuivra avec les 3 fiches techniques (Communication, Opiacés, Amphétamines et Cocaïne). La **fiche de transmission pour les patientes vulnérables** incluant les problématiques addictives élaborée en 2010 sera diffusée à l'occasion du projet d'auto-questionnaire et de mise en place de sages-femmes référentes dans les maternités (Cf. ci-dessous).

➢ **Formation et renforcement des dynamiques locales**

- <u>Formations régionales</u>

La présence de la sage-femme référente addictions lors de toutes les manifestations organisées par le réseau (Journées, RMM etc.) offre l'occasion de rencontrer plus ou moins formellement les professionnels et d'attirer leur attention sur les problématiques addictives.

Le programme périnatalité et addictions contribue notamment à l'organisation des RMM du réseau Naître en LR via l'identification de cas cliniques incluant vulnérabilité psychique et/ou addictions qui sont ensuite présentés par les acteurs de terrain. Ces présentations sont un moyen privilégié pour sensibiliser les médecins (pédiatres, gynécologues et anesthésistes) et les cadres sages-femmes sur cette problématique. Des cas cliniques ont été présentés à l'occasion de 2 RMM :

- RMM du 15 mars 2011 à Béziers (42 participants)

- RMM du 22 novembre 2011 à Perpignan (76 participants)

  - Formations locales et réseaux de proximité

Le « programme périnatalité et addictions » appuie le développement de réseaux de proximité dans chaque bassin de naissance 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.

Pour atteindre ces objectifs, le réseau mène deux types d'actions complémentaires : des formations et l'organisation de réunions délocalisées de réseau de proximité. Formations réalisées en 2011 :

- Sète, une demi-journée en Décembre 2011
- Montpellier, 6 jours de formation entre mars et décembre 2011
- Mende programmée pour le 27 avril 2012
- Alès programmée pour le 31 janvier 2012

L'activité du réseau s'est concentrée sur le renforcement des réseaux de proximité (formels ou informels). L'expérience a montré qu'une bonne dynamique locale nécessite :

- une mise en relations de différents professionnels,
- un projet commun (exemples : organisation d'une formation, élaboration de protocoles, réunion autour de cas clinique…).

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'il le demande, 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).

**Tableau 36 : Interventions du réseau par bassin de naissance (2011)**

| Bassin de naissance | Référent maternités publiques | Nombre de réunions / formation | Types d'actions et thèmes d'intervention | Partenaires |
|---|---|---|---|---|
| **Narbonne** | **Référent maternité :** J. Campos<br>**Pédiatre :**<br>**Addictologue :** V. Pairis | Collaboration par téléphone et mail | **En voie d'autonomisation** : Soutien des relations maternité/service d'addictologie via le soutien du travail de la psychologue du service d'addictologie (questionnaire en consultation prénatale : mémoire du DU périnatalité et addictions) | Maternité<br>Service d'addictologie du CH |
| **Sète** | **Référent maternité :** C.Lobraïco<br>**Pédiatre :** A.Cavalier<br>**Addictologue :** D. Teuma | 2 réunions | **En voie d'autonomisation** : Intervention dans la formation locale organisée par le service d'addictologie du CH<br>Réunion de réseau de proximité à la maternité du CH | Service d'addictologie<br>Maternité<br>Pédiatrie |
| **Perpignan** | **Référent maternité :** ML.Mercier<br>**Pédiatre :** B.Weit<br>**Addictologue :** V.Delmas | 1 réunion | **Autonomisation complète**: Mise à disposition du groupe local coordonné par P.Perez, sage-femme de PMI<br>RMM<br>Collaboration par téléphone et mail, envoi de documents et d'informations | CG 66, addictologie hospitalière<br>Association des SF 66 |

| Bassin de naissance | Référent maternités publiques | Nombre de réunions / formation | Types d'actions et thèmes d'intervention | Partenaires |
|---|---|---|---|---|
| **Alès** | **Référent maternité :** Christine Legall<br>**Pédiatre :** MF Durand<br>**Addictologue :** S.Orcel | Collaboration par téléphone et mail | **En voie d'autonomisation** : Soutien du groupe local périnatalité et addictions via la réunion des 2 réseaux autour de thèmes proposés : projet de formation et rédaction d'une plaquette d'information pour les patientes | RESEDA |
| **Bagnols sur Cèze** | **Référent maternité :** Delphine Ismaïla-Rocoplan<br>**Pédiatre :**<br>**Addictologue :** Dr lopez | Collaboration par téléphone et mail | **Emergence du réseau :** Diffusion d'information au groupe de correspondants locaux | Correspondants locaux |
| **Nîmes** | **Référent maternité :** Dr Bouenel<br>**Pédiatre :** J.Dendalle<br>**Addictologue :** M.Nekaa | 1 réunion | **En voie d'autonomisation** : Soutien du groupe local de Nîmes<br>**Emergence du réseau rural :** Réunion de réseau de proximité à Calvisson : périnatalité et vulnérabilités | Correspondants locaux |
| **Béziers** | **Référent maternité :** D.moulet<br>**Pédiatre :** T. de Pertat<br>**Addictologue :** P.Galland | 1 réunion | **Autonomisation complète** : Diffusion d'information au groupe de correspondants locaux<br>**Emergence du réseau rural :** Réunion de réseau de proximité à Bédarieux : périnatalité et vulnérabilités | Correspondants locaux |
| **Carcassonne** | **Référent maternité :** P.Commecie<br>**Pédiatre :** Dr Letsigo<br>**Addictologue :** Dr Plas | Collaboration par téléphone et mail | **Autonomisation complète** | COPIL |
| **Mende** | **Référent maternité :** Mme Soulayrol<br>**Pédiatre** :<br>**Addictologue :** Dr Cunnac | Collaboration par téléphone et mail | **Emergence du réseau :** Diffusion d'information au groupe de correspondants locaux | Correspondants locaux |
| **Montpellier** | **Référent maternité :** C.Chanal, V.Rey<br>**Pédiatre :** E.Mazurier, M.Misraoui<br>**Addictologue :** 1 part 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 2011, nous avons choisi d'organiser des réunions de réseau de proximité dans les zones semi-rurales ou les réseaux de proximité se connaissent mal (Bédarieux, Calvisson-Sommières ont été réalisées, Prades, Céret et Ganges sont programmées pour 2012)

### ➢ Expérimenter un outil de repérage : auto-questionnaire en Maternité

Le réseau met en place en 2010 - 2011 un projet sur le repérage des femmes en situation de vulnérabilité dans les maternités publiques du Languedoc-Roussillon financé par la Direction Générale de la Santé (DGS). Ce projet s'inspire très largement d'une expérience menée dans les maternités publiques de Lille et Roubaix tout en essayant d'en tirer les leçons. Partant du constat d'échec du dépistage des situations à risque (tabac, alcool) chez la femme enceinte, l'équipe de Lille et Roubaix a élaboré et validé un outil simple de dépistage sous la forme d'un auto-questionnaire. Cet outil a permis de mieux dépister les pratiques à risques chez les femmes enceintes et notamment la consommation d'alcool. Toutefois, cette expérience a montré qu'il manquait un maillon entre repérage et prise en charge des situations à risque. Le projet du réseau NLR propose ainsi de tirer les leçons de cette expérience en comblant ce maillon manquant par la mise en place dans les maternités de sages-femmes référentes formées à l'entretien motivationnel.

Objectifs du projet

- Augmenter le repérage précoce des femmes enceintes ayant des conduites addictives,
- Les motiver à la réduction de leur consommation de substances psychoactives pendant la grossesse,
- Optimiser l'accès aux soins en addictologie des femmes en situation de vulnérabilité,
- Améliorer le travail en réseau personnalisé.

Moyens mis en œuvre

La méthode retenue pour ce projet repose sur deux axes :

- Mise en place d'une sage-femme référente du projet dans chaque maternité : formation au travail en réseau et à l'entretien motivationnel et temps dédié au projet octroyé par l'ARS
- L'expérimentation d'un auto-questionnaire abordant les addictions et d'autres vulnérabilités et distribué à toutes les femmes enceintes lors de leur première consultation à la maternité

Le questionnaire est un outil qui devrait permettre aux professionnels de la grossesse d'aborder plus facilement ces sujets difficiles (addictions, violence, dépression…) avec leurs patientes. Il sera donné 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 pourront bénéficier d'un entretien à la maternité avec la sage-femme formée. Si des facteurs de risques sont confirmés sur la grossesse, cet entretien pourra déboucher sur un suivi en alternance sage-femme formée / gynécologue-obstétricien et des orientations spécifiques. La sage-femme formée jouera donc un rôle de coordination dans la prise en charge des patientes. Enfin, elle sera personne ressource pour les équipes de la maternité et travaillera en lien étroit avec les équipes d'addictologie. Pour qu'elle puisse assurer cette fonction, l'ARS a décidé de contribuer au projet en octroyant du temps de sage-femme supplémentaire aux maternités.

Réalisations en 2010

Un comité de pilotage de l'action a été constitué sur la base du comité de pilotage du programme régional périnatalité et addictions. L'ensemble des membres du copil du programme ont ainsi été invité a participé au copil de l'action, et 10 d'entre eux ont répondu positivement à cette invitation. Par ailleurs, deux médecins inspecteurs de l'ARS-LR se sont également joints au copil de l'action.

Fin décembre 2011 la phase de mise en place du projet était quasiment finalisée :

- le groupe de sages-femmes référents a été constitué
- le programme de formation a été finalisé et validé
- l'auto-questionnaire a été finalisé et validé par le comité de pilotage
- toutes les sages-femmes cadres des maternités publiques ont été consultées pour définir les modalités spécifiques d'administration du questionnaire dans leur établissement respectif.

## VI.2.d. Evaluation des résultats

➢ **Amélioration du repérage des patientes addictives au sein des établissements**

Les données régionales sur le suivi de grossesse (DCPI et PMSI, Cf. tableau ci-dessous) tendent à montrer une augmentation du repérage des patientes addictives dans les établissements de la région. Si ces données ne permettent pas de démontrer avec certitude la contribution directe du projet sur cette évolution, le réseau utilise ces chiffres lors de ces interventions pour montrer aux professionnels que des marges de progrès importantes demeurent par comparaison avec les données des études nationales (Cf. ci-dessus).

**Tableau 37 : Evolution du repérage des addictions (2009 – 2010)**

| Type de consommations | 2009 | 2010 | Evolution |
|---|---|---|---|
| **Données du DCPI** | | | |
| **Toutes consommations d'alcool (occasionnelles, quotidiennes et excessives)** | 66 | 90 | 36% |
| **Cannabis** | 38 | 37 | -3% |
| **Opiacés (héroïne, substituts, codéinés)** | 26 | 22 | -15% |
| **Cocaïne** | 4 | 5 | 25% |
| **Total Repérage Région L-R** | 134 | 154 | 15% |
| **Données du PMSI** | | | |
| **Nouveau-nés dépistés pour Alcool, médicaments et toxicomanie (Code : P04.1 2 - P04.3 2 - P04.4 2)** | 215 | 317 | 47% |
| **Femmes repérées à l'accouchement pour alcool (O35.4 0)** | 2 | 4 | 100% |
| **Femmes repérées à l'accouchement pour médicament (O35.5 0)** | 2 | 6 | 200% |
| **Femmes repérées à l'accouchement pour alcool (f10…)** | 9 | 18 | 100% |
| **Femmes repérées à l'accouchement pour opiacé (F 112)** | 27 | 57 | 111% |
| **Femmes repérées à l'accouchement pour THC (F 122)** | 10 | 28 | 180% |
| **Femmes repérées à l'accouchement pour poly-toxicomanie (F 19)** | 33 | 46 | 39% |

Le réseau a bien ressenti sur le terrain que son travail de sensibilisation, de formation et de coordination commençait à porter ses fruits et a pu observer de multiples signes de cette évolution. A titre d'exemple, on peut mentionner que pour la première fois à Narbonne en 2011 deux patientes en difficulté avec l'alcool ont été orientées depuis la maternité vers le service d'addictologie.

➢ **Dynamique des réseaux de proximité**

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. 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. Entre 2009 et 2011 le nombre de ces correspondants a augmenté de 63%. De même, sur 10 bassins de naissance, 4 disposent de réseaux de proximité mis en place par le réseau qui sont aujourd'hui devenus autonomes (Cf. ci-dessus).

Tableau 38 : Evolution du nombre de correspondants locaux (2009 – 2011)

| Bassin de naissance | 2009 | 2010 | 2011 |
|---|---|---|---|
| Alès | 18 | 26 | 27 |
| Bagnols sur Cèze | 26 | 33 | 50 |
| Béziers | 32 | 38 | 60 |
| Carcassonne | 29 | 29 | 29 |
| Lozère | 4 | 27 | 28 |
| Montpellier | 94 | 94 | 94 |
| Narbonne | 40 | 49 | 47 |
| Nîmes | 34 | 60 | 90 |
| Perpignan | 14 | 14 | 12 |
| Sète | 10 | 55 | 54 |
| **TOTAL** | **302** | **424** | **491** |

## VI.2.e. Perspectives 2012

- Mettre à jour le tableau de bord régional pour l'année 2011
- Développer la formation dans les bassins de naissance dépourvus et répondre aux demandes
- Mettre à jour et diffuser les référentiels et fiches techniques
- Renforcer le repérage via l'expérimentation d'un auto-questionnaire
- Accompagnement des sages-femmes référents en maternité
- Renforcer l'autonomie des réseaux de proximité dans les zones urbaines et développer des réseaux de proximité dans les zones rurales (Ganges, Prades, Céret)

# VII. Annexes « Naître en Languedoc-Roussillon »

## VII.1.a. ANNEXE 1 : Etat des lieux 2011 de l'implantation du DCPI au sein des maternités

**AUDE**

| Structures | Travail effectué | Nombre d'utilisateurs | Evolution de l'utilisation | Perspectives 2012 |
|---|---|---|---|---|
| **Clinique Le Languedoc (Narbonne)** | - Du fait du désengagement des établissements privés du DCPI, nous n'avons pas contacté la maternité cette année. | - Plus personne n'utilise le DCPI en 2011<br>- 46 personnes ont accès au DCPI | - Pas de contact avec la maternité cette année | - Réunions régionales sur l'utilisation du DCPI pour les médecins libéraux<br>- 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<br>- Formation de nouvelles sages-femmes<br>- 2 réunions et 5 séances de soutien | - 25 sages-femmes<br>- 3 médecins à temps plein et 1 mi-temps<br>- 99 personnes ont accès au DCPI | - Amélioration du remplissage des dossiers par les médecins<br>- Toujours une très bonne utilisation par les sages-femmes | - Interface avec le logiciel administratif de l'hôpital<br>- Encourager les libéraux autour du CH à se servir du DCPI |
| **CH Antoine Gayraud (Carcassonne)** | - Formation de nouvelles sages-femmes et soutien des autres sur l'utilisation du DCPI<br>- Formation d'un gynécologue et soutien des autres<br>- Formation des internes et des médecins attachés | - Tous les médecins travaillants au CH soit 7 temps plein<br>- 3 médecins libéraux<br>- 5 pédiatres<br>- 15 puéricultrices<br>- 50 sages-femmes<br>- 200 personnes ont accès au DCPI | - Tous les médecins se servent du DCPI au sein de la maternité<br>- Il reste un médecin libéral qui ne s'en sert qu'épisodiquement<br>- Bonne liaison avec la néonat qui utilise également le DCPI | - Renforcer l'utilisation du DCPI auprès de la PMI et des sages-femmes libérales<br>- Formation des praticiens libéraux ne se servant pas encore du DCPI<br>- Mise en place de la dématérialisation du CS8 avec la PMI |
| **CPP de Castelnaudary** | - Pas de contact direct cette année | - 3 sages-femmes<br>- 8 personnes ont accès au DCPI | - Le DCPI est toujours utilisé mais très peu d'activité au CPP | - Mettre en commun le travail avec le CH de Carcassonne |
| **PMI de l'Aude** | - Soutien des sages-femmes de PMI autour de Carcassonne<br>- Formation des sages-femmes de Narbonne | - 10 sages-femmes<br>- 1 Gynécologue<br>- 37 personnes ont accès au DCPI | - Bonne utilisation du DCPI par les sages-femmes autant autour de Carcassonne que de Narbonne | - Mise en place de la dématérialisation du CS8 |

## GARD

| Structures | Travail effectué | Nombre d'utilisateurs | Evolution de l'utilisation | Perspectives 2012 |
|---|---|---|---|---|
| **CH (Alès)** | - 2 réunions pour relancer l'utilisation du DCPI pour la fin d'année<br>- Formation de tous les médecins et des sages-femmes de la maternité | - 7 médecins<br>- 30 sages-femmes<br>- 72 personnes ont accès au DCPI | - La direction appuyant l'utilisation du DCPI nous formons tout le personnel<br>- Début d'utilisation au mois de décembre 2011 | - Soutien intense au démarrage de l'utilisation du DCPI<br>- Finalisation des interfaces avec le logiciel administratif<br>- Formation du personnel de pédiatrie, surtout les pédiatres<br>- Formation des sages-femmes libérales et médecins libéraux |
| **Clinique Bonnefon (Alès)** | - Fermeture définitive de la maternité au premier février 2011 | - 16 sages-femmes<br>- 23 personnes ont accès au DCPI | | |
| **CH Louis Pasteur (Bagnols/Cèze)** | - Soutien régulier auprès du personnel<br>- Formation du nouveau personnel<br>- Formation des sages-femmes libérales | - 4 gynécologues<br>- 30 sages-femmes<br>- 3 pédiatres<br>- 3 gynécologues libéraux<br>- 90 personnes ont accès au DCPI | - Utilisation toujours totale de la part des médecins et des sages-femmes | - Motivation des pédiatres sur l'utilisation du DCPI et la dématérialisation du CS8<br>- Formation du personnel de pédiatrie sur le DCPI<br>- Mettre en place l'interface avec leur logiciel administratif<br>- formation du nouveau médecin |
| **CHU Caremeau (Nîmes)** | - Réunion avec un médecin pour connaitre le plan d'utilisation de leur logiciel<br>- Plusieurs visite afin de reformer les sages-femmes pour ouvrir le DCPI<br>- Formation de la plupart des médecins sur la lecture et l'ouverture du DCPI | - Aucun<br>- 70 personnes ont accès au DCPI | - Aucune utilisation<br>- Les médecins ne s'en servent toujours pas<br>- Aucune sage-femme ne sait ouvrir un DCPI | - Réalisation des interfaces entre leur logiciel et le DCPI pour que les informations puissent circuler dans les deux sens<br>- Refaire une réunion avec le Pr Marès pour rediscuter avec lui de l'utilisation en lecture des dossiers de transfert.<br>- Former le personnel au DCPI s'il n'y a pas d'interface à double sens |
| **Polyclinique Grand Sud (Nîmes)** | - Pas de visite pour le DCPI suite au désengagement des établissements privés | - Aucun<br>- 5 personnes ont accès au DCPI | - Pas d'utilisation du DCPI | - Réunions régionales sur l'utilisation du DCPI pour les médecins libéraux<br>- Formation de l'équipe de sages-femmes et démarrage d'utilisation du DCPI dans le service |

| Structures | Travail effectué | Nombre d'utilisateurs | Evolution de l'utilisation | Perspectives 2012 |
|---|---|---|---|---|
| **Clinique Kennedy (Nîmes)** | - Pas de visite | - Plus aucun<br>- 27 personnes ont accès au DCPI | - Pas d'utilisation du DCPI | - Réunions régionales sur l'utilisation du DCPI pour les médecins libéraux<br>- Formation de l'équipe de sages-femmes et démarrage d'utilisation du DCPI dans le service |

## HERAULT

| Structures | Travail effectué | Nombre d'utilisateurs | Evolution de l'utilisation | Perspectives 2012 |
|---|---|---|---|---|
| **CHU Arnaud de Villeneuve (Montpellier)** | - Soutien régulier des utilisateurs courants et formation des nouvelles recrues<br>- Formation des nouveaux pédiatres faisant les visites de sortie pour l'envoi des CS8<br>- Formation régulière du nouveau personnel de la maternité (sages-femmes, infirmières)<br>- Formation des nouveaux internes | - 23 gynécologues<br>- Tous les internes<br>- 10 pédiatres (internes compris)<br>- 100 sages-femmes<br>- 10 anesthésistes<br>- 3 assistantes sociales<br>- 2 psychologues<br>- 1 pédopsychiatre<br>- 344 personnes ont accès au DCPI | - Utilisation du DCPI en routine par tous les acteurs de la maternité<br>- Très bonne interaction entre les utilisateurs et nous | - Continuer le soutien auprès des utilisateurs<br>- Mise en place de la dématérialisation du CS8<br>- Utilisation du DCPI par les pédiatres en salle de naissance<br>- Implication des pédiatres dans l'évolution du dossier néonatal |
| **Clinique St Roch (Montpellier)** | - Pas de visite cette année | - Seules 4 sages-femmes ont un accès au DCPI.<br>- 9 personnes ont accès au DCPI | - Pas d'utilisation | - Organisation des réunions avec les libéraux<br>- Formation de tout le personnel de la maternité sur l'utilisation du DCPI |
| **Clinique Clémentville (Montpellier)** | - Aucune visite cette année | - Aucune utilisation<br>- 13 personnes ont accès au DCPI | - Pas d'utilisation | - Organisation des réunions avec les médecins libéraux<br>- Formation et soutien de tout le personnel de la maternité |
| **CH Béziers** | - Soutien du personnel de la maternité<br>- Formation du nouveau personnel arrivants (sages-femmes, médecin)<br>- Formation des pédiatres manquant | - 5 gynécologues<br>- 35 sages-femmes<br>- 15 puéricultrices<br>- 8 pédiatres.<br>- 85 personnes ont accès au DCPI | - L'utilisation du DCPI se fait quasiment en routine par tout le personnel<br>- Les pédiatres ne s'en servent encore que très peu<br>- Les puéricultrices sont formées mais | - Utilisation du DCPI en suite de couches<br>- Soutiens des puéricultrices<br>- Soutiens des pédiatres à la fois sur la maternité et sur la néonat<br>- Utilisation du dossier en néonatalogie |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | de 2010<br>- Formation des puéricultrices | | ne s'en servent presque pas | |
| **Clinique Champeau (Béziers)** | - Pas de contact cette année | - 1 gynécologue<br>- 20 sages-femmes<br>- 37 personnes ont accès au DCPI | - Pas d'utilisation | - Réunions avec les libéraux<br>- Reformer tout le personnel de la maternité |
| **CH Bassin de Thau (Sète)** | - Organisation de deux réunions pour mettre en place la formation de tout le personnel<br>- Formation des gynécologues | - 4 gynécologues<br>- 22 sages-femmes<br>- 33 personnes ont accès au DCPI | - L'organisation des réunions et la formation des médecins s'est faite sur la fin de l'année aussi il n'y a pas encore eu d'utilisation cette année | - Formation des sages-femmes de la maternité<br>- Formation des pédiatres<br>- Soutien intense au démarrage de l'utilisation |
| **Clinique Ste Thérèse (Sète)** | - Soutien des sages-femmes sur l'utilisation du DCPI<br>- Soutien du médecin qui s'en sert | - 1 seul des 3 médecins s'en sert à temps plein, un autre s'en sert parfois<br>- Toutes les sages-femmes de la maternité soit 10<br>- 34 personnes ont accès au DCPI | - Bonne utilisation de la part des sages-femmes même si pour l'instant un seul médecin l'utilise | - Soutien du personnel<br>- Inciter le médecin qui s'en sert parfois à l'utiliser au maximum |
| **PMI de l'Hérault** | - Soutien des utilisateurs<br>- Formation de nouvelles sages-femmes<br>- Réunions concernant la dématérialisation du CS8 | - 21sages-femmes<br>- 4 Gynécologues<br>- 25 personnes ont accès au DCPI | - L'utilisation par les sages-femmes de PMI est très dépendante de l'utilisation du DCPI par les maternités qui sont sur leur secteur | - Soutien des sages-femmes<br>- Mise en place de la dématérialisation du CS8 |
| **Clinique St Louis (Ganges)** | - Soutien du personnel | - 2 médecins<br>- Toutes les sages-femmes soit 15<br>- 19 personnes ont accès au DCPI | - Le personnel de la clinique s'en sert régulièrement | - Encourager le pédiatre à saisir ses examens de sortie sur le DCPI |

## LOZERE

| Structures | Travail effectué | Nb d'utilisateurs | Evolution de l'utilisation | Perspectives 2012 |
|---|---|---|---|---|
| CH de Mende | - Soutien régulier de l'équipe de sages-femmes<br>- Soutien auprès des pédiatres | - 3 médecins<br>- 4 pédiatres<br>- 16 sages-femmes<br>- 54 personnes ont accès au DCPI | - L'utilisation du DCPI en routine par l'équipe de sages-femmes<br>- Les gynécologues utilisent très peu le DCPI<br>- Les pédiatres s'en servent parfaitement dans le cadre de la maternité, aucune utilisation du dossier néonatal. | - Inciter les médecins à l'utiliser plus assidument.<br>- Former le personnel de pédiatrie et les pédiatres à l'utilisation du dossier néonatal |
| PMI de la Lozère | - Formation de tout le personnel | - 2 sages-femmes<br>- 5 médecins<br>- 5 puéricultrices | - Démarrage de l'utilisation par le personnel de la PMI | - Soutien du personnel<br>- Présentation de la dématérialisation du CS8 |

## PYRENNES ORIENTALES

| Structures | Travail effectué | Nb d'utilisateurs | Evolution de l'utilisation | Perspectives 2012 |
|---|---|---|---|---|
| CH St Jean (Perpignan) | - Réunions d'organisation de la mise en place du DCPI à la maternité<br>- Présentation du DCPI aux pédiatres de néonat | - Plus aucun<br>- 77 personnes ont accès au DCPI | - Pas d'utilisation du DCPI cette année mais organisation de la mise en place des formations pour 2012 | - Recommencer l'utilisation du DCPI avec la nouvelle version (V2)<br>- Reformer tous les médecins, les sages-femmes et les pédiatres<br>- 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<br>- Former tout le personnel |
| Clinique St Pierre (Perpignan) | - Aucun contact cette année | - Aucun | - Comme les autres établissements privé, pas d'utilisation | - Organisation des réunions avec les libéraux<br>- Former tout le personnel |

## VII.1.b. ANNEXE 2 : Plaquette d'une analyse rétrospective de dossiers de mortalité et morbidité périnatale

**BULLETIN D'INSCRIPTION**
19ème analyse rétrospective de dossiers de mortalité et morbidité périnatale entre professionnels
22 Novembre 2011

Nom .....

Prénom .....

Profession .....

Adresse professionnelle

.....

.....

.....

Tel .....

E-mail(1) .....

**Inscription obligatoire**

par mail : naitre.lr@hotmail.fr

**OU**

par fax : 04 67 04 88 34

**OU**

par courrier :
Naître et Grandir en Languedoc Roussillon
ZAE Les Verriès
165 rue de l'Aven
34980 ST GÉLY DU FESC

(1) IMPORTANT : s'il est possible de vous informer par email des prochaines actions organisées par le réseau périnatal, merci de nous indiquer lisiblement votre adresse électronique.

plan d'accès
Maison des Personnes Handicapées (MDPH)
Salle Canigou (RDC à droite)
30 rue Pierre Bretonneau - PERPIGNAN

**Autoroute A9 sortie PERPIGNAN SUD**

*Renseignements*
Réseau Périnatal Régional
Naître et Grandir
en Languedoc Roussillon
ZAE Les Verriès - 165 rue de l'Aven - 34980 ST GÉLY DU FESC
Tel : 04 67 04 01 53 / 06 26 92 18 69
naitre.lr@hotmail.fr
association loi 1901 siret n°480 256 445 00036
www.perinat-france.org

Naître & Grandir
en languedoc roussillon

**19ème Analyse Rétrospective de dossiers de mortalité et morbidité périnatale entre professionnels**

**Mardi 22 Novembre 2011**

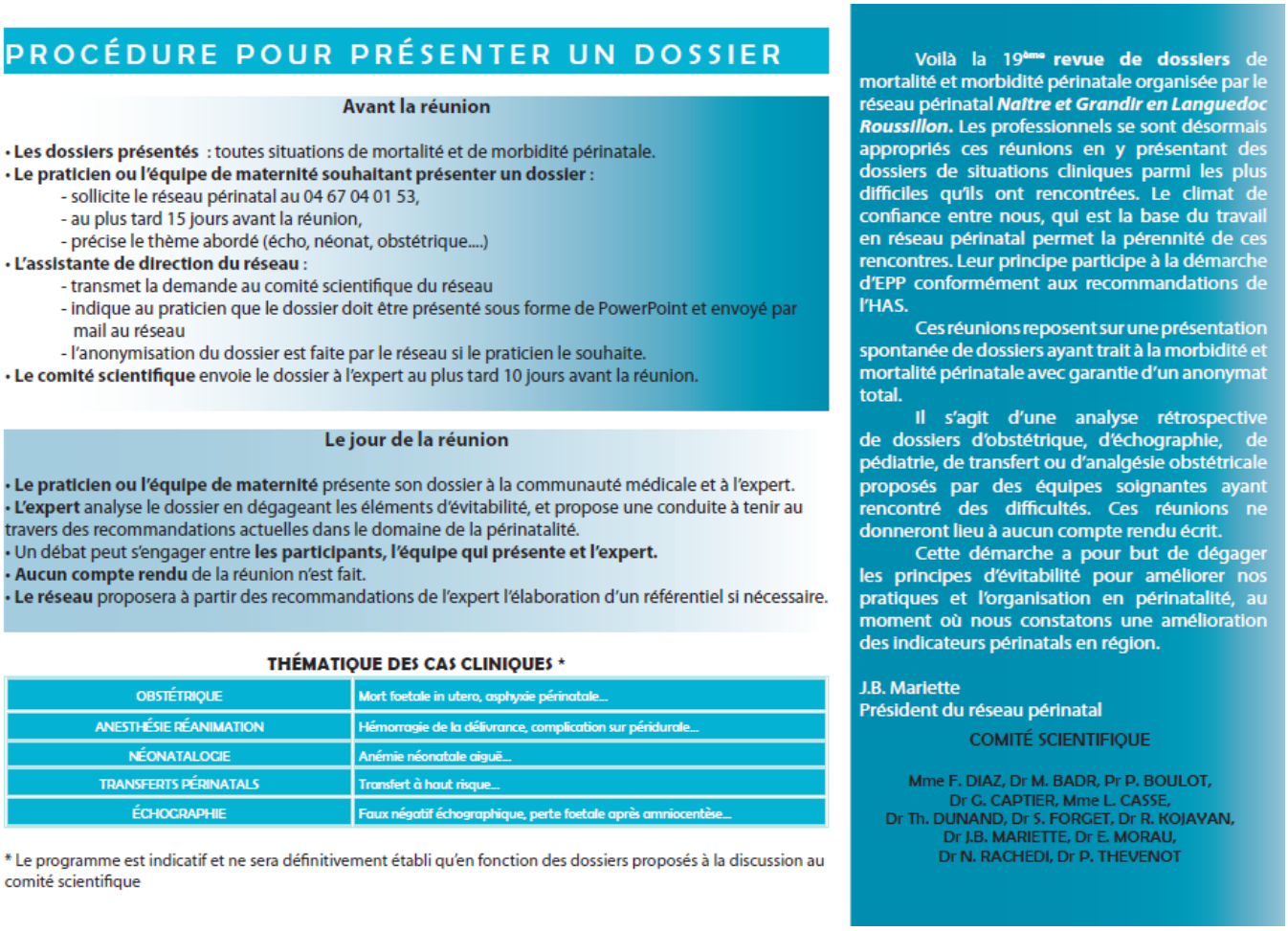
**Buffet offert à partir de 19h30**
**Début de réunion 20h00**

**PERPIGNAN**
**Maison des Personnes Handicapées (Salle Canigou)**
**30 rue Pierre Bretonneau**

**Expert invité**

**Pr Norbert WINER**
**Gynécologue - Obstétricien**
**CHU NANTES**

**Compte tenu de la spécificité de cette réunion, le nombre de places est limité**



PROCÉDURE POUR PRÉSENTER UN DOSSIER

**Avant la réunion**

- **Les dossiers présentés** : toutes situations de mortalité et de morbidité périnatale.
- **Le praticien ou l'équipe de maternité souhaitant présenter un dossier** :
  - sollicite le réseau périnatal au 04 67 04 01 53,
  - au plus tard 15 jours avant la réunion,
  - précise le thème abordé (écho, néonat, obstétrique....)
- **L'assistante de direction du réseau** :
  - transmet la demande au comité scientifique du réseau
  - indique au praticien que le dossier doit être présenté sous forme de PowerPoint et envoyé par mail au réseau
  - l'anonymisation du dossier est faite par le réseau si le praticien le souhaite.
- **Le comité scientifique** envoie le dossier à l'expert au plus tard 10 jours avant la réunion.

**Le jour de la réunion**

- **Le praticien ou l'équipe de maternité** présente son dossier à la communauté médicale et à l'expert.
- **L'expert** analyse le dossier en dégageant les éléments d'évitabilité, et propose une conduite à tenir au travers des recommandations actuelles dans le domaine de la périnatalité.
- Un débat peut s'engager entre **les participants, l'équipe qui présente et l'expert.**
- **Aucun compte rendu** de la réunion n'est fait.
- **Le réseau** proposera à partir des recommandations de l'expert l'élaboration d'un référentiel si nécessaire.

**THÉMATIQUE DES CAS CLINIQUES ***

| | |
|---|---|
| OBSTÉTRIQUE | Mort foetale in utero, asphyxie périnatale... |
| ANESTHÉSIE RÉANIMATION | Hémorragie de la délivrance, complication sur péridurale... |
| NÉONATALOGIE | Anémie néonatale aiguë... |
| TRANSFERTS PÉRINATALS | Transfert à haut risque... |
| ÉCHOGRAPHIE | Faux négatif échographique, perte foetale après amniocentèse... |

* Le programme est indicatif et ne sera définitivement établi qu'en fonction des dossiers proposés à la discussion au comité scientifique

Voilà la 19ème **revue de dossiers** de mortalité et morbidité périnatale organisée par le réseau périnatal ***Naître et Grandir en Languedoc Roussillon***. Les professionnels se sont désormais appropriés ces réunions en y présentant des dossiers de situations cliniques parmi les plus difficiles qu'ils ont rencontrées. Le climat de confiance entre nous, qui est la base du travail en réseau périnatal permet la pérennité de ces rencontres. Leur principe participe à la démarche d'EPP conformément aux recommandations de l'HAS.

Ces réunions reposent sur une présentation spontanée de dossiers ayant trait à la morbidité et mortalité périnatale avec garantie d'un anonymat total.

Il s'agit d'une analyse rétrospective de dossiers d'obstétrique, d'échographie, de pédiatrie, de transfert ou d'analgésie obstétricale proposés par des équipes soignantes ayant rencontré des difficultés. Ces réunions ne donneront lieu à aucun compte rendu écrit.

Cette démarche a pour but de dégager les principes d'évitabilité pour améliorer nos pratiques et l'organisation en périnatalité, au moment où nous constatons une amélioration des indicateurs périnatals en région.

J.B. Mariette
Président du réseau périnatal

COMITÉ SCIENTIFIQUE

Mme F. DIAZ, Dr M. BADR, Pr P. BOULOT,
Dr G. CAPTIER, Mme L. CASSE,
Dr Th. DUNAND, Dr S. FORGET, Dr R. KOJAYAN,
Dr J.B. MARIETTE, Dr E. MORAU,
Dr N. RACHEDI, Dr P. THEVENOT

## VII.1.c. ANNEXE 3 : Fiches techniques et référentiels

### ADDICTIONS

**Fiches techniques**

- Aborder les substances psycho-actives et grossesse
- Alcool et grossesse
- Amphétamines ou Cocaïne et grossesse
- Cannabis et grossesse
- Opiacés et grossesse
- Tabac et grossesse

**Référentiels**

- Cannabis et périnatalité
- Le concept d'addiction
- Outils d'entretien
- Périnatalité et alcool

**Tableau des effets et des conduites à tenir « périnatalité et addictions »**

## ANESTHESIE-REANIMATION

- Analgésie salle de travail Région
- CAT brèche
- HDD réanimation
- Transfert pour embolisation
- Positionnement parturiente
- Lésions neurologiques post-partum
- Allergie aux anesthésiques locaux
- Maladie de Willebrand et grossesse
- Protocole Desmopressine
- Cardiopathies et grossesse

## CHIRURGIE INFANTILE

- Atrésie Duodénale
- Dilatation pyélique
- Fentes faciales
- Hernie Diaphargamatique
- Images kystiques pulmonaires
- Kyste de l'ovaire
- Laparoschisis
- Omphalocele

## SURPOIDS OBESITE DIABETE

- Chirurgie bariatrique et grossesse
- Diabète de type I et II et grossesse
- Diabète gestationnel
- Obésité et grossesse
- Thyroïde et grossesse

## PRISE EN CHARGE DES GROSSESSES A BAS RISQUES

- Prise en charge des grossesses à bas risques

## GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

- Maturation fœtale
- M.A.P. à membranes intactes
- MAP Rupture prématurée des membranes avant 34 SA

- Rupture des membranes après 34 SA
- Hyperthermie
- Prévention des infections materno-foetales
- Pyélonéphrites aigues
- Pré-éclampsie et HTA gravidique
- Hématome rétro placentaire
- Insertions basses du placenta
- Hémorragie du Post-Partum
- Cholestase gravidique
- Grossesses arrêtées et fausses couches spontanées
- Dépistage de la T21
- Retard de croissance intra utérin
- Hydramnios
- Oligoamnios
- Mort fœtale in utero
- Prévention immunisation érythrocytaire
- Herpes génital et grossesse
- Varicelle et grossesse

## VII.1.d. ANNEXE 4 : Plaquette de la journée du 27 mai 2011

**BULLETIN D'INSCRIPTION**
Journée du printemps
du Réseau Périnatal
le 27 mai 2011

Nom .....
Prénom .....
Profession .....
Adresse professionnelle
.....
.....
.....
Tel .....
E-mail .....

Coût de l'inscription : 75€ (par chèque)

Inscription ateliers : 2 au choix

- Obstétrique 1 ☐
- Obstétrique 2 ☐
- Néonatologie 3 ☐
- Néonatologie 4 ☐

**BULLETIN D'INSCRIPTION**
Date limite de réception
le 20 mai 2011

par mail : naitre.lr@hotmail.fr
OU
par fax : 04 67 04 88 34
OU
par courrier :
Naître et Grandir en Languedoc Roussillon
ZAE Les Verriès
165 rue de l'Aven
34980 ST GÉLY DU FESC

plan d'accès

Coordonnées GPS : Latitude 43.5778776
Longitude 3.872683400000028



Autoroute A9
sortie n°31 Montpellier Ouest
(Croix d'argent/La Paillade Mosson)
Au rond point (Paul Louis Bret) prendre direction
St Jean de Védas
Prendre la 1ère route à droite, (rue Jugurtha),
passer derrière le magasin OFFICE DEPOT
Le Kyriad Prestige est juste après

Renseignements
Réseau Périnatal Régional
**Naître et Grandir**
**en Languedoc-Roussillon**
ZAE Les Verriès - 165 rue de l'Aven - 34980 ST GÉLY DU FESC
Tel : 04 67 04 01 53 / 06 26 92 18 69
naitre.lr@hotmail.fr
association loi 1901 siret n°480 256 445 00036

www.perinat-france.org

Naître & Grandir
en languedoc roussillon

**Journée de printemps du réseau périnatal**

«Naître et Grandir en LR»

**Vendredi 27 mai 2011**
de 8h30 à 17h

Hôtel KYRIAD PRESTIGE
ZAE Tournezy
MONTPELLIER

naître en languedoc roussillon
Grandir en languedoc roussillon
ars

**PROGRAMME**
Journée du printemps

8h30 *Accueil*

9h00-9h45 **Point sur les nouvelles recommandations parues cette année**

- Prise en charge du diabète gestationnel : recommandations du CNGOF 2010, *Dr C. Brunet*
- Prise en charge immédiate de l'anoxo-ischémie en salle de naissance : Hypothermie provoquée *F. Ferragu, M. Badr, JB. Mariette*

9h45-10h30 **Présentation des protocoles régionaux d'obstétrique revus ou réalisés cette année par le réseau NLR :**
*G. Masson, P. Boulot*

Utérus cicatriciel, déclenchements, MAP, surveillance du travail, grossesses gémellaires, accouchement inopiné, grossesse après 40 ans, dépistage de la T21, traitement préventif et curatif HBPM, prise en charge des IMG, le Syntocinon dans le traitement des dystocies dynamiques.

*Pause*

11h00 **Analyse des transferts périnatals en Languedoc-Roussillon 2005-2009 et propositions d'amélioration**

- Transferts in utéro *G. Burlet*
- Transferts post natals *M. Badr*

**PROGRAMME**
Journée du printemps

12h00 **Assemblée Générale NGLR + Vote**

- Bilan Moral
- Bilan Financier
- Election : renouvellement des membres du CA à terme de leur mandat

13h30-14h00 *Buffet sur place*

14h30-17h00 **Ateliers basés sur des cas cliniques**

Le moment pratique :
2 ateliers au choix de 1h15

Obstétrique : Ateliers 1&2

1 - Comment surveiller et accoucher ?
- Une grossesse gémellaire
- Une femme obèse

*P. Boulot, J. Begler*

2 - Médicaments et allaitement : les règles de prescription *MA. Thompson, T. Dunand*

Néonatologie : Atelier 3&4

3 - Réanimation du nouveau-né : inhalation méconiale, mort apparente *M. Badr*

4 - Accueil du nouveau-né en salle de naissance *E. Mazurier*

Naître & Grandir en languedoc roussillon

*Afin de nous faciliter l'organisation de cette journée, si vous souhaitez y participer merci de bien vouloir nous retourner le bulletin d'inscription au dos, en nous précisant votre choix d'atelier. Votre inscription sera validée à la réception du chèque*

naître en languedoc roussillon

Grandir en languedoc roussillon

## VII.1.e. ANNEXE 5 : Communication et représentation du réseau en région

| Date | Intitulé et organisateur | *Ville* |
|---|---|---|
| **6 janvier 2011** | Présentation étude Morbidité maternelle à Sète | Sète |
| **12 janvier 2011** | Cours étudiants sages-femmes Nîmes | Nîmes |
| **25 janvier 2011** | Présentation MOMAT CH Perpignan | Perpignan |
| **26 janvier 2011** | Réunion ARS Clinique de Ganges | Montpellier |
| **10 février 2011** | Réunion Allaitement directrices crèches Gard | Nîmes |
| **11 février 2011** | Réunion régionale d'échographie | Montpellier |
| **23 février 2011** | Cours étudiants sages-femmes Nîmes | Nîmes |
| **23 février 2011** | Présentation Organisation enquête Epipage dans la région | Montpellier |
| **25 février 2011** | Participation SROS périnatalité ARS | Montpellier |

| Date | Intitulé et organisateur | *Ville* |
|---|---|---|
| **7 mars 2011** | Réunion CPDPN dépistage T21 | Montpellier |
| **15 mars 2011** | RMM Béziers | Béziers |
| **17 mars 2011** | Présentation et formation DCPI clinique St Thérèse | Sète |
| **18 mars 2011** | Cours étudiants sages-femmes Nîmes | Nîmes |
| **24 mars 2011** | Cours étudiants sages-femmes Nîmes | Nîmes |
| **29 mars 2011** | 5ième journée des réseaux de santé en périnatalité FFRSP | Paris |
| **31 mars 2011** | Participation SROS périnatalité ARS | Montpellier |
| **4 avril 2011** | Réunion allaitement maternel Mater et Néo-nat CH de Sète | Sète |
| **11 avril 2011** | Réunion travail CG 34 PMI | Montpellier |
| **22 avril 2011** | Participation SROS périnatalité ARS | Montpellier |
| **28 avril 2011** | Groupe de travail régional référentiels allaitement maternel | Montpellier |
| **4 mai 2011** | Réunion validation rapport évaluation Amblyopie | St Gely du Fesc |
| **12 mai 2011** | Réunion de travail PMI 34 | St Gely du Fesc |
| **16 mai 2011** | Réunion CPDPN dépistage T21 | Montpellier |
| **18 mai 2011** | Participation SROS périnatalité ARS : transports | Montpellier |
| **26 mai 2011** | Réunion CG Lozère et directrice de crèches | Mende |
| **27 mai 2011** | Journée de printemps du réseau NGLR | Montpellier |
| **1 juin 2011** | Rapport Amblyopie ORS | Montpellier |
| **7 juin 2011** | Réunion addiction CH Sète + autres invités | Sète |
| **15 juin 2011** | Réunion psychopathologie et grossesse : organisation prise en charge<br>P3SM/PMI/NGLR | Montpellier |
| **20 juin 2011** | Finalisation Rapport Amblyopie ORS | Montpellier |
| **21 juin 2011** | Résultats étude grossesses précoces Poss-LR | Montpellier |

| Date | Intitulé et organisateur | *Ville* |
|---|---|---|
| **23 juin 2011** | Réunion fédération 5 PMI : 30/34/48/66/11 | Montpellier |
| **8 au 12 aout 2011** | Stagiaire coordinatrice RSP Picardie | St Gely du Fesc |
| **8 aout 2011** | Réunion addiction Hauts cantons/PMI et autres | Bédarieux |
| **19 aout 2011** | Organisation communication journée du SAF | Montpellier |
| **25 aout 2011** | Présentation étude MOMAT PGS/Nîmes | Nîmes |
| **1 septembre 2011** | RDV DCPI direction CH Perpignan | Perpignan |
| **28 septembre 2011** | RDV travail avec CG 66 | Perpignan |
| **5/6/7 Octobre 2011** | 28ième Journée de l'association de sages-femmes cadres : Périnatalité et petite enfance : pourquoi ? | Grande-Motte |
| **22 novembre 2011** | RMM | Perpignan |
| **25 novembre 2011** | 16ième Journée d'enseignement postuniversitaire des sages-femmes de Nîmes | Nîmes Atria |
| **28 novembre 2011** | Réunion groupe régional gouvernance DCPI | St Gely du Fesc |
| **30 novembre 2011** | Commission ARS politique vaccinale | Montpellier |
| **1 décembre 2011** | Visite évaluation ARS | St Gely du Fesc |
| **12 décembre 2011** | Journée départementale de formation dans l'Aude : Animation territoriale CODES 11 | Carcassonne |
| **13 décembre 2011** | Remise du prix des Victoires de la réussite | Corum Montpellier |
| **14 décembre 2011** | Présentation RMM réseau NGLR CHU de Dijon | Dijon |
| **15/16 décembre 2011** | Cours sur RSP Master 2 enseignement et management en périnatalité | Dijon |
| **19 décembre 2011** | Réunion PRADO CG 34 et CPAM 34 | Montpellier |