Réseau Périnatal

Naître & Grandir
en languedoc roussillon

naître
en languedoc roussillon

RAPPORT D'ACTIVITÉ 2013

Table des matières

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

I. Historique.....7

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

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

IV. Elargissement du champ d'action à la coordination régionale de l'évaluation de l'audition des nouveau-nés.... 18

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

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

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

III. Les adhérents du réseau « Naître en Languedoc-Roussillon».....26
III.1. Nombre d'adhérents 26
III.2. Evolution des adhésions.....26
III.3. Les professionnels adhérents du réseau à titre individuel 27
III.4. Les structures impliquées dans le réseau.....31

IV. Les missions du réseau « Naître en Languedoc-Roussillon » en 2013.....32
IV.1. Promotion et accompagnement à la mise en place du Dossier Commun Périnatal Informatisé (DCPI).....32
IV.2. Analyse rétrospective de dossiers de mortalité et morbidité périnatale (RMM) 39
IV.3. Les Journées du Réseau 48
IV.5. Autres formations et actions de sensibilisation 53
IV.6. Elaboration et diffusion de référentiels de soins périnatals 58
IV.8. Organisation du dépistage de la trisomie 21.....62
IV.10. Actions de coordination et de communication 68
IV.11. Etude sur la morbidité maternelle 74

V. Les projets du réseau « Naître en Languedoc-Roussillon » 79
V.1. Promotion de l'allaitement maternel.....79
V.2. Périnatalité et addictions en Languedoc-Roussillon : Programme régional de prévention des addictions en périnatalité et de mutualisation des dynamiques locales.....84

VIII. Annexes.....94
VIII.1. Annexe 1 : Tableau d'activité de promotion du Dossier commun périnatal informatisé (DCPI) 94
VIII.3. Annexe 2 : Plaquettes des Journées 2013 du réseau NLR.....99

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

Naître & Grandir
en languedoc roussillon

I. Historique

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

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

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

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

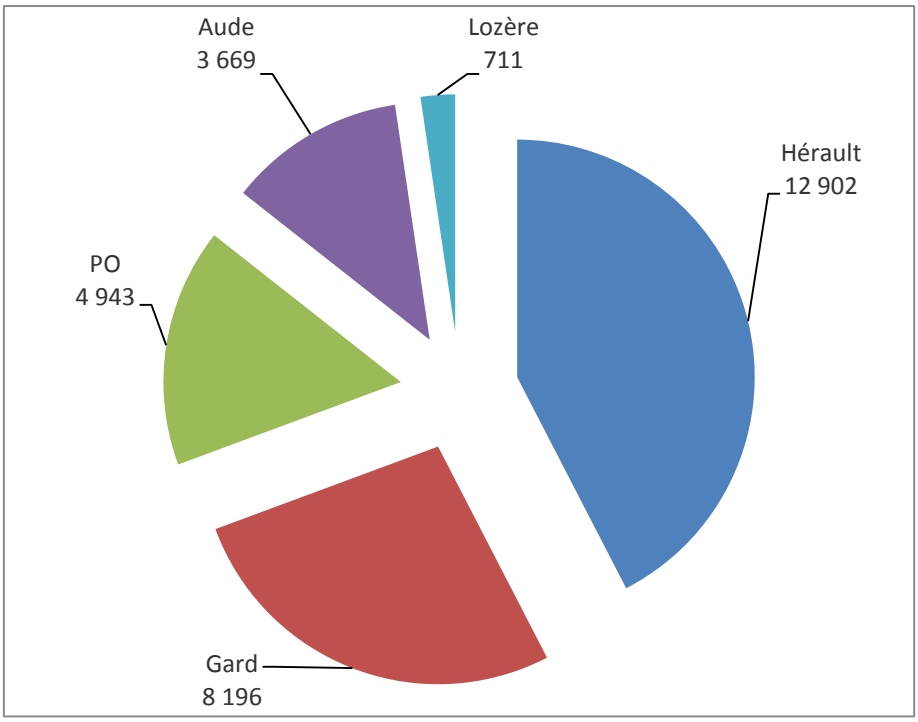
Depuis, le réseau est monté en puissance devenant le réseau périnatal régional de tous les acteurs de la périnatalité issus de tous modes d'exercice (public, privé, libéral et PMI) ayant pour objectif commun d'offrir des soins de qualité aux femmes enceintes et aux nouveau-nés. En signant la charte périnatale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

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

II.1. Les naissances

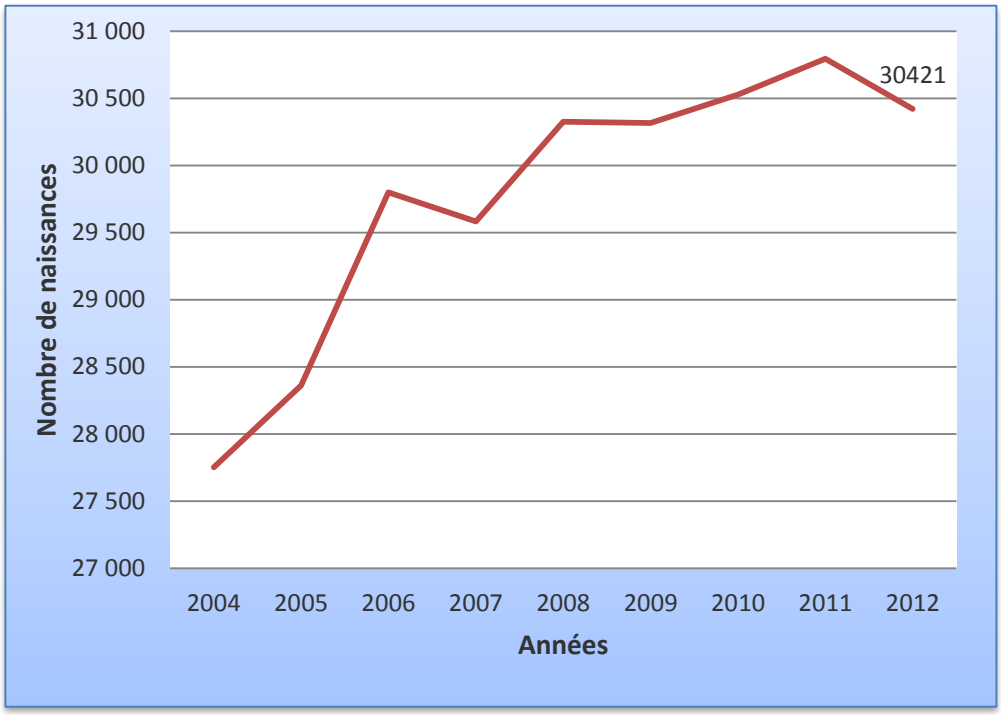
Les derniers chiffres de l'INSEE indiquent un nombre de 30 794 naissances vivantes domiciliées en Languedoc-Roussillon au 31 décembre 2012.

Graphique 1 : Répartition des naissances par département



Naissances déclarées Insee – Fichiers états civils

Graphique 2 : Evolution du nombre de naissances depuis 2004



Source : Naissances déclarées Insee – Fichiers états civils

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

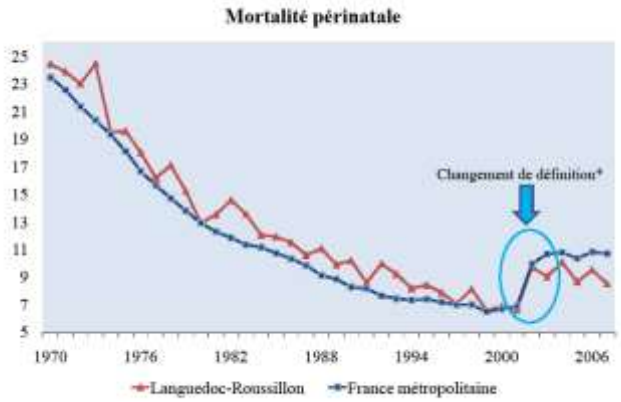
Source : Insee-Fichiers d'Etat civil – Exploitation ORS L-R

II.2. La mortalité foeto-infantile

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

La mortalité périnatale et ses composantes

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



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

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

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

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

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

* Taux pour 1 000 naissances

** Taux pour 1 000 naissances vivantes

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

Données lissées sur 3 ans

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

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

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

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

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

La mortalité infantile et ses composantes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

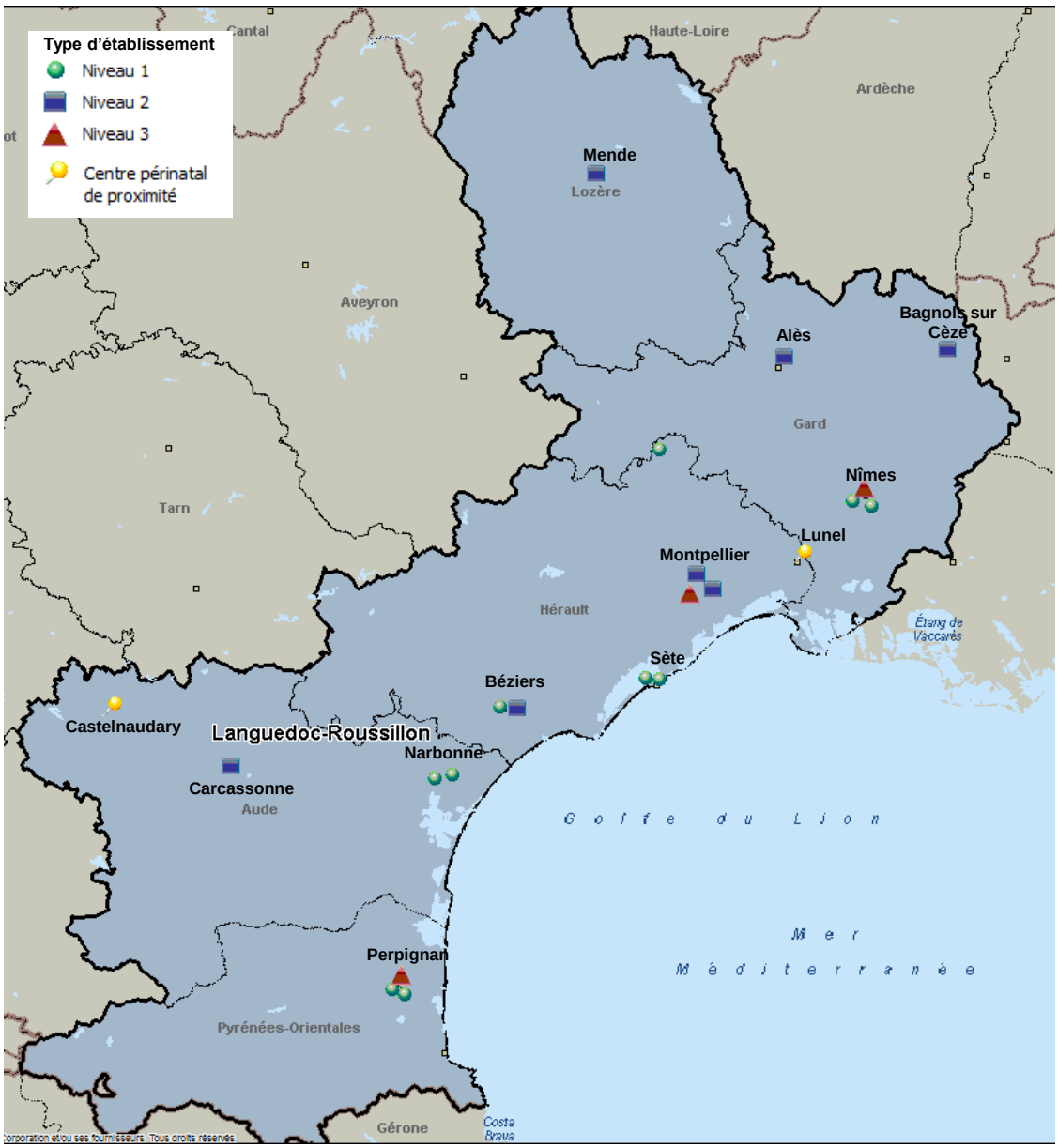
	Mortalité infantile	Mortalité néonatale	Mortalité post-néonatale
1995-1997	**19**	19	14
1997-1999	**17**	16	19
1999-2001	**18**	17	15
2001-2003	**4**	2	15
2003-2005	**9**	3	20
2005-2007	**12**	2	19
2007-2009	**18**	10	22
2008-2010	**19**	13	21

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

Les maternités

- ⇨ En 2013, 20 maternités publiques ou privées et 2 centres périnatals de proximité étaient implantés dans la région Languedoc-Roussillon.

Carte 1 : Les maternités en région Languedoc-Roussillon



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

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

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

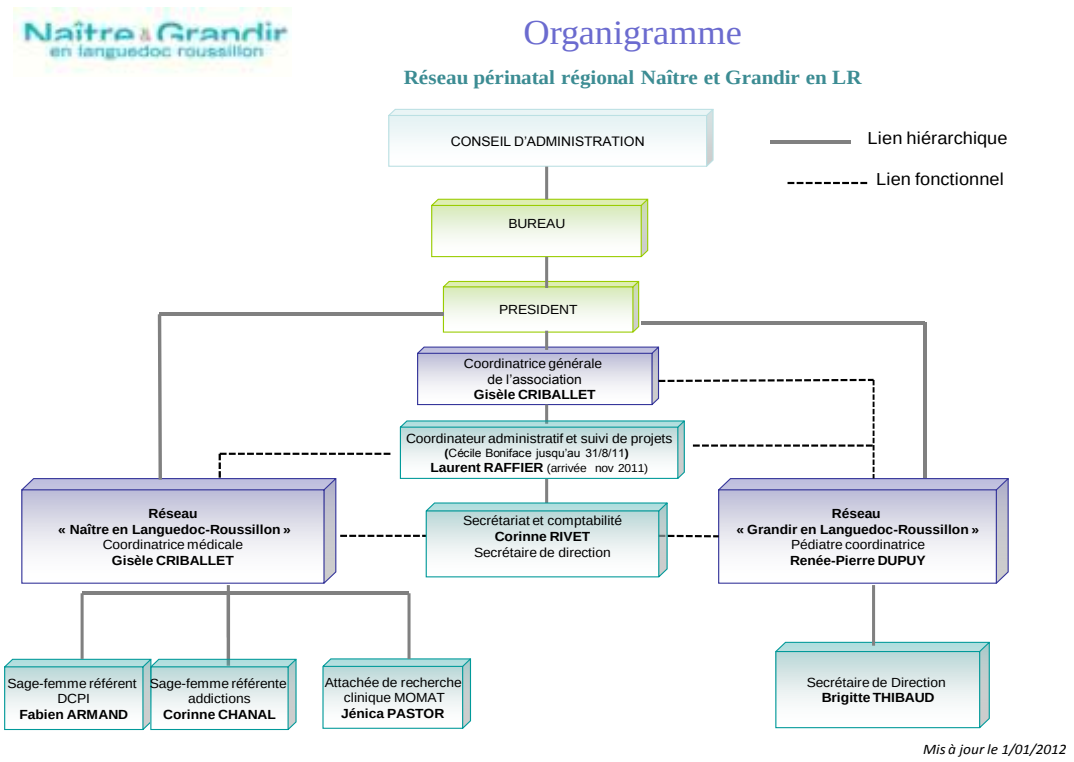
Les réseaux NLR et GLR s'appuient comme support juridique, sur une association loi 1901 dénommée « Naître et Grandir en Languedoc-Roussillon». En 2011 une réorganisation interne a été accompagnée par un audit interne mené par le cabinet ALIDORO. L'implication des membres du bureau de l'association et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

Le fonctionnement de NGLR a été assuré en 2013 par :

- ***un conseil d'administration*** : composé de tous les représentants de la périnatalité dans la région qui a élu :
  - **un bureau** composé de 6 personnes qui a élu :
    - ***une présidente : Laurence Cassé***
- ***Une cellule de coordination*** composée de ***:***
  - 6 salariés : 1 ETP de coordinatrice générale de NGLR et médicale du réseau Naître en LR, 1 ETP de coordinateur administratif et suivi de projet, 1 ETP d'attachée de recherche clinique (jusqu'à août 2013), 2 ETP d'assistante de direction et 1 ETP de secrétaire ;
  - 1 ETP pédiatre coordinatrice médicale du réseau Grandir en LR, mis à disposition du réseau par le CHU de Nîmes ;
  - 1 ETP de sage-femme mise à disposition du réseau par l'Hôpital d'Alès pour la promotion et le déploiement du DPCI auprès des établissements et des professionnels de la périnatalité du LR ;
  - 1 ETP de puéricultrice mise à disposition du réseau dans le cadre du suivi des nouveau-nés vulnérables. L'ETP est également réparti sur les 3 établissements de type 3 de la région : le CHU de Montpellier, le CHU de Nîmes et le CH de Perpignan ;
  - 30 % ETP sage-femme addictologue mise à disposition du réseau par le CHU de Montpellier pour le projet « Périnatalité et addictions » ;
  - 20 % ETP consultante en lactation exerçant en indépendant pour le projet de « Promotion de l'allaitement maternel » ;
  - Enfin, 2 stagiaires ont réalisé respectivement 2 et 4 mois de stage au sein de NGLR en 2013.

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



Le réseau est géré par un Conseil d'administration composé de 29 membres (dont 8 suppléants), dont 7 sont des représentants du secteur privé. Les dernières élections de renouvellement d'une partie du CA se sont tenues en mai 2012.

Tableau 5 : Les membres du CA suite aux élections de Mai 2012

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

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

A la suite de ce dernier renouvellement du Conseil d'administration, une nouvelle élection du bureau a eu lieu le 19 septembre 2012 qui a débouché sur une modification de sa composition.

Tableau 6 : Les membres du bureau élus en Septembre 2012

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

En 2013, une Assemblée générale ordinaire a été organisée, le Conseil d'administration s'est réuni 4 fois et le bureau s'est réuni 3 fois. Le détail de ces réunions est présenté dans le tableau ci-après.

Tableau 7 : Calendrier des réunions en 2013

Organe	Nbre de réunions	Date des réunions	Nombre total de participants	Thèmes des réunions
Assemblée générale	1	20 juin 2013	13 présents, 20 représentés	▪ Rapport moral du Président ▪ Rapport financier du Trésorier ▪ Prévisionnel 2013 ▪ Rapport du commissaire aux comptes ▪ Approbation des comptes 2012 ▪ Montant des cotisations 2014
Conseil d'administration	4	27 mars 2013	10 participants	▪ **bilan financier 2012 et budget prévisionnel 2013** ▪ **Rapport d'activité 2012** ▪ **Guide des missions des réseaux de santé périnatale** ▪ **Demande de renouvellement sur 5 ans** ▪ **Bilan de la journée d'hiver du réseau** ▪ **Communication du réseau**
		4 juin 2013	9 présents 3 représentés	▪ **Bilan financier et arrêt des comptes 2012** ▪ **Approbation du bilan moral** ▪ **Demande de financement pluriannuelle – rencontre avec l'ARS** ▪ **Organisation de la journée de printemps du réseau et assemblée générale** ▪ **Questions diverses**
		17 septembre 2013	13 participants	▪ **Accord de financement 2013** ▪ **Nouvelle mission de dépistage de la surdité** ▪ **Agrément DPC** ▪ **Site internet** ▪ **EPP césarienne programmée** ▪ **Avancées MOMAT** ▪ **Nouvelle version du DCPI** ▪ **Comité scientifique NLR** ▪ **Questions diverses**
		29 novembre 2013	11 participants	▪ **Dépistage de la surdité** ▪ **DCPI (Nouvelle version + audit)** ▪ **Agrément DPC** ▪ **MOMAT et déclaration des morts maternelles** ▪ **EPP césariennes programmées** ▪ **Enquête auprès des familles GLR** ▪ **Expérimentation d'un questionnaire parental au sein de GLR** ▪ **Formations et RMM** ▪ **Questions diverses**
Bureau	3	Concertations téléphoniques et par mail, réunions les 19 février, 16 avril, 11 septembre,	Tous les membres	▪ **Vie associative : élections, organisation des réunions du CA et de l'AG** ▪ **Organisation interne du réseau : gestion du personnel, formation des salariés** ▪ **Agrément DPC** ▪ **Suivi financier**

Organe	Nbre de réunions	Date des réunions	Nombre total de participants	Thèmes des réunions
		environ une réunion par mois avec la Présidente		▪ **Relation avec l'ARS : accord de financement, nouvelle mission surdité** ▪ **Organisation des réunions et manifestations** ▪ **Communication : site internet** ▪ **Point sur les actions du réseau d'amont NLR** ▪ **Point sur les actions du réseau d'aval GLR** ▪ **Calendrier actions et réunions 2013**

IV. Elargissement du champ d'action à la coordination régionale de l'évaluation de l'audition des nouveau-nés

L'arrêté du 23 avril 2012 relatif à l'organisation du dépistage de la surdité permanente néonatale pose le principe d'un « examen de repérage des troubles de l'audition, proposé systématiquement, avant la sortie de l'enfant de l'établissement de santé dans lequel a eu lieu l'accouchement ou dans lequel l'enfant a été transféré ». A cet effet, un financement est prévu :

1. Pour assurer le dépistage en maternité de chaque enfant né vivant,
2. Pour assurer la coordination régionale de ce dépistage.

A la demande de l'ARS, le réseau périnatal NGLR a accepté d'assurer cette coordination régionale avec pour mission[1] :

1. D'informer les maternités sur le nouveau dispositif mis en place,
2. De faire un état des lieux des pratiques existantes (pratiques, équipement, modalités d'accompagnement des parents, besoins de formation, etc.)
3. D'harmoniser les pratiques des professionnels,
4. De collecter, analyser et transmettre aux autorités régionale et nationale les données relatives aux résultats de ce dépistage et à l'orientation et au suivi des enfants dépistés positifs.

Pour préparer la mise en place de cette coordination début 2014, le réseau périnatal a mené en 2013 les actions décrites dans le tableau suivant.

Tableau 8 : Actions 2013 pour la mise en place de la coordination du dépistage de la surdité

Date	Objet
12 juin et 3 septembre 2013	Réunions à l'ARS de présentation de la mission de coordination régionale
19 septembre 2013	Etat des lieux de l'existant : réunion avec l'ORL en charge de la précédente coordination régionale
27 septembre 2013	Réunion au Ministère de la santé pour la coordination nationale du dispositif
28 octobre et 10 décembre 2013	Recrutement de l'assistante de direction
25 novembre 2013	Etat des lieux de l'existant : rencontre au GREPAM sur les modalités de recueil et de traitement des données du dépistage
19 décembre 2013	Réunion avec les ORL du CHU de Montpellier : recrutement d'un ORL coordinateur et programme d'actions pour 2014

Suite à ce travail, le réseau périnatal est prêt à assurer cette nouvelle mission au 1er janvier 2014.

[1] Courrier de la directrice de l'ARS LR du 16 décembre 2013

Le réseau « Naître en Languedoc-Roussillon »

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

I.1. Objectifs principaux

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

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

I.2. Priorités fixées

Les priorités engagées en 2013 au sein du réseau d'amont pour répondre à ces objectifs principaux ont été :

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

I.3. Financement

- Le réseau « Naître en Languedoc-Roussillon » a été agréé par l'URCAM/ARH en 2004 et financé par la DRDR (Dotation Régionale de Développement des Réseaux de santé) puis par le FIQCS jusqu'à fin 2011 et par le FIR depuis 2012, pour 4 objectifs opérationnels.
  - ⇨ *Promotion de l'utilisation et accompagnement à la mise en place du DCPI.*
  - ⇨ *Analyse rétrospective de dossiers de mortalité et morbidité périnatale.*
  - ⇨ *Elaboration, actualisation et diffusion de référentiels de soins périnatals.*
  - ⇨ *Actions de formation médicale.*
- Le réseau est également financé par le FIQCS/FIR, sur les années 2011-2013, pour mener une étude régionale sur la morbidité maternelle.
- Le réseau a été financé en 2013 par la Direction de la santé publique et de l'environnement (DSPE) de l'ARS pour :
  - ⇨ *poursuivre le programme régional de prévention des addictions en périnatalité ;*
  - ⇨ *assurer la promotion de l'allaitement maternel notamment dans le cadre de la mise en place d'un contrat local de santé en Pays Cœur d'Hérault.*

- Les laboratoires suivants ont occasionnellement apporté leur soutien au réseau « Naître en Languedoc-Roussillon ». L'association Naître et grandir en Languedoc-Roussillon veille à ce que ce soutien ne donne pas lieu à conflit d'intérêt, à ce titre un membre du bureau a été nommé pour contrôlé cet aspect.
    - *THERAMEX*
    - *PHARMAT*
    - *GE medical Systems S.C.S*
    - *HOLOGIC*
    - *TERR AMATA*
    - *IPRAD*

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

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

Sa promotion et son fonctionnement ont été assurés en 2013 par :

- ⇨ ***un comité de pilotage*** : une présidente (Laurence Cassé) et un conseil d'administration composé de tous les représentants de la périnatalité dans la région (25 personnes) ;
- ⇨ ***un comité scientifique*** composé des référents des groupes de travail, des experts de la région et des membres du CA volontaires ;
- ⇨ ***une cellule de coordination*** :
  - 5 salariés : 1 ETP de coordinatrice médicale, 0,5 ETP de coordinateur administratif et suivi de projet, 1 ETP d'attachée de recherche clinique (jusqu'en août 2013), 1 ETP de secrétaire de direction et 0,5 ETP de secrétaire ;
  - 1 ETP sage-femme mise à disposition du réseau par l'Hôpital d'Alès pour la promotion du DPCI auprès des établissements et des professionnels de la périnatalité du LR
  - 0.3% ETP sage-femme addictologue mise à disposition du réseau par le CHU de Montpellier pour le projet « Périnatalité et addictions » ;
  - Une consultante en lactation exerçant en indépendant pour le projet de « Promotion de l'allaitement maternel ».

II.1. Le comité de pilotage

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

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

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

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

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

En 2013, le comité scientifique s'est réuni deux fois : les 16 janvier et 29 mai.

Tableau 9 : Liste des membres du comité scientifique

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

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

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

Tableau 10 : Effectifs de l'équipe de coordination du réseau Naître en Languedoc-Roussillon en 2013

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)	50 %	7/11/2011	Salarié CDI	**Laurent RAFFIER**
Assistante de direction	100 %	23/08/2010	Salariée CDI	**Corinne RIVET**
Sage-femme pour la promotion du DPCI auprès des établissements et des professionnels de la périnatalité du LR	100 %	01/03/2007	Mise à disposition par le Centre Hospitalier d'Alès	**Fabien ARMAND**
Attaché de recherche clinique pour le projet Morbidité maternelle	50 % jusqu'au 1/03/2011 100 % ensuite	1/11/2010 Départ le 31/08/2013	Salariée CDI	**Jenica PASTOR**
Secrétaire	50%	03/01/2013	Salarié CDD	**Anne Vidal**
Sage-femme référente « Périnatalité et Addictions »	*30 %* ***(Financement ARS Prévention)***	*1/09/2008*	*Mise à disposition par le CHU de Montpellier*	***Corinne CHANAL***

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

III.1. Nombre d'adhérents

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

- **Adhésion au réseau périnatal**

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

1459 professionnels adhérents au réseau

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

Tous signataires
de la charte constitutive du réseau

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

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

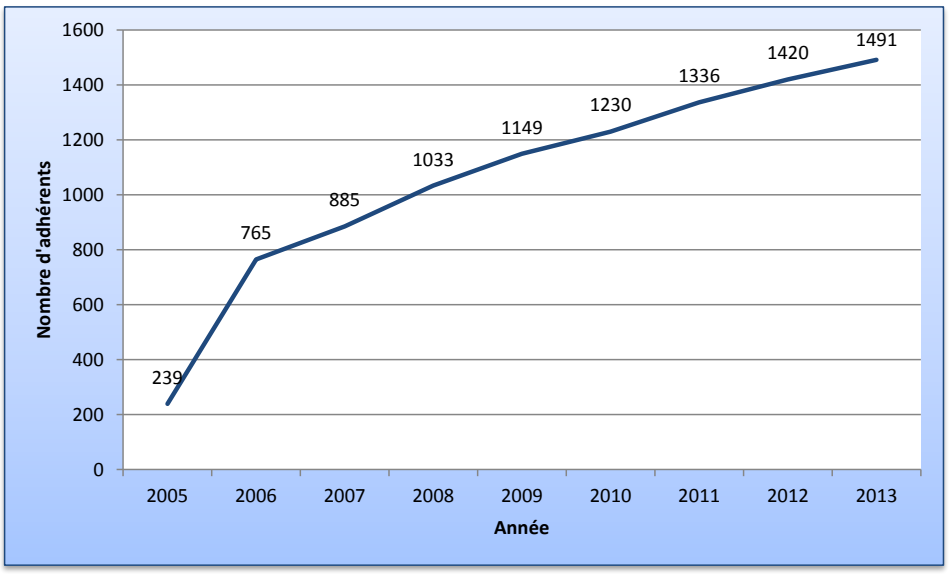
- **Adhésion à l'Association « Naître et Grandir en Languedoc Roussillon »**

  - Tous les adhérents du réseau périnatal peuvent également être membres de l'association du réseau périnatal, s'ils souhaitent participer à la vie administrative de l'association : assemblée générale, 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 2013 pour les personnes physiques, 100 € pour les personnes morales).
  - En 2013, 83 membres du réseau sont également membres cotisant à l'association « Naître et Grandir en Languedoc Roussillon ».

III.2. Evolution des adhésions

Le nombre d'adhésions au réseau a été multiplié par plus de 6 en huit ans. Il est passé de **239** adhérents au 31 décembre 2005 à **1491** au 31 décembre 2013 : 32 personnes morales à jour de cotisation et 1459 personnes physiques ayant signé la charte. Depuis 2009, le nombre de personnes physiques adhérentes augmente en moyenne chaque année d'environ 7 %.

Graphique 3 : Evolution du nombre d'adhérents 2005 – 2013



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

Le

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

Graphique 4 : Professions des adhérents au 31 décembre 2013[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
Autres professionnels de santé : Aide-Soignante, Cadre de Santé, Consultante en lactation, Coordinatrice de consultations, Pharmacienne
Autres : Biologiste, Tabacologue, Diabétologue, Kinésithérapeute, Orthophoniste, Enseignant

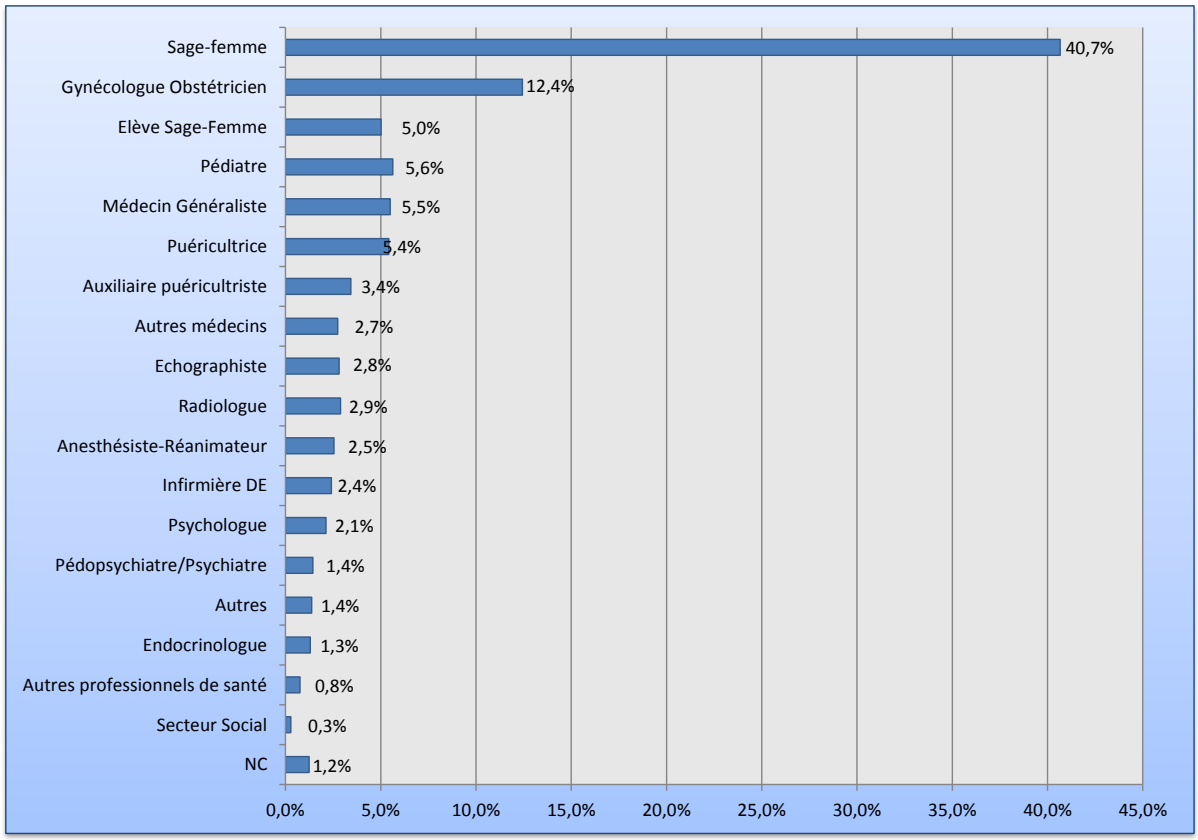

Sage-femme 40,7%
Gynécologue Obstétricien 12,4%
Elève Sage-Femme 5,0%
Pédiatre 5,6%
Médecin Généraliste 5,5%
Puéricultrice 5,4%
Auxiliaire puéricultriste 3,4%
Autres médecins 2,7%
Echographiste 2,8%
Radiologue 2,9%
Anesthésiste-Réanimateur 2,5%
Infirmière DE 2,4%
Psychologue 2,1%
Pédopsychiatre/Psychiatre 1,4%
Autres 1,4%
Endocrinologue 1,3%
Autres professionnels de santé 0,8%
Secteur Social 0,3%
NC 1,2%
0,0% 5,0% 10,0% 15,0% 20,0% 25,0% 30,0% 35,0% 40,0% 45,0%

Tableau 11 : Adhérents par profession et mode d'exercice au 31 décembre 2013

Mode d'exercice		Libéraux		Hospitaliers		Salariés privés		Mixte		Conseil Général / PMI		Retraités		NC	
Professions	**Total**	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Anesthésiste-Réanimateur	**37**	8	22%	28	76%							1	3%		
Echographiste	**41**	32	78%	6	15%			3	7%						
Endocrinologue	**19**	11	58%	7	37%			1	5%						
Gynécologue Obstétricien	**181**	96	53%	65	36%	3	2%	13	7%	1	1%	2	1%	1	1%
Médecin Généraliste	**80**	65	81%	2	3%	2	3%	1	1%	8	10%	1	1%	1	1%
Pédopsychiatre/ Psychiatre	**21**	7	33%	9	43%	4	19%	1	5%						
Pédiatre	**82**	33	40%	35	43%	3	4%	5	6%	5	6%			1	1%
Radiologue	**42**	36	86%	4	10%							1	2%	1	2%
Autres médecins[3]	**42**	9	21%	23	55%	3	7%	6	14%	1	2%				
Total Médecins	**545**	**297**	**54%**	**179**	**33%**	**15**	**3%**	**30**	**6%**	**15**	**3%**	**5**	**0,9%**	**4**	**0,7%**
Sage-femme	**592**	142	24%	282	48%	98	17%	23	4%	37	6%	2	0%	8	1%
Elève Sage-Femme	**73**			64	88%									9	12%
Infirmière DE	**35**	1	3%	16	46%	10	29%			6	17%			2	6%
Psychologue	**31**	7	23%	13	42%	6	19%	3	10%	2	6%				
Puéricultrice	**79**	1	1%	35	44%	15	19%			24	30%	1	1%	3	4%
Auxiliaire puéricultriste	**50**			17	34%	31	62%			1	2%			1	2%
Autres professionnels de santé[4]	**12**	2	17%	6	50%	1	8%							3	25%
Secteur Social	**4**			3	75%					1	25%				
Autres[5]	**20**	13	65%	3	15%	1	5%	1	5%			1	5%	1	5%
Non-communiqué	**18**	2	11%	4	22%	9	50%			1	6%			2	11%
Total	**1459**	**465**	**32%**	**622**	**43%**	**186**	**13%**	**57**	**4%**	**87**	**6%**	**9**	**1%**	**33**	**2%**

Le réseau compte donc parmi ses adhérents :

- 545 médecins (toutes spécialités confondues) ;
- 592 sages-femmes soit 69 % des SF exerçant dans la région[6] ;
- 181 gynécologues-obstétriciens soit 85 % des GO exerçant dans la région ;
- 82 Pédiatres soit 31 % des pédiatres exerçant dans la région.

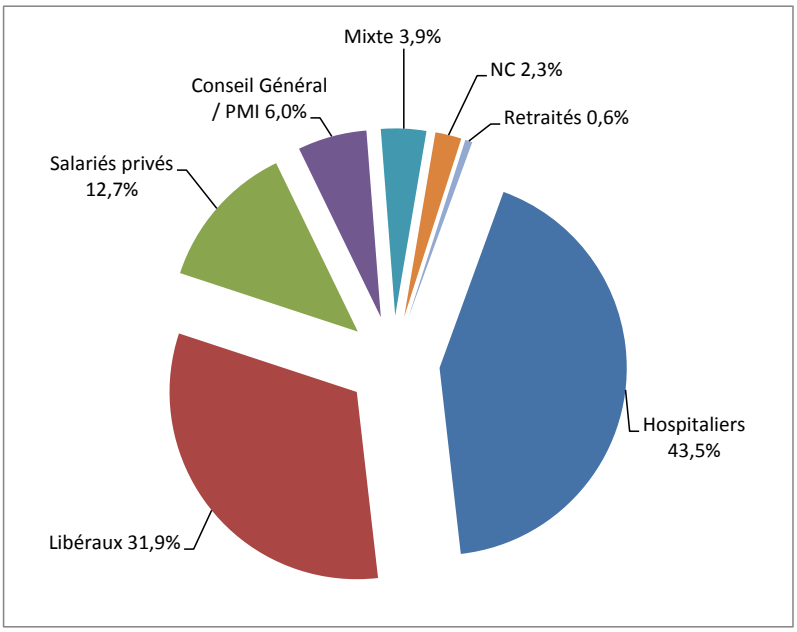
[3] Autres médecins : Gynécologue Médical, Chirurgien pédiatrique, Médecin Addictologue, Interne, Médecin de santé publique, Neurophysiologiste, Gastroentérologue, Chirurgien sénologue, Médecin de Crèche, Médecin Urgentiste, Neurologue

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

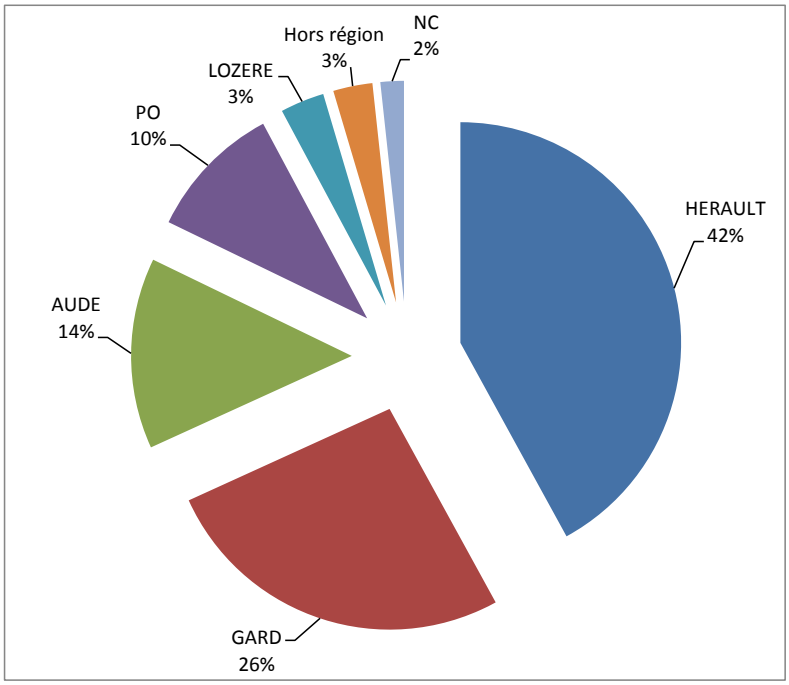
[5] Autres : Biologiste, Tabacologue, Diabétologue, Kinésithérapeute, Orthophoniste, Enseignant

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

Graphique 5 : Mode d'exercice des professionnels adhérents au 31 décembre 2013



Graphique 6 : Département d'exercice des professionnels adhérents au 31 décembre 2013



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

L'implication des professionnels au sein du réseau se fait d'une part par l'information des patientes 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 des référentiels ainsi que leur utilisation ;
- la participation des professionnels aux réunions de formation médicales proposées par le réseau ;
- la lutte contre le tabagisme au cours de la grossesse et les autres addictions ;
- la promotion de l'allaitement maternel ;
- leur participation au dépistage de la trisomie 21 ;
- leur participation à une étude régionale sur la morbidité maternelle.

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

- les professionnels 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 ;
- les professionnels qui sont de simples adhérents au réseau et qui en reçoivent la formation, l'information ou en utilisent des outils de communication, dans un but d'améliorer leurs compétences et leurs pratiques professionnelles.

III.4. Les structures impliquées dans le réseau

32 structures sont à jour de cotisation au 31 décembre 2013 : 10 centres hospitaliers, 10 cliniques privées, 5 conseils généraux, 1 ordre professionnel départemental, 4 associations et 2 CAMSP. 7 de ces structures sont particulièrement impliquées au sein de l'association en tant que membres titulaires du CA.

Tableau 12 : Structures adhérentes du réseau au 31 décembre 2013

Département	Liste des structures	Nombre total
	Maternités Publiques	
Aude	1. CH de Narbonne 2. CH Antoine Gayraud (Carcassonne)	**2**
Gard	3. CHU Caremeau (Nîmes) 4. CH d'Alès 5. CH Louis Pasteur (Bagnols-sur-Cèze)	**3**
Hérault	6. CH du Bassin de Thau (Sète) 7. CH de Béziers 8. CHU Arnaud de Villeneuve (Montpellier)	**3**
Lozère	9. CH de Mende	**1**
P-O	10. 10. CH Saint Jean (Perpignan)	**1**
	Maternités Privées	
Aude	11. Polyclinique Le Languedoc (Narbonne)	**1**
Gard	12. Polyclinique Kennedy (Nîmes) 13. Polyclinique Grand Sud (Nîmes)	**2**
Hérault	14. Polyclinique Sainte-Thérèse (Sète) 15. Clinique Champeau (Bézier) 16. Clinique Saint Roch (Montpellier) 17. Clinique Clémentville (Montpellier) 18. Clinique Saint-Louis (Ganges)	**5**
P-O	19. Clinique Saint Pierre (Perpignan) 20. Clinique Notre Dame d'Espérance (Perpignan)	**2**
	Autres	
Aude	21. Conseil général de l'Aude, Direction PMI	**1**
Gard	22. Conseil général du Gard, Direction PMI 23. Réseau de périnatalité du Bassin Alésien (RESEDA) 24. Centre Départemental d'Accueil des familles (Nîmes) 25. CAMSP d'Alès	**4**
Hérault	26. Ordre des sages-femmes de l'Hérault 27. Conseil général de l'Hérault, Direction PMI 28. Groupe d'Etudes en Néonatalogie LR (GEN) 29. Association de Formation et de Recherche sur l'Enfant et son Environnement (AFREE)	**4**
Lozère	30. Conseil général de la Lozère, Direction PMI	**1**
P-O	31. Conseil général des PO, Direction PMI 32. CAMSP des PO	**2**
Total		**32**

IV. Les missions du réseau « Naître en Languedoc-Roussillon » en 2013

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

Tableau 13 : Synthèse des actions de promotion du DCPI

Finalité de l'action	
La mise en place du DCPI a pour principale finalité d'améliorer la prise en charge des patientes en favorisant la circulation et la qualité de l'information entre les professionnels de santé grâce à l'utilisation d'un outil commun de suivi des grossesses.	
Principales réalisations (indicateurs de suivi)	
Il s'agit principalement de coordonner le déploiement du DCPI via la formation des professionnels à son utilisation et le suivi technique du dossier. L'évolution technique du DCPI est tout particulièrement marquée cette année par le développement et la mise en place d'une nouvelle version du logiciel.	
Nombre de nouveaux utilisateurs formés	68
Nombre d'interventions sur site	45
Principaux résultats (indicateurs d'évaluation)	
Part des accouchements de la région saisis dans le DCPI **Part des accouchements saisis dans les établissements où le DCPI est implanté**	32 % 90 %
Principales perspectives pour 2014	
○ Audit du DCPI réalisé par le GCS e-santé au cours du premier semestre, ○ Poursuite du déploiement de la 2ème version du logiciel avec notamment implantation aux CH d'Alès et Perpignan, ○ Développement du traitement statistique de données issues du DCPI.	

IV.1.a. Contexte et historique

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

Lors de la création du réseau périnatal en 2004, la solution informatisée n'était pas encore finalisée, le dossier commun a donc d'abord pris la forme d'un dossier papier. Puis, à partir de 2007 et la mise à disposition d'une solution informatique opérationnelle, la promotion de celle-ci a été effectuée par

Fabien Armand, sage-femme et Gisèle Criballet, coordinatrice du réseau Naître en Languedoc-Roussillon et le président du réseau de l'époque Pierre Boulot.

IV.1.b. Finalité

La principale finalité du DCPI est de favoriser la circulation et la qualité de l'information relative au suivi de grossesse entre les professionnels de santé. En effet, un meilleur partage d'information entre les professionnels de la périnatalité contribue logiquement à une meilleure coordination et, *in fine*, à une amélioration du suivi des grossesses.

IV.1.c. Méthodologie et réalisations

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

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

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

Pour rappel, les réunions de 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 etc. Cette méconnaissance était probablement liée à la faiblesse de la gouvernance et de la coordination du projet. De fait, le projet n'avait plus de pilotage adéquat, avec 21 interlocuteurs rarement réunis face à l'entreprise SQLI. Il est apparu nécessaire qu'une structure unique assure un pilotage lisible. Pour cela, il a été décidé en décembre 2008, que cette structure support serait chargée de piloter ce projet et de réunir dans une commission les 21 maternités. La réunion du 4 février 2009 à l'ARH a entériné ce projet. Le réseau NGLR est devenu la structure pilote, 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**

Entre 2009 et 2012, le réseau a animé deux groupes de pilotage avec des représentants de chaque établissement :

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

En janvier 2011, devant les difficultés de développement des interfaces avec les logiciels libéraux, les établissements privés se sont retirés du projet à l'exception des cliniques St louis de Ganges et Ste Thérèse de Sète.

Au cours de l'année 2012, la mise en place du GCS e-santé LR a permis de déléguer à ce dernier le pilotage du projet. Le réseau a toutefois conservé un rôle important puisqu'il est élu représentant titulaire des réseaux au sein du comité restreint du GCS e-Santé. Le tableau suivant présente la contribution du réseau aux différentes réunions du GCS e-santé.

Tableau 14 : Participations du réseau au comité restreint du GCS e-santé en 2013

Date	Thème abordé lié à la périnatalité
15/01/2013	-
19/02/2013	*Assemblée générale du GCS e-santé*
11/03/2013	-
23/05/2013	Présentation du DCPI
13/06/2013	Appui technique du GCS à l'informatisation du dossier des nouveau-nés vulnérables
09/10/2013	Annonce de la réalisation d'un audit du DCPI au premier semestre 2013
27/11/2013	-

- **Evolutions techniques du DCPI**

  - Dématérialisation du CS8

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

  - Interfaces avec les logiciels d'établissements

Plusieurs établissements publics sont en cours de changement de fournisseurs informatiques et la majorité d'entre eux a prévu dans leur projet l'interface avec le DCPI (CHU de Nîmes, CHU de Montpellier, CH de Perpignan et Bagnols sur Cèze). Le réseau suit ces évolutions avec la plus grande attention. Le développement de ces interfaces est toutefois conditionné aux conclusions de l'audit du DCPI par le GCS E-santé programmé pour le premier semestre 2014.

  - Développement et déploiement de la seconde version du DCPI

Le développement de la seconde version du DCPI a été finalisé au cours de l'année et a connu des reports successifs. Initialement la mise en place devait se faire au début de l'été mais l'intégration de toutes les modifications que nous avions notifiées à l'éditeur ne s'est pas faite de manière optimale. Le déploiement d'une nouvelle version du logiciel ne pouvant se faire au cours de l'été, il a été reporté au 4ème trimestre.

Les difficultés rencontrées pour la migration des données contenues dans l'ancienne version du logiciel et vers sa nouvelle version ont nécessité un nouveau report à la fin de l'année. Finalement, la bascule s'est faite dans la nuit du 10 au 11 décembre 2013 après une première tentative infructueuse le 2 décembre.

Nous avons ensuite fait le tour de tous les établissements qui utilisent le DCPI au cours du mois de décembre afin de les accompagner dans les changements qu'apporte la nouvelle version. Cet

accompagnement se poursuivra aussi au cours du premier trimestre 2014. Le tableau ci-après présente l'ensemble des actions de promotion de la V2 du DCPI dans les établissements de la région.

Date	Lieu	Professionnels présents	Action
08/02/2013	CH Bagnols sur Cèze	1 sage-femme cadre	présentation V2
12/02/2013	CH Carcassonne	1 gynécologue, 3 internes, 6 sages-femmes	présentation V2
16/04/2013	CH Bagnols sur Cèze	4 sages-femmes, 1 cadre, 2 gynécologues	présentation V2
16/05/2013	CH Carcassonne	3 gynécologues, 6 sages-femmes, 2 Cadres	présentation v2
09/07/2013	CHU Montpellier	1 interne, 4 sages-femmes	présentation V2
19/09/2013	CH Carcassonne	11 sages-femmes, 2 cadres et 3 gynécologues	présentation V2
24/09/2013	CH Béziers	8 sages-femmes, 1 cadre, 4 gynécologues	présentation V2
30/09/2013	CH Sète	Cadre, 3 sages-femmes, 1 gynécologue	présentation V2
30/09/2013	Ste Thérèse	2 sages-femmes, 1 gynécologue	présentation V2
01/10/2013	CH Narbonne	4 sages-femmes, 2 gynécologues	présentation V2
07/10/2013	CHU Montpellier	3 sages-femmes, 2 gynécologues	présentation V2
08/10/2013	CH Mende	3 sages-femmes, 1 cadre	présentation V2
11/10/2013	CHU Montpellier	7 sages-femmes, 1 gynécologue, 2 cadres	présentation V2
12/11/2013	CHU Montpellier	3 sages-femmes, 1 gynécologue	tests V2
14/11/2013	CHU Montpellier	2 sages-femmes	tests V2
26/11/2013	CHU Montpellier	2 sages-femmes	tests V2
03/12/2013	CHU Montpellier	6 sages-femmes, 3 gynécologues	1ère tentative mise en place V2
11/12/2013	CHU Montpellier	10 sages-femmes, 5 gynécologues	mise en place V2
12/12/2013	CH Béziers	6 sages-femmes, 2 gynécologues, 3 secrétaires	mise en place V2
13/12/2013	CH Bagnols sur Cèze	5 sages-femmes, 2 gynécologues	mise en place V2
16/12/2013	CH Mende	4 sages-femmes, 1 pédiatre	mise en place V2
17/12/2013	CH Carcassonne	8 sages-femmes, 3 gynécologues, 1 pédiatre, 3 secrétaires	mise en place V2
18/12/2013	CH Narbonne	4 sages-femmes, 2 gynécologues, 1 pédiatre	mise en place V2
19/12/2013	CHU Montpellier	2 gynécologues, 4 sages-femmes	soutien V2
19/12/2013	PMI Béziers	12 sages-femmes	soutien V2
23/12/2013	CHU Montpellier	6 sages-femmes, 3 gynécologues	soutien V2

- <u>Dossier de suivi des nouveau-nés vulnérables</u>

Suite à l'accord de principe donné par l'ARS en 2012 quant à la dématérialisation des cahiers de suivi des nouveau-nés vulnérables (Dossier informatisé de suivi des enfants vulnérables – DISEV), le réseau s'est attelé en 2013 à la rédaction d'un cahier des charges afin de le soumettre à plusieurs éditeurs. Par ailleurs, nous avions sollicité un soutien technique du GCS E-santé sur ce dossier : appui à la rédaction du cahier des charges et identification de prestataires à qui le soumettre.

Après de nombreuses réunions entre le responsable DCPI, le coordinateur administratif et la coordinatrice médicale du réseau GLR une première version de ce cahier des charges a été finalisée et un comité de pilotage du projet a été constitué. Toutefois, ce projet a été suspendu à la demande de l'ARS et du GCS qui ont souhaité préalablement réaliser un audit du DCPI (cf. ci-dessus).

- Envoi des données au réseau sentinelle « Audipog »

La transmission de nos données se fait toujours régulièrement. Les données 2012 ont été transmises au réseau sentinelle dès le mois de janvier et nous avons pu faire un retour aux établissements de leurs données au cours du deuxième trimestre 2013. Pour l'envoie des données 2014 il y aura sans doute un décalage car il faudra attendre que l'on puisse extraire la nouvelle base de données de la V2.

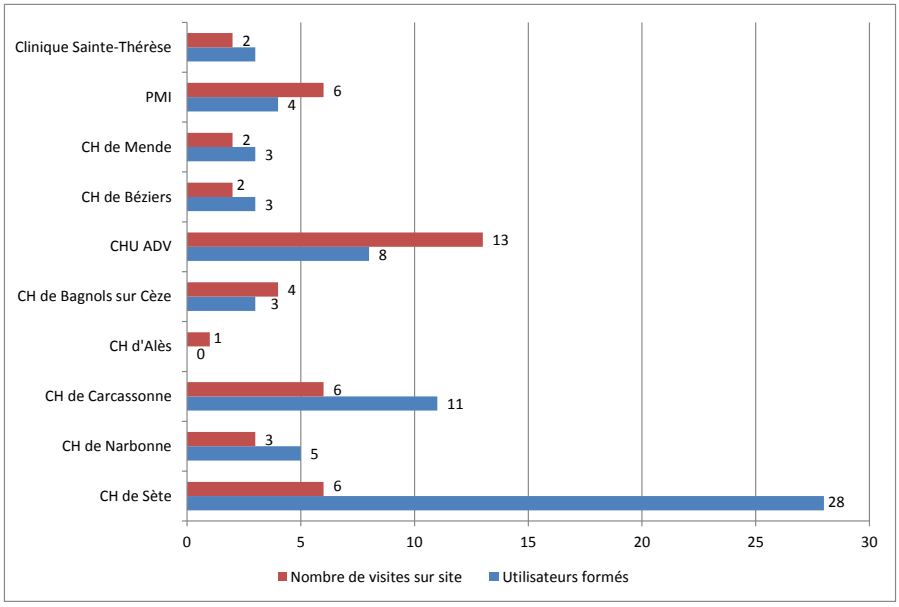
➢ **Formation de nouveaux professionnels à l'utilisation du DCPI**

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

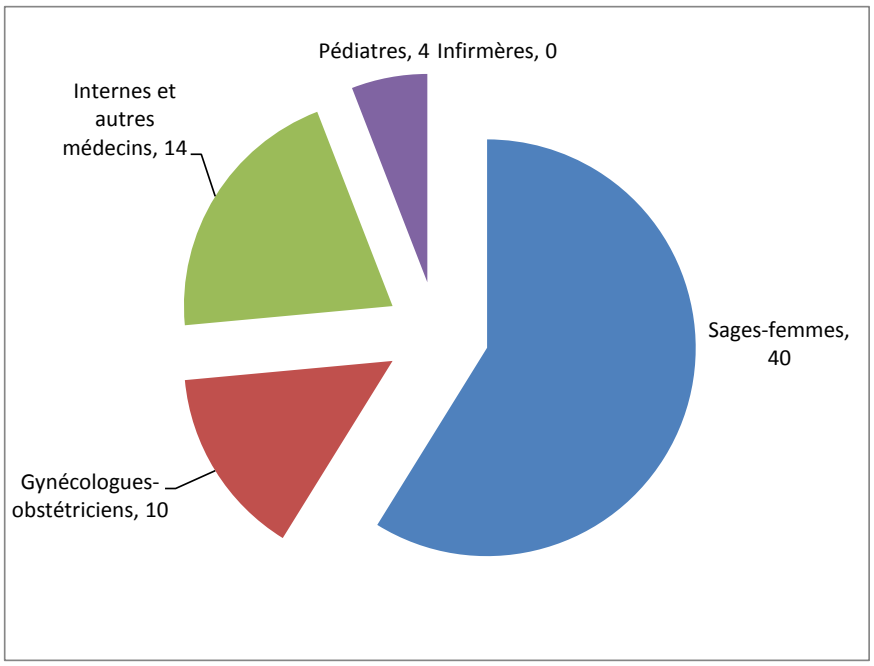
Les points les plus significatifs sont repris ci-après :

- au total, comme l'illustre les graphiques ci-dessous, 68 personnes ont été formées par le sage-femme référent au cours de 45 visites sur site ;
- plus de la moitié des professionnels formés sont des sages-femmes, 20 % sont des internes et autres médecins et 15 % sont des gynécologues-obstétriciens ;
- le travail de formation le plus important a eu lieu au CH de Sète où le dossier a été implanté l'année passée avec la formation de 28 professionnels dont 14 sages-femmes et 5 gynécologues ;
- pour les établissements qui utilisent le DCPI en routine depuis plusieurs années ainsi que les libéraux qui l'utilisent également au quotidien, le soutien se fait essentiellement par mail et par téléphone. Cela représente en moyenne 5 contacts tous les jours. Ce soutien se fait sous la forme de conseils de remplissage et d'utilisation, de fusions de dossiers doublons, corrections et fusions d'identités.

Graphique 7 : Visites et nombre d'utilisateurs formés par site en 2013



Graphique 8 : Nombre d'utilisateurs formés par professions en 2013



IV.1.d. Evaluation des résultats

➢ **Déploiement du DCPI**

En 2013, 10 établissements utilisent totalement ou partiellement le DCPI (8 publics, 2 privés) et les services de PMI qui sont proches d'établissements utilisateurs.

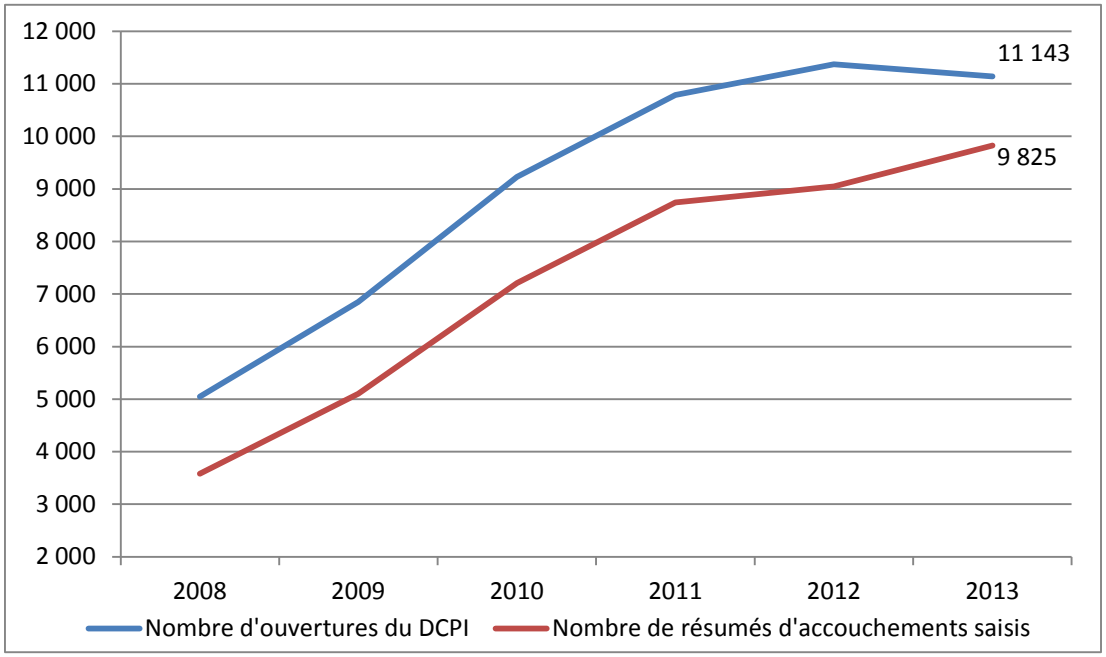
Tableau 15 : Etablissements où le DCPI est implanté

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

Les indicateurs de déploiement du DCPI sont presque tous à la hausse en 2013 :

- Le nombre de consultations saisies a augmenté de 3 % par rapport à 2012,
- Le nombre de résumés d'accouchements saisis a augmenté de 9 %,
- Le nombre d'ouvertures de dossier a légèrement baissé de 2 %.

Graphique 9 : Déploiement du DCPI 2008 - 2013



Au total ont été saisis dans le DCPI en 2013 :

- Environ un tiers des accouchements de la région ;
- Environ 90 % des accouchements survenus dans les établissements où le DCPI est implanté.

IV.1.e. Conclusions et perspectives 2014

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

La principale avancée de l'année 2013 renvoie à la mise en service de la version 2 du DCPI qui ouvre la voie à son implantation dans les derniers établissements publics qui ne l'utilisent pas encore. La nouvelle version doit également permettre la création d'un serveur de statistiques accessible aux établissements ainsi qu'au réseau et alimentant le tableau de bord des maternités développé par le réseau avec le groupe des cadres de maternité de la région (Cf. p70).

L'année 2014 sera marquée par la réalisation d'un audit du DCPI par le GCS e-santé. Cet audit pourrait notamment déboucher sur le développement d'interfaces, en particulier avec les logiciels des professionnels libéraux, et relancer ainsi le déploiement du DCPI vers les établissements privés.

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

Tableau 16 : Synthèse de l'action Analyse rétrospective de dossiers de mortalité et de morbidité périnatale

Finalité de l'action	
L'analyse rétrospective de dossiers de mortalité et morbidité périnatale a pour principale finalité de tirer les leçons d'accidents périnatals pour éviter, autant que possible, qu'ils se reproduisent. A cette fin, la revue de dossiers doit donc contribuer à la formation des professionnels et à l'amélioration de la qualité des soins.	
Principales réalisations (indicateurs de suivi)	
Il s'agit principalement d'organiser des rencontres avec la venue d'un expert et de préparer les dossiers qui doivent être présentés. 3 revues de dossiers ont été organisées en 2013 chacune dans un département différent. La RMM du 19 novembre a été consacrée à la mortalité maternelle et a été l'occasion de présenter une partie des résultats de notre étude sur la morbidité et la mortalité maternelle dans la région.	
Nombre de RMM organisées	3
Nombre de dossiers présentés	11
Nombre de participations / de professionnels participants	173 / 154
Principaux résultats (indicateurs d'évaluation)	
Appréciation générale des participants (Très satisfaisant / Satisfaisant)	22ème RMM : 20 % / 50 % 23ème RMM : 40 % / 60 % 24ème RMM : 40 % / 60 %
La RMM du 19 novembre sur la mortalité maternelle organisée à Perpignan a connu un succès notable (76 participants) et a permis d'identifier des points d'amélioration importants notamment sur la disponibilité de certains produits de santé dans les établissements et les véhicules du SAMU.	
Principales perspectives pour 2014	
○ Organisation d'une RMM par trimestre ○ Rédaction de comptes-rendus des RMM ○ Réflexion sur les actions d'amélioration à mettre en place et à suivre suite aux conclusions d'une RMM	

IV.2.a. Contexte et historique

Le cahier des charges national des réseaux de périnatalité[7] fixe à ces réseaux l'objectif « d'améliorer la sécurité et la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés ». Aussi, si l'analyse rétrospective de dossiers de mortalité et morbidité périnatales ne fait pas partie des missions des réseaux de périnatalité telles que définies dans ce cahier des charges, elle contribue à l'atteinte de

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

cet objectif et est intégrée dans la convention 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 ».

IV.2.b. Finalité

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

Les RMM s'inscrivent également en complémentarité avec les autres actions du réseau, elles peuvent permettre notamment :

1. d'identifier des besoins de formation ou de mise à jour des référentiels,
2. de présenter et d'approfondir le résultat d'études menées par le réseau.

IV.2.c. Méthodologie et réalisations

- **Méthodologie**

<u>Standards méthodologiques des revues de mortalité et de morbidité</u>

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 définis dans le guide de l'HAS pour les établissements. On notera en particulier que la participation aux revues de dossiers est ouverte à l'ensemble des professionnels de la région et non pas aux « professionnels qui travaillent habituellement ensemble au quotidien et qui contribuent à la prise en charge d'un même patient » (Guide HAS p.13). Par ailleurs, les actions d'amélioration initiées par le réseau à l'issue d'une revue de dossier doivent avoir une portée régionale (et non pas au niveau d'un seul établissement) et renvoient donc à l'élaboration de protocoles et à la mise en place d'actions régionales (Cf. IV.3 ci-après). 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.

<u>Modalité de recueil, de sélection et de présentation des cas</u>

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

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

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

Afin de faire profiter tous les professionnels de la région des bénéfices de ces rencontres, il a été décidé d'organiser depuis 2009 des réunions dans l'ensemble de la région.

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

La diversité des dossiers présentés ainsi que la régularité de ces présentations en font la richesse, aussi bien pour les professionnels qui présentent la situation que pour ceux qui assistent à cette présentation. 11 dossiers ont été présentés lors de ces 3 analyses rétrospectives avec une grande diversité de professions, d'établissements et d'origines géographiques des présentateurs.

Tableau 17 : Dossiers présentés au cours de RMM organisées en 2013

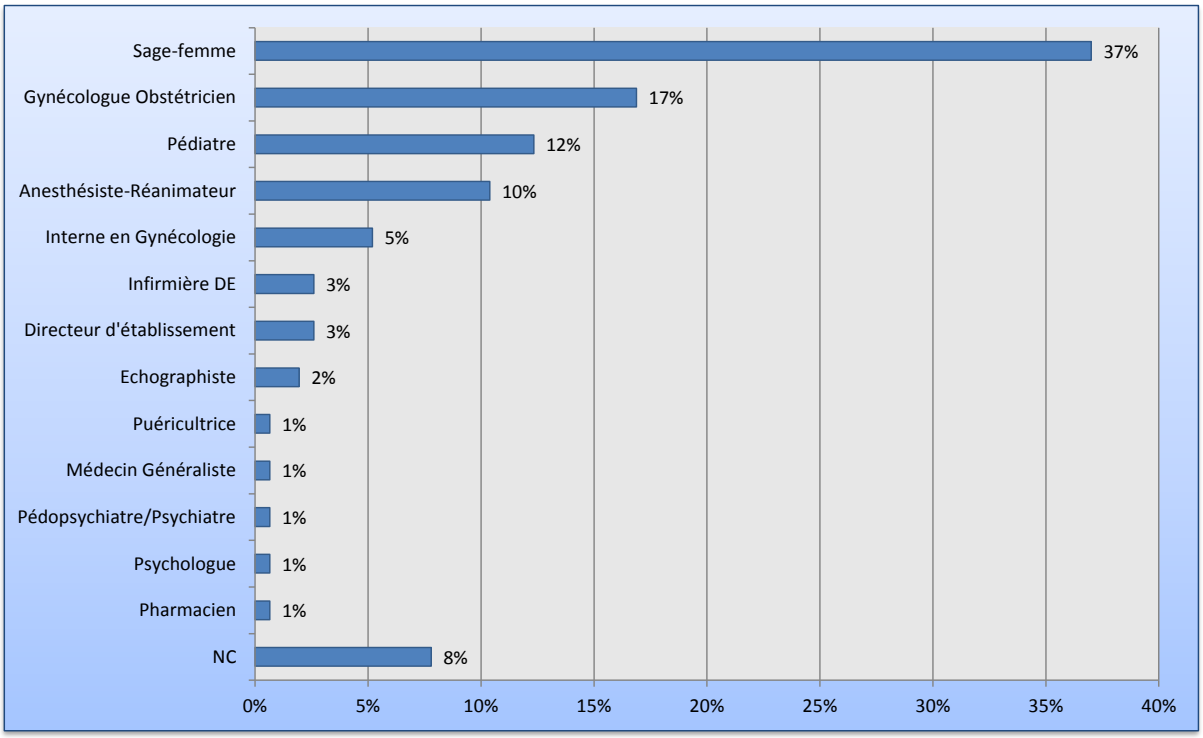
22ème RMM, 4 juin 2013, Maison des professions libérales, Montpellier. Expert : Dr. Florence Bretelle, Gynécologue-obstétricien CHU Marseille	
Hémorragie de la délivrance et Fibrinogène	Anesthésiste St Roch Montpellier
Hématome intra cérébral à 37 SA	Service maternité CH Perpignan
Hémorragie de la délivrance	Service maternité CHU Marseille
23ème RMM, 17 septembre 2013, Faculté de médecine de Nîmes. Expert : Pr. Olivier Claris, Pédiatre CHU Lyon Sud	
Hypocalcémie tardive	Service Néonat CHU de Nîmes
Délétion 22q11 + hydramnios : suivi échographique	Echographiste libéral Montpellier
Grossesse non diagnostiquée sur femme soi-disant ménopausée : décès de l'enfant	Service maternité CH Perpignan
2 Cas de Septicémie à staphyloccocus Capitis	Service Néo Nat CHU de Nîmes
Atrésie des voies biliaires : petit ictère/ grosses conséquences	Service Néonat CHU Montpellier
24ème RMM, 19 novembre 2013, CH de Perpignan. Expert : Dr Marie-Pierre BONNET anesthésiste réanimateur Port Royal Paris	
Décès sur éclampsie sévère géographiquement éloignée à 36 SA +2j	SAMU 66 / Service maternité CH Perpignan
Décès par hémorragie sur Hellp syndrome	Service Maternité CHU Montpellier
Décès sur grippe H1N1	Service Maternité CH Alès/CHU Marseille

- **La participation aux analyses rétrospectives**

Date	Lieu	Participation
4 juin 2013	Montpellier, Maison des professions libérales	40
17 septembre	Nîmes, Faculté de Médecine	57
19 Novembre	Perpignan, Centre Hospitalier	76
	Total Participation	**173**
	Total Participants	**154**

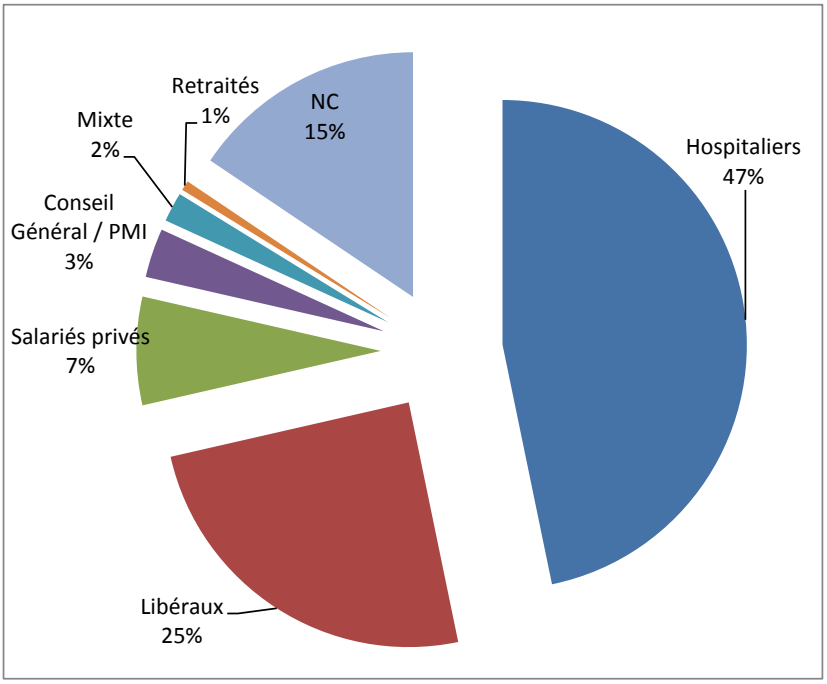
La participation des professionnels aux revues de dossier est gratuite. En 2013, le nombre de participations s'élève à 173 et on décompte 154 participants aux 3 RMM. Les participants sont principalement des sages-femmes (37 %), des gynécologues-obstétriciens (17 %), des Pédiatres (12 %) et des anesthésistes-réanimateurs (10 %). 47 % des participants exercent à l'hôpital, 7 % en établissement privé et 25 % en libéral.

Graphique 10 : Professions des participants aux RMM organisés en 2013



Les participants aux revues de dossiers exercent principalement dans l'Aude et les PO (34 %) ce qui est logique dans la mesure où la RMM consacrée à la mortalité maternelle qui s'est déroulée à Perpignan a réuni le plus de participants. C'est un changement important par rapport à 2012 quand seulement 7 % des participants provenaient de ces départements. A l'inverse, la proportion de participants exerçant dans le Gard est passée de 49 % en 2012 à 23 % et pour ceux exerçant dans l'Hérault elle est passée de 31 % à 21 %. Cette évolution traduit les effots du réseau pour assurer une certaine équité territoriale en organisant les RMM alternativement dans chacun des départements de la région.

Graphique 11 : Mode d'exercice des participants RMM organisées en 2013



IV.2.d. Evaluation des résultats

➢ **Appréciation des professionnels**

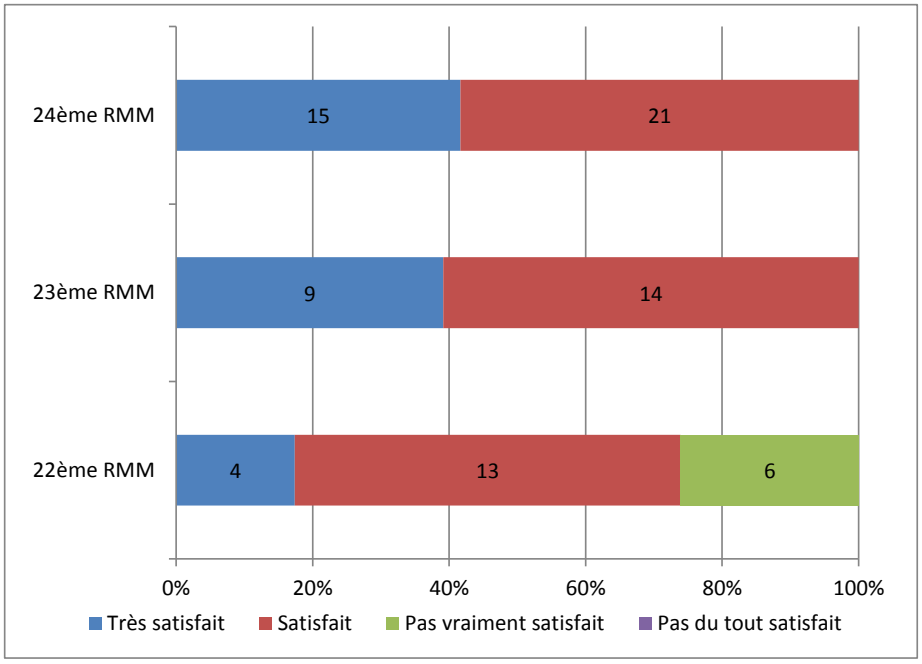
Une évaluation de la satisfaction des participants a été réalisée pour chacune de ces revues de dossiers par le biais d'enquêtes en ligne envoyées aux participants dans les 5 jours suivants la RMM. 49 % des participants ont répondu à ces questionnaires, ce taux est similaire à celui de l'an passé obtenu avec des questionnaires papiers.

Tableau 18 : Taux de réponse aux enquêtes de satisfaction pour chaque RMM

	Nombre de participants	Nombre de réponse	% de réponse
22ème Analyse Rétrospective de dossiers	40	24	60%
23ème Analyse Rétrospective de dossiers	57	24	42%
24ème Analyse Rétrospective de dossiers	76	36	47%
Total	**173**	**84**	**49%**

Les réponses aux questionnaires témoignent d'un niveau global de satisfaction relativement élevé de la part des répondants : 100% se disent satisfaits des 23ème et 24ème RMM, dont 40 % sont très satisfaits. La 22ème RMM présente un taux de satisfaction nettement moindre avec seulement un peu plus de 70 % de répondants satisfaits dont moins de 20 % de très satisfaits. Cette moindre satisfaction, que l'on retrouve dans les différents items, peut s'expliquer par le fait que seuls 2 dossiers régionaux ont été présentés suite au désistement de plusieurs personnes s'étant engagées à présenter des cas. Ce constat illustre la difficulté de mobiliser des professionnels pour présenter des dossiers.

Graphique 12 : RMM 2013 - Satisfaction globale

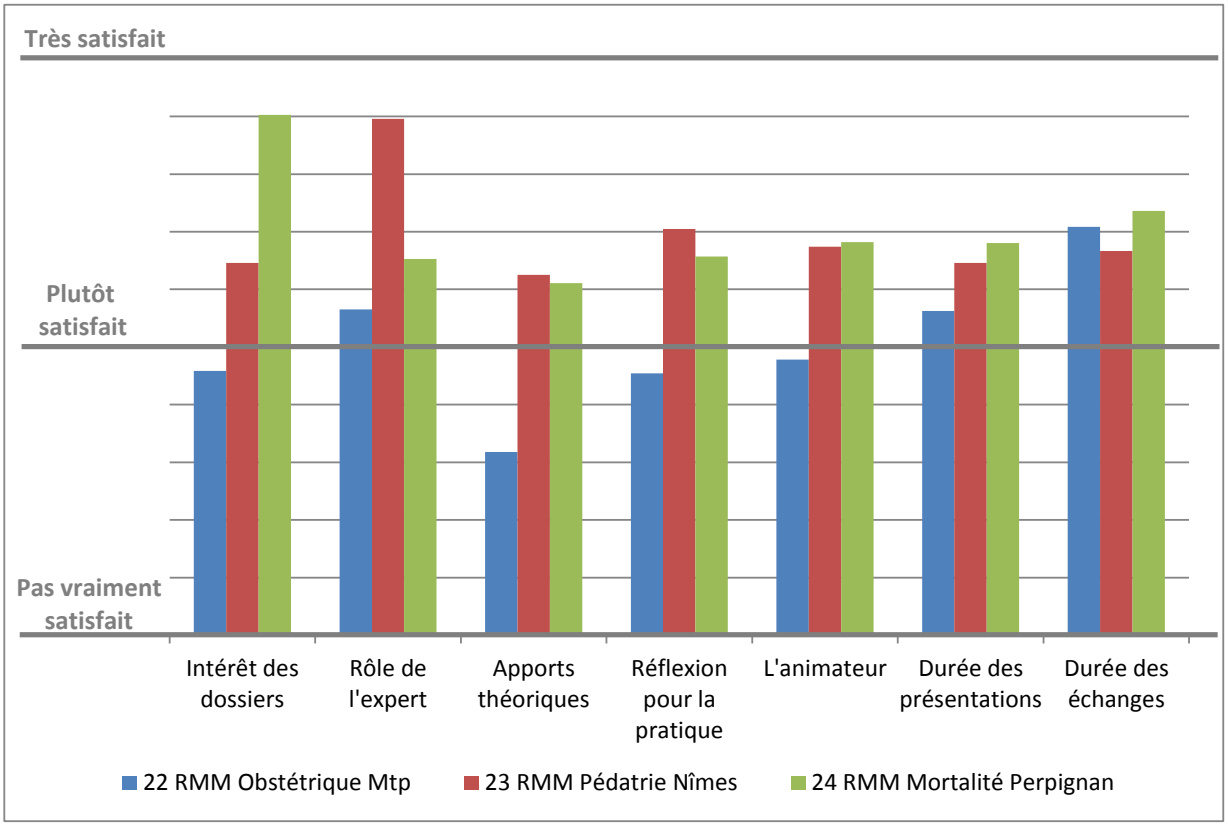


Concernant le contenu, les 23ème et 24ème RMM présente des indices de satisfaction élevés et similaires pour presque tous les items. Toutefois, elles présentent chacune un point fort particulier pour lequel les répondants se disent presque tous très satisfait :

1. Pour la 23ème RMM, consacrée à une thématique pédiatrique, les répondants ont particulièrement apprécié la qualité de l'expert invité,
2. Pour la 24ème RMM, les répondants ont souligné l'intérêt des dossiers présentés. L'analyse de cas de morbidité maternelle s'avère donc particulièrement pertinente au regard des attentes des professionnels. Le caractère particulièrement sensible de ces cas est source d'une réflexion féconde et, comme le souligne l'un des répondants, témoigne du courage et de la maturité des professionnels qui acceptent de présenter ces dossiers.

Comme mentionné ci-dessus, la 22ème RMM présente des indices de satisfaction nettement moins élevés sauf pour l'appréciation de la durée des échanges. Probablement parce que le désistement de certaines personne a laissé plus de temps pour la discussion. Enfin, pour cette RMM, l'un des participants mentionne dans ces commentaires le caractère très improbable, et donc peu pertinent, de certains cas présentés (hématome intracérébral) tout en soulignant qu'« il y a des situations nettement plus fréquentes quoique rares dont le partage me parait plus instructif ».

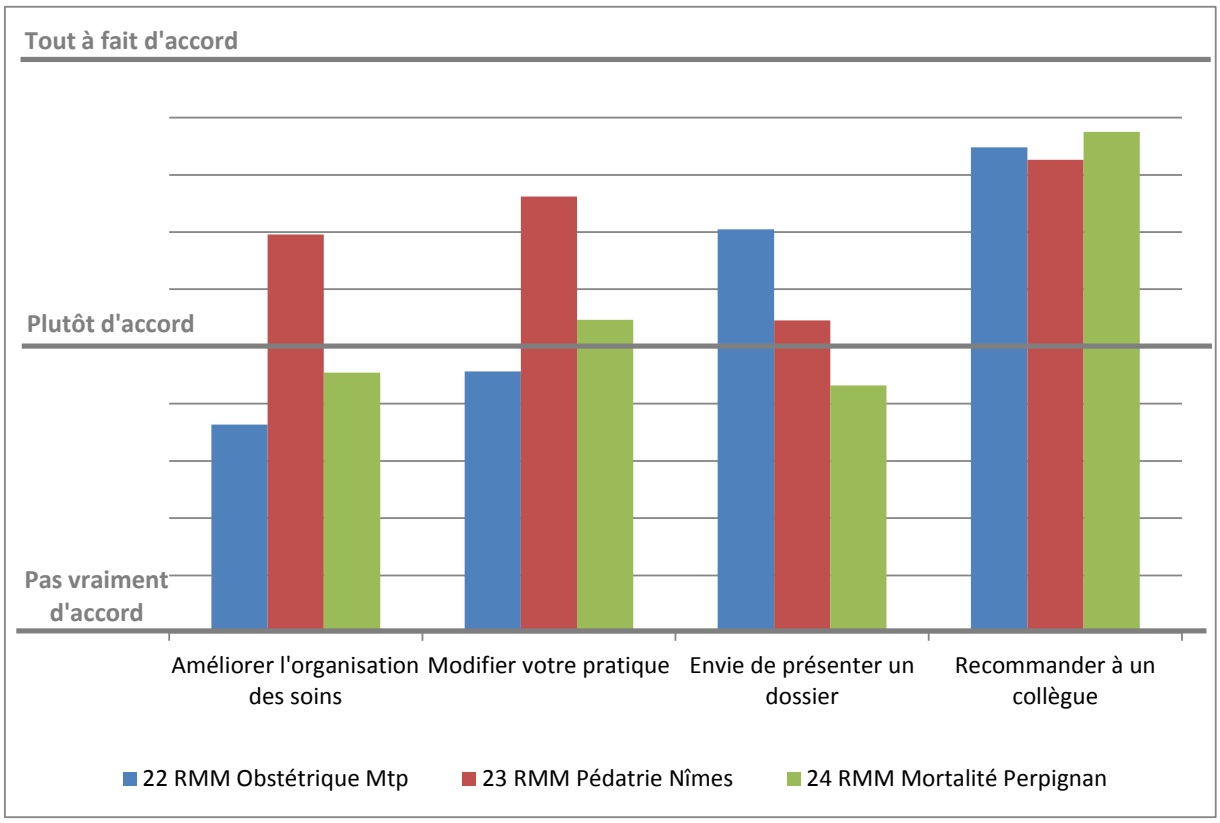
Graphique 13 : Contenu des RMM



En ce qui concerne les retombées potentielles de ces RMM, on observe globalement qu'elles concernent d'avantage les changements de pratiques que l'organisation des soins. Sur ce point, la 23ème RMM consacrée à la pédiatrie se distingue des autres, avec une forte proportion de participants estiment qu'elle aura des retombés sur la pratique et l'organisation des soins. Pour la 24ème RMM consacrée à la mortalité maternelle un répondant signale également que : « La RMM a fini de convaincre la pharmacienne de l'établissement de la place du Novoseven dans la prise en charge des hémorragies de la délivrance ».

La 22ème RMM, malgré un niveau de satisfaction relativement faible, enregistre la plus forte proportion de répondants qui affirment avoir envie de présenter un dossier. La RMM consacrée à la mortalité maternelle est dans la position inverse, probablement du fait du caractère sensible des cas qui n'invite pas les participants à se projeter en position de présenter de tels dossiers. Enfin, les RMM présentent des indices d'attractivité très proches et relativement élevés puisque presque tous les répondants se disent tout à fait d'accord pour recommander à un collègue de participer aux RMM du réseau.

Graphique 14 : Retombées des RMM



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

Tableau 19 : Recommandations issues des RMM

Recommandations 2012	Etat d'avancement
Pré éclampsie sévère	Journée du réseau sur cette thématique 31 janvier 2014
Indications et terme des césariennes programmées	EPP régionale en cours 2013/2014
Formation surveillance du travail	Atelier lors de la journée de Printemps 2014
Mise à jour du référentiel VIH	En cours de révision par les pédiatres
Mise à jour du référentiel d'indication de l'antibioprophylaxie pour streptoccoque B	Révisé / Validation en cours
Recommandations issues des RMM 2013	
22ème RMM, thématique obstétricale HPP et fibrinogène : quand l'utiliser ? Revoir recommandations et protocole régional sur HPP?	

23ème RMM, thématique pédiatrique :

Staphyloccocus capitis germe méconnu

Etiologie des ictères

24ème RMM, thématique anesthésique :

Discussion sur la prise en charge en urgence d'un cas géographiquement éloigné

Discussion sur la dose de sulfate de Mg accessible en SMUR

Discussion sur la difficulté et le délai de l'embolisation

Discussion de l'heure d'administration du Novoseven

IV.2.e. Conclusions et perspectives 2014

- Le réseau programme d'organiser au moins 3 RMM avec une plus grande implication du comité scientifique dans la recherche et la sélection des dossiers à présenter.
- Réaliser un suivi des recommandations issues des RMM.
- Le réseau répondra favorablement à toute demande des maternités publiques ou privées qui souhaiteraient mettre en place ce type de démarche dans leur établissement.
- Des réunions délocalisées seront organisées comme pour permettre au plus grand nombre de professionnels de participer à ces analyses rétrospectives.

IV.3. Les Journées du Réseau

IV.3.a. Synthèse

Finalité de l'action	
La finalité de ces journées est d'informer et d'actualiser les connaissances des professionnelles de la périnatalité à propos des nouvelles réglementations, recommandations et méthodes qui influent sur leurs pratiques.	
Principales réalisations (indicateurs de suivi)	
Il s'agit principalement d'organiser 2 rencontres par an avec la venue d'un ou plusieurs experts et de mobiliser des professionnels de la région pour qu'ils interviennent lors de ces journées.	
Nombre de professionnels participants	204
Principaux résultats (indicateurs d'évaluation)	
Appréciation générale des participants (Très satisfaisant / Satisfaisant)	Journée d'hiver : 46 % / 49 % Journée de printemps : 54 % / 40 %
Acquisition / Actualisation des connaissances (Tout à fait / Plutôt d'accord)	Journée d'hiver : 68 % / 30 % Journée de printemps : 71 % / 29 %
Principales perspectives pour 2014	
• Organisation de 2 journées	

IV.3.b. Contexte et historique

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

IV.3.c. Finalité

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

IV.3.d. Méthodologie et réalisations

- **Elaboration du programme des journées**

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

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

2 « Journées » ont été organisées en 2013.

- La Journée d'hiver du réseau qui s'est tenue le 25 janvier 2013 à Palavas-les-Flots.
- La Journée de printemps du réseau qui s'est tenue le 20 juin 2013 à Palavas-les-Flots

➢ **Participation aux deux journées**

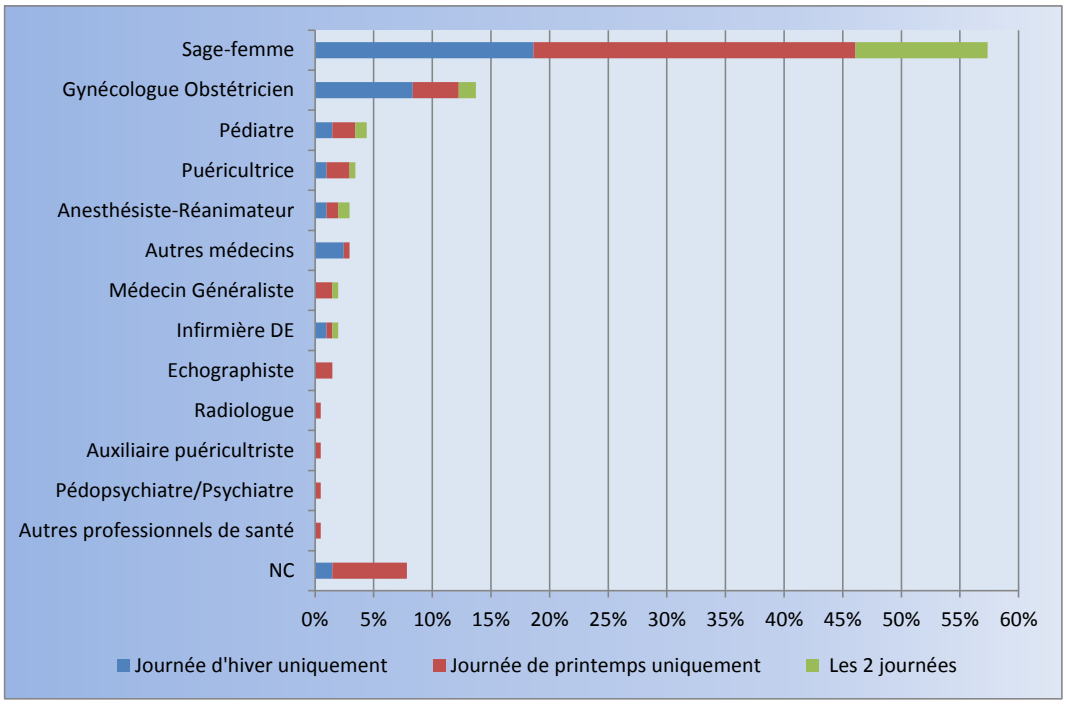
Au total 204 professionnels ont participé à au moins une des deux journées et 33 professionnels ont participés aux deux. La participation est relativement équilibrée entre les deux journées.

Tableau 20 : Nombre de participants aux Journées du réseau en 2013

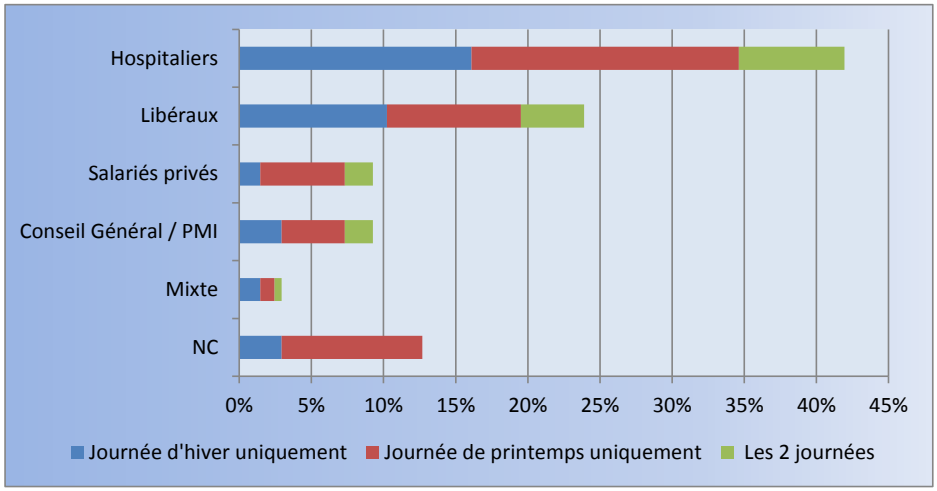
Participation	Nombre de professionnels
Participation à la journée d'hiver 2013	105
Participation à la journée de printemps 2013	132
Nombre de professionnels ayant participé aux deux journées	*33*
Nombre total de professionnels mobilisés	**204**

Plus de la moitié des participants sont des sages-femmes (57 %) et 14 % des participants sont des gynécologues-obstétriciens. Pour les deux journées la proportion de pédiatres est plus faible que les années précédentes avec 5 % des participants contre 10 % en 2012, probablement du fait de la place relativement limitée des thèmes pédiatriques dans le programme. De même, la proportion de gynécologues-obstétricien était plus importante lors de la journée d'hiver que lors de la journée de printemps, probablement en raison du thème de la journée consacré à la physiologie en périnatalité. 24 % des participants exercent en libéral, 9 % sont des salariés du privé et 42 % exercent à l'hôpital. Enfin, près de la moitié d'entre eux exerce dans l'Hérault (45 %) et 18 % exercent dans le Gard.

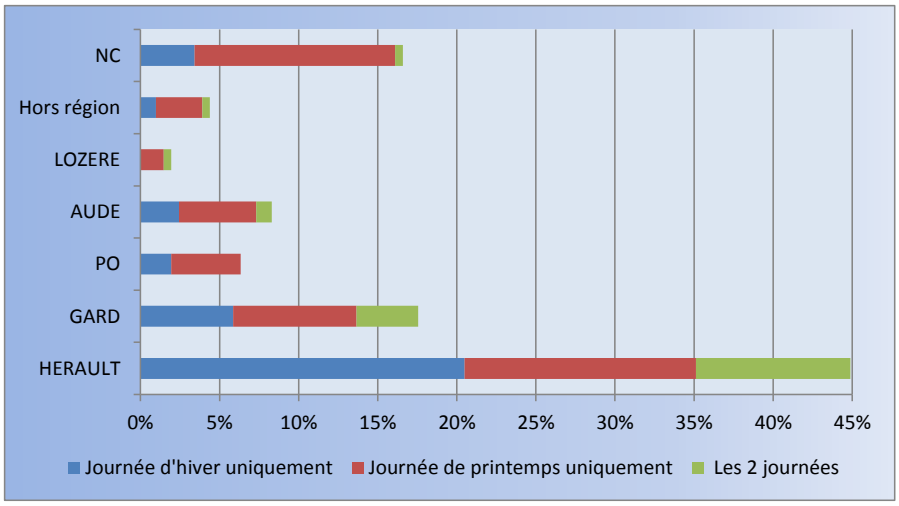
Graphique 15 : Professions des participants aux journées du réseau



Graphique 16 : Modes d'exercice des participants aux journées



Graphique 17 : Départements d'exercice des participants aux journées



IV.3.e. Evaluation des résultats

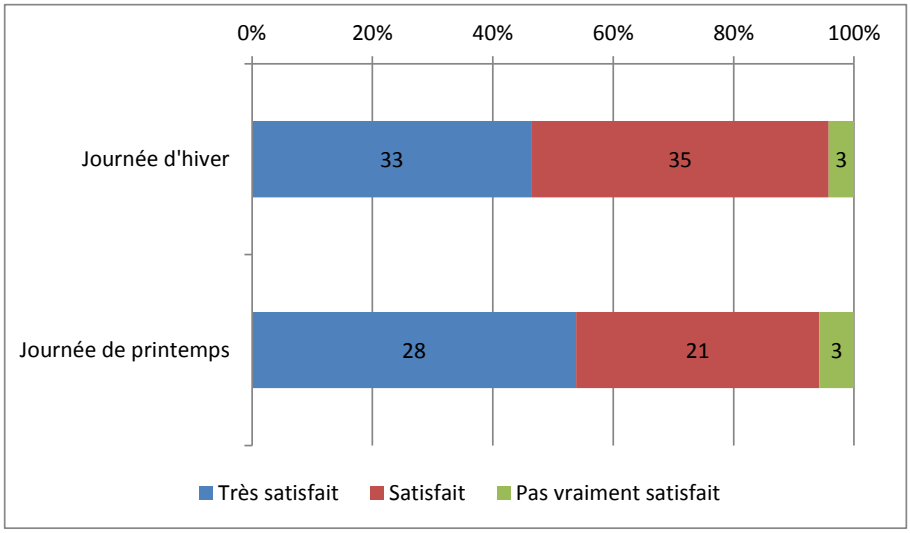
Le réseau NLR a procédé à l'évaluation de ces deux journées sur la base d'un questionnaire en ligne envoyé à tous les participants pour lesquels le réseau dispose d'une adresse email. Au total sur 237 participations aux deux journées, le réseau dispose de 128 réponses aux questionnaires de satisfaction soit un taux de réponse de 54 %.

Tableau 21 : Taux de réponse aux enquêtes de satisfaction pour chaque Journée

	Nombre de participants	Nombre de réponse	% de réponse
Journée d'hiver 2013	105	73	70 %
Journée de printemps 2013	132	55	42 %
Total	**237**	**128**	54 %

Les réponses aux questionnaires témoignent d'un niveau global de satisfaction élevé de la part des participants avec plus de 90 % des répondants satisfaits et près d'un répondant sur deux se dit très satisfait. Enfin, la journée de printemps dont la plénière était essentiellement consacrée à la physiologie en périnatalité, présente un taux de très satisfait supérieur à la journée d'hiver dont la plénière était principalement consacrée aux menaces d'accouchements prématurés (cf. Graphique 18 : Journées du réseau - Satisfaction globale).

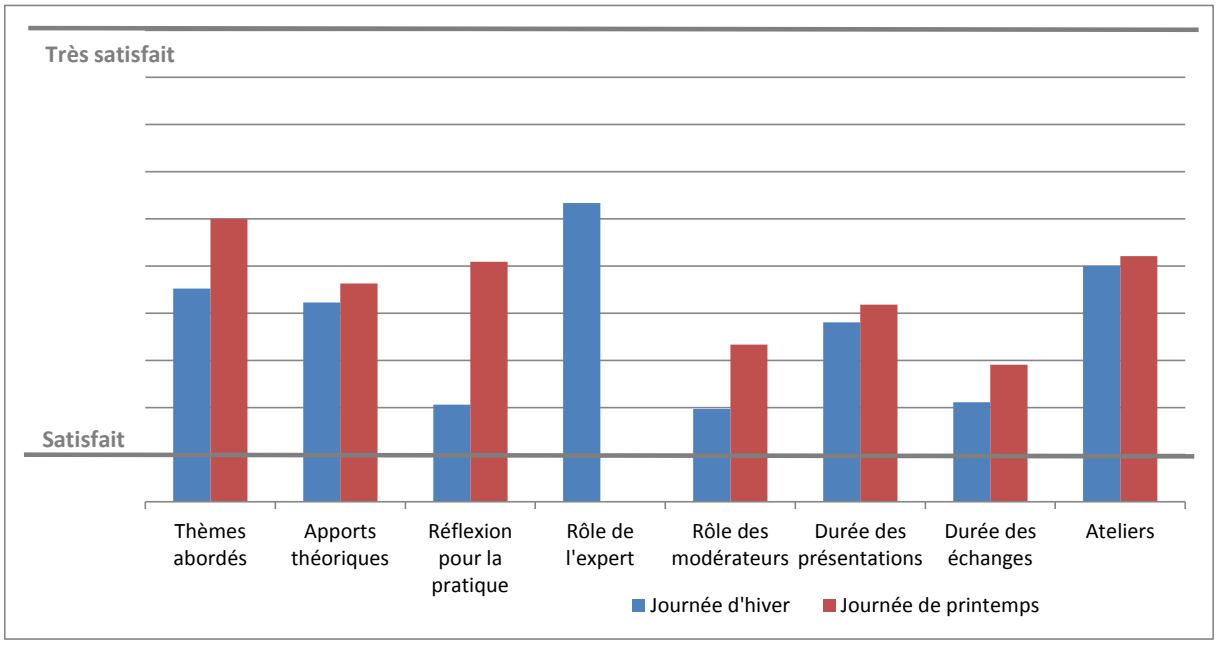
Graphique 18 : Journées du réseau - Satisfaction globale



L'analyse des composantes de la satisfaction pour ces deux journées (cf. Graphique 19) montre que :

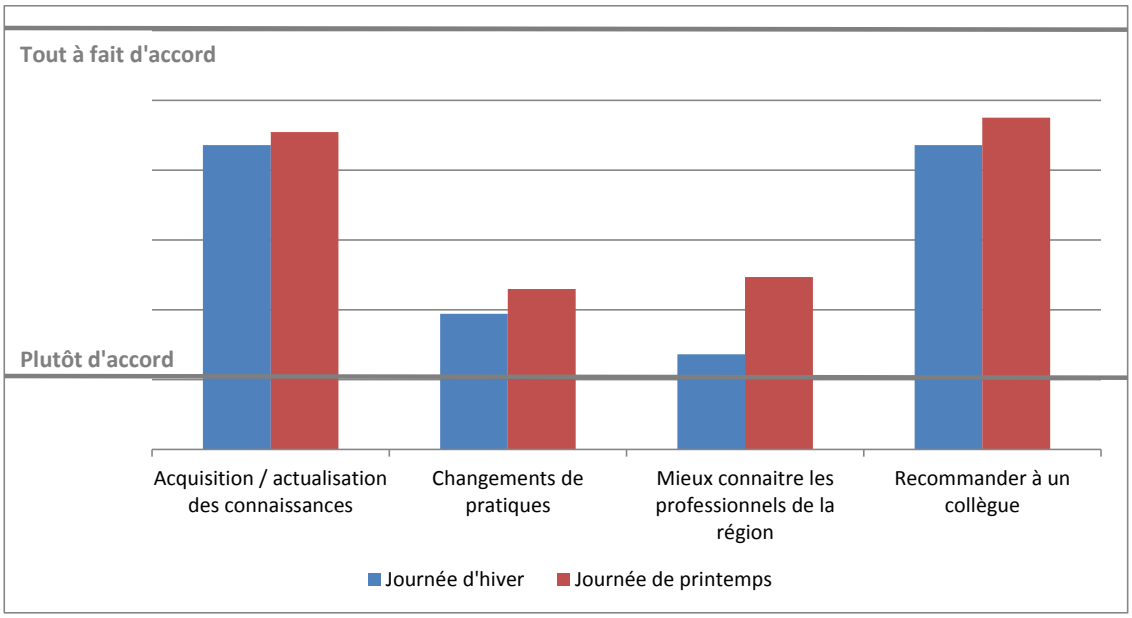
1. La journée de printemps présente une satisfaction plus élevée sur les items 'thèmes abordés' et 'réflexion sur la pratique'. Ce constat démontre l'intérêt des professionnels pour les questions liées à la physiologie en périnatalité mais doit également être mis en perspective avec la surreprésentation des sages-femmes parmi les participants à cette journée,
2. La qualité de l'expert invité à la journée d'hiver, Denis Gallot, gynécologue-obstétricien au CHU de Clermont-Ferrand, a été très appréciée par les participants,
3. Les items relatifs à l'animation de la plénière (Rôle des modérateurs, Durée des présentations et Durée des échanges) enregistrent les niveaux de satisfaction les plus faibles et sont appuyés par les commentaires de plusieurs répondants qui invitent à faire attention au respect des horaires et du temps d'échanges avec la salle,
4. Enfin les ateliers font partie des items les plus appréciés par les répondants qui en soulignent également l'intérêt pour la pratique dans leurs commentaires.

Graphique 19 : Journées du réseau – composantes de la satisfaction



Pour les répondants, l'intérêt de ce type de journée est principalement d'actualiser leurs connaissances et les deux journées présentent des appréciations semblables. L'idée qu'une telle journée va provoquer des changements de pratiques rencontre une approbation nettement moindre. Enfin, les journées sont toujours très attractives dans la mesure où une nette majorité de répondants est tout à fait d'accord pour recommander à un collègue d'y participer.

Graphique 20 : Retombées des journées du réseau



Près d'un répondant sur 2 affirme souhaiter approfondir certains thèmes abordés pendant ces journées. Les principaux thèmes cités sont :

a. La physiologie en périnatalité (Printemps)
b. La contraception (Printemps et Hiver)
c. Les hémorragies de la délivrance (Hiver)
d. Les menaces d'accouchement prématuré (Hiver)

IV.3.f. Conclusions et perspectives

Comme chaque année le réseau organisera 2 journées en 2014. Le comité scientifique tiendra compte des conclusions de l'évaluation. Le programme de chaque journée sera travaillé largement en amont par le comité scientifique du réseau de manière à obtenir l'agrément pour le développement personnel continu (DPC) et à informer les professionnels au plus tôt.

IV.5. Autres formations et actions de sensibilisation

En 2013, le réseau a mené 3 actions de formation ou de sensibilisation en plus de ses traditionnelles journées et RMM à savoir :

1. Une formation à l'entretien prénatal précoce (Février – Mars),
2. Un atelier consacré à la prise en charge chirurgicale des hémorragies de la délivrance (Octobre),
3. Une soirée de présentation des études Perastun (pré-éclampsie) et SAFE 21 (trisomie 21) menées dans la région (Septembre).

Enfin, le réseau a engagé une procédure d'agrément au titre du développement professionnel continu.

IV.5.a. Promotion de l'entretien prénatal précoce (ET1)

- **Objectifs de la formation**

L'entretien prénatal précoce est une thématique importante pour le réseau. En 2012, le réseau a ainsi participé à la réalisation de l'enquête menée au niveau national par la fédération des réseaux de santé périnatale (FFRSP) auprès des femmes en suite de couche. En Languedoc-Roussillon, toutes les maternités se sont impliquées dans cette étude et au total 182 femmes ont été interrogées. 47,8 % des femmes interrogées avaient bénéficié d'un entretien prénatal précoce, ce taux est supérieur à celui observé au niveau national qui s'élève à 40,6 %.

Dans le prolongement du travail engagé en 2012, le réseau a donc organisé une formation sur 3 jours les 24, 25 janvier et 15 février 2013 dans ces locaux avec pour objectifs pour les participants :

1. D'être capable d'adopter une position d'écoute active au cours d'un ET1,
2. De mieux structurer leurs entretiens,
3. D'améliorer le travail en réseau.

2 formatrices sont intervenues au cours de la formation : Elisabeth Demailly, psychologue et Gisèle Criballet, sage-femme coordinatrice générale du réseau périnatal.

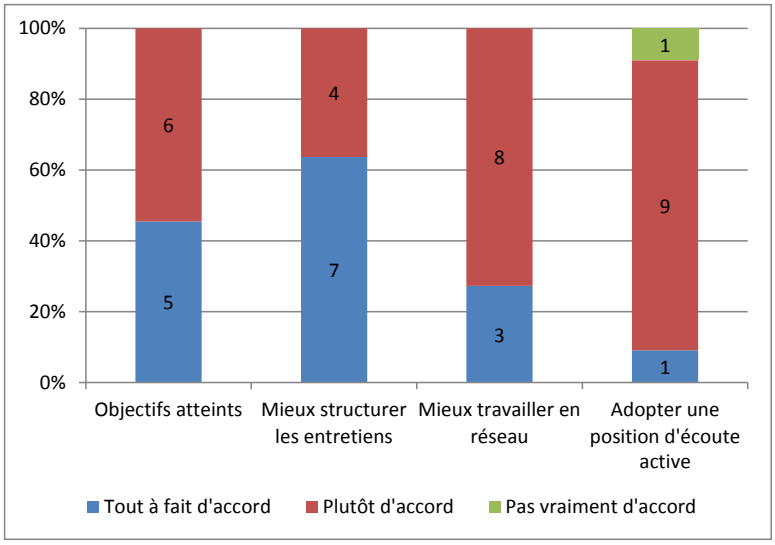
- **Participants à la formation**

11 sages-femmes ont participé à la formation dont 1 étudiante. Une majorité d'entre elles exerce dans l'Hérault (7) et à l'hôpital (6) mais tous les modes d'exercice et presque tous les départements sont représentés. Enfin, dans un souci de complémentarité avec notre projet sur les addictions, 2 sages-femmes également référentes périnatalité et addictions dans leur maternité ont participé (Cf. V.2 Périnatalités et addictions).

- **Evaluation de la formation**

Un questionnaire de satisfaction a été rempli par l'ensemble des participantes. Leurs réponses font ressortir des niveaux de satisfaction particulièrement élevés : pour tous les items toutes les participantes sont satisfaites. De même, deux tiers des participantes se sont dits très satisfaites par la formation dans son ensemble et pour la plupart des items. Les éléments qui ont recueilli les niveaux de satisfaction les plus élevés ont trait à l'enrichissement personnel, à la qualité des formateurs et aux temps de parole et d'échange.

Graphique 21 : Atteintes des objectifs de la formation ET1



D'après leurs réponses, toutes les participantes affirment avoir atteint leurs objectifs et près d'une participante sur deux est tout à fait d'accord avec cet item. L'objectif que les participantes considèrent avoir atteint le mieux concerne leurs progrès dans la structuration de l'entretien. Dans les commentaires, plusieurs participantes mentionnent à ce titre que la principale force de la formation tient à l'acquisition d'une méthodologie pour mener l'entretien (ex : « Je repars avec une démarche à suivre pour l'entretien »). Le deuxième objectif le mieux atteint concerne le travail en réseau et, dans leurs commentaires, les participantes soulignent l'intérêt du travail sur les transmissions qui a permis de clarifier « quoi transmettre à qui ». Enfin, l'atteinte de l'objectif relatif à la position d'écoute active est plus contrastée. Plusieurs participantes mentionnent cette méthode comme un point fort de la formation mais elle nécessite probablement un certain temps de mise en pratique lors d'entretiens réels pour pouvoir être pleinement maîtrisée. Près d'une participante sur deux suggère d'ailleurs que suite à cette formation des reprises de situations soient organisées après un certain temps de pratique pour analyser et améliorer leurs pratiques. Il n'a pas été possible d'organiser une telle séance de reprise de situation en 2013 du fait du manque de disponibilité des sages-femmes formées. Le réseau prévoit de l'organiser au premier semestre 2014.

IV.5.b. Soirée de présentation des études menées dans la région

En partenariat avec les CHU de Montpellier et Nîmes, le réseau périnatal a organisé une soirée de présentation de 2 études menées dans la région :

1. L'étude Perastun, sur le dépistage et la prévention de la pré-éclampsie :
    a. L'étude a été présentée par le Professeur Franck Perrotin, chef de service de Gynécologie Obstétrique au CHU de Tours,
    b. Les techniques de mesure des Doppler utérins au premier trimestre ont été présentées par Nicolas Friès, Echographiste à Montpellier.
2. L'étude SAFE 21 sur le dépistage de la trisomie 21 :
    a. Le bilan du dépistage de la T21 dans la région a été présenté par Marie-Pascale Le Gac, Gynécologue échographiste au CHU de Nîmes,
    b. Le dépistage non invasif de la trisomie 21 par prélèvement d'ADN fœtal sur sang maternel a été présenté par Geneviève Lefort et Sylvie Taviaux, généticiennes au CHU Arnaud de Villeneuve de Montpellier.

La soirée s'est déroulée le 3 septembre 2013 à l'Université Pierre-Mendès France à Montpellier. Elle s'adressait tout particulièrement aux échographistes et, pour la seconde partie, aux échographistes agréés par le réseau pour le dépistage de la trisomie 21 (Cf. IV.7).

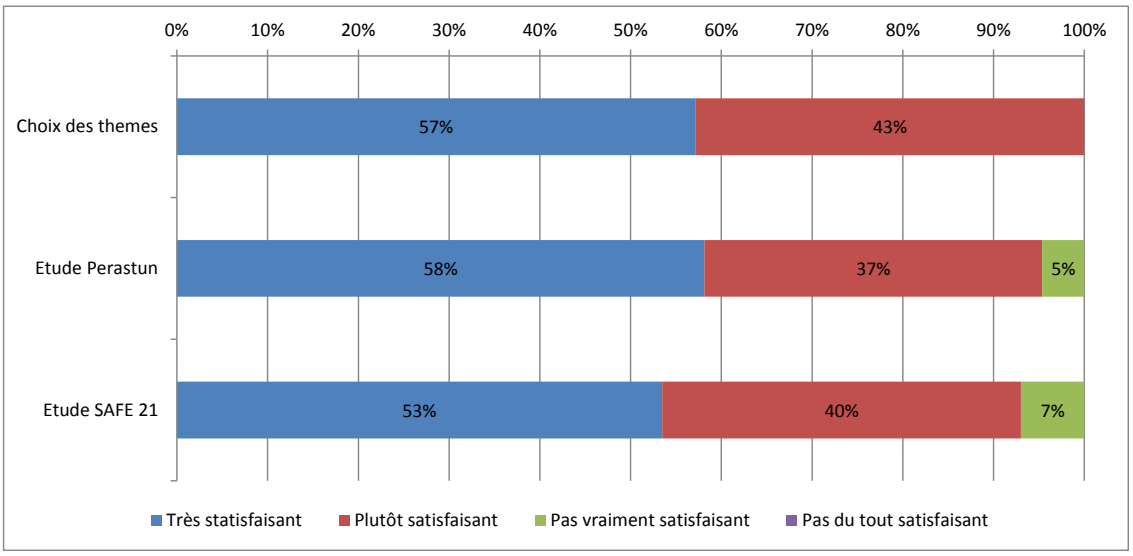
51 professionnels ont participé à la soirée dont :

1. 27 sont des échographistes agréés T21 par le réseau,
2. 26 exercent en libéral,
3. 25 sont des gynécologues-obstétriciens (dont 14 exercent en libéral),
4. La majorité exerce dans l'Hérault (25), le Gard(14) et hors région (6).

A la fin de la soirée, un questionnaire de satisfaction a été remis aux participants dont 44 ont répondu soit un taux de réponse de 86 %. Tous les répondants se sont dits satisfaits ou très satisfaits de la soirée dans son ensemble avec un taux de très satisfait de 36 %.

Sur les aspects pratiques les participants se sont montrés plus critiques sur l'accessibilité à l'université et sur la gestion du temps (heure de début et de fin et durée des présentations). Sur le contenu de la soirée, tous les répondants se sont dits satisfaits ou très satisfaits du choix des thèmes dont une proportion importante de très satisfaits (57 %). Ces taux de satisfaction sont relativement proches pour les deux études présentées.

Graphique 22 : Appréciation du contenu de la soirée de présentation d'études régionales



Concernant les apports de la soirée, l'enquête de satisfaction fait ressortir que :

1. Tous les répondants ont affirmé que la soirée leur a permis d'acquérir ou d'actualiser leurs connaissances,
2. Presque tous les répondants considèrent que la soirée a renforcé leur intérêt pour les études régionales,
3. Seul un répondant ne recommanderait pas ce type de soirée à un collègue alors que plus des deux tiers des répondants se sont dit tout à fait d'accord avec cet item.

La soirée a donc rencontré un succès notable et le réseau périnatal envisage de renouveler régulièrement ce type d'évènement.

IV.5.c. Atelier de prise en charge chirurgicale des hémorragies de la délivrance

- **Objectifs et programme de la formation**

Le réseau a fait le constat de l'important succès des ateliers organisés lors des journées du réseau et de leur intérêt direct pour la pratique des professionnels notamment lorsqu'ils s'appuient sur des outils de simulation (Ateliers sur l'arrêt cardiaque maternel organisés lors de la journée de printemps 2012 et d'hiver 2013). Le réseau a donc décidé d'expérimenter l'organisation d'un tel atelier en dehors des journées du réseau. Le comité scientifique a retenu pour cet atelier la problématique de

la prise en charge chirurgicale des hémorragies de la délivrance. L'atelier était destiné en priorité à un public de gynécologues-obstétriciens exerçant dans des établissements de type I et qui, par conséquent, sont rarement confrontés à des situations nécessitant ce type de prise en charge. Enfin, pour renforcer la dimension pratique de l'atelier, un partenariat a été monté avec la faculté de médecine de Montpellier pour permettre aux participants de travailler sur pièce anatomique.

L'atelier s'est tenu le 11 octobre 2013 sur une demi-journée au Laboratoire d'anatomie de la Faculté de médecine avec pour programme :

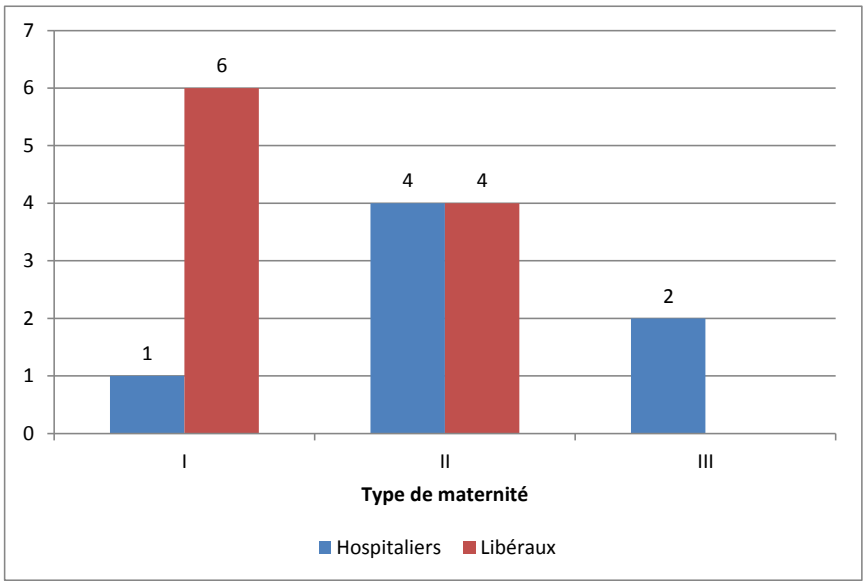
1. Deux présentations magistrales de 30 minutes chacune :
    a. Anatomie de l'artère iliaque interne par le Pr Guillaume Captier, chirurgien pédiatrique,
    b. La prise en charge chirurgicale de l'hémorragie de la délivrance par le Pr Pierre Boulot, gynécologue-obstétricien.
2. Un travail pratique de 2 heures 30 avec une dissection pelvienne sur cadavre.

Cet atelier avait donc un double objectif d'actualisation des connaissances anatomiques et d'amélioration de la pratique de prise en charge chirurgicale des hémorragies de la délivrance.

- **Participants à la formation**

17 gynécologues-obstétriciens ont participé à cet atelier dont une majorité exerce en libéral (10) et dans des établissements de type I (7) et II (8). Les participants étaient originaires de tous les départements de la région y compris l'Aude et la Lozère, le département de l'Hérault était toutefois très nettement surreprésenté (10 participants).

Graphique 23 : Lieu d'exercice des participants à l'atelier sur les hémorragies de la délivrance



- **Evaluation de la formation**

Pour évaluer cette formation le réseau a utilisé deux outils : un questionnaire de satisfaction classique et deux questionnaires pré-test et post-test pour évaluer l'acquisition de connaissances. Ce dernier outil a notamment été expérimenté dans la perspective d'une utilisation systématique liée aux exigences de l'agrément DPC.

Le questionnaire de satisfaction a reçu 13 réponses sur 17 participants. Il fait ressortir des niveaux de satisfaction globale particulièrement élevés, quel que soit le type de maternité dans lequel exerce les participants, et très proches de ceux observés sur les ateliers de simulation organisés lors des journées du réseau : tous les répondants sont satisfaits ou très satisfaits et près des deux tiers sont très satisfaits. Concernant le contenu de la formation, les niveaux de satisfaction sont également très élevés avec par ordre d'importance : la présentation théorique sur les HDD (10 très satisfaits), la

partie consacrée aux gestes pratiques (8 très satisfait) et la présentation théorique sur l'anatomie (7 très satisfait). Cette dernière partie a également été considérée comme la plus difficile par les participants (7). Le fait de travailler les gestes pratiques sur des cadavres a également été jugé difficile (4) mais seul un participant ne se dit pas prêt à renouveler l'expérience.

10 des répondants considèrent que cet atelier est de nature à les sécuriser dans leur pratique professionnelle, sur ce point, l'appréciation est nettement plus contrastée pour les professionnels exerçant dans une maternité de type 1 que pour les autres (5 tout à fait d'accord vs 3 pas vraiment d'accord). Par ailleurs seul un répondant considère que l'atelier n'a pas renforcé son intérêt pour l'anatomie chirurgicale. Enfin, seul 2 participants ont déclaré avoir mis en pratique cette formation à l'occasion de prises en charge réelles.

Pour la première fois, le réseau a souhaité évaluer les résultats de sa formation en termes d'acquisition de connaissances à partir de questionnaires pre-test (évaluation des connaissances avant la formation) et post-test (évaluation des connaissances après la formation). Chaque participant a ainsi répondu à ces deux questionnaires et la qualité de leurs réponses a été comparée de manière à mettre en évidence les progrès réalisés. Le tableau ci-dessous synthétise ces résultats et montre que tous les participants ont progressé (meilleurs résultats au post-test qu'au pre-test). Toutefois, les progrès sont plus nets sur les aspects relatifs à la prise en charge que sur les éléments d'anatomie. Ces résultats confirment le constat issu du questionnaire de satisfaction selon lequel la partie anatomie de la formation était relativement difficile d'accès. Le réseau travaillera donc à l'amélioration de cette dimension dans ces prochaines formations.

Tableau 22 : Résultats de l'atelier en termes d'acquisition des connaissances

Thème	Résultat de l'évaluation
Anatomie	11 participants ont progressé, 4 participants ont des résultats stables
Prise en charge	Tous les participants ont progressé
Ensemble de la formation	***Tous les participants ont progressé***

IV.5.d. Procédure d'agrément de développement professionnel continu

Afin de proposer aux professionnels des actions qui s'inscrivent dans le cadre de la réforme du développement professionnel continu (DPC) et de leur permettre ainsi de valoriser leur participation, le réseau a engagé une démarche d'agrément DPC en 2013. Il s'agit d'une procédure relativement complexe, en particulier pour les réseaux de santé périnatale qui s'adressent à un public pluridisciplinaire. En effet, chaque organisme doit soumettre un dossier qui est ensuite évalué pour chaque profession ciblée par un collège spécifique.

Le réseau a donc consacré beaucoup de temps à cette démarche d'agrément en 2013 : constitution du dossier en ligne, collecte des CV et déclarations d'intérêt des formateurs (concepteurs, experts, intervenants), etc. Le réseau a soumis une première fois son dossier au mois de juillet. Puis, suite à la publication de l'arrêté du 26 juillet, le dossier a dû être modifié et soumis à nouveau en septembre. En novembre et en décembre, l'organisme gestionnaire du DPC nous a demandé de compléter notre dossier. Le réseau a finalement été enregistré début janvier 2014, étape préalable à l'agrément définitif. Nous pouvons donc déposer des programmes d'action. Le réseau mettra en place les procédures d'agrément et de valorisation de la participation des professionnels au cours de l'année 2014.

IV.6. Elaboration et diffusion de référentiels de soins périnatals

Tableau 23 : Synthèse de l'action Elaboration et diffusion de référentiels de soins périnatals

Finalité de l'action	
L'élaboration, l'actualisation et la diffusion de référentiels de soins périnatals ont pour principale finalité le perfectionnement et l'harmonisation des pratiques de soins en contribuant au développement des connaissances et des compétences des professionnels.	
Principales réalisations (indicateurs de suivi)	
Une grande part du travail réalisé sur les référentiels est menée à distance par échange d'email et peut donc difficilement être quantifiée bien qu'elle constitue un engagement important de la part des professionnels qui y participent.	
Nombre de réunions organisées	7
Principaux résultats (indicateurs d'évaluation)	
Nombre annuel de visiteurs sur les pages référentiels du site internet	6 102
Principales perspectives pour 2014	
○ Diffusion des protocoles d'obstétrique. ○ Finalisation et diffusion des protocoles en addictions et périnatalité et en psychopathologie et grossesse. ○ Identification des thématiques nécessitant la rédaction de nouveaux protocoles en anesthésie-réanimation à partir des données de l'étude sur la morbidité maternelle. ○ Veille sur les thématiques de l'échographie obstétricale, du suivi des grossesses à bas risques. ○ Evaluation de la diffusion et de l'appropriation des référentiels du réseau NGLR.	

IV.6.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 du réseau avec l'ARS établit parmi les objectifs du réseau « de poursuivre l'actualisation et la diffusion de référentiels dans les domaines de la périnatalité déjà élaborés en région » et de « veiller à l'augmentation de la participation des professionnels libéraux concernant l'élaboration et la diffusion des référentiels régionaux de soins périnatals dans un but d'appropriation ».

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

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

IV.6.b. Finalité

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

IV.6.c. Méthodologie et réalisations

- **Identification des problématiques**

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

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

- **Elaboration des protocoles**

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.

Tableau 24 : Vue d'ensemble de l'activité des groupes de travail en 2013

Thèmes	Révision ou Rédaction	Dates	Lieu	Nombre de participants
Addictions	Révision et rédaction	(Cf. chapitre dédié au projet régional périnatalité et addictions)		
Allaitement	Rédaction	(Cf. chapitre dédié au projet régional de promotion de l'allaitement maternel)		
Obstétrique	Révision et rédaction	18/03/2013	Saint-Gély du Fesc	2
		28/03/2013	Saint-Gély du Fesc	2
Chirurgie pédiatrique	Révision	Une réunion a été organisée mais n'a pu se tenir faute de participants		
Pédiatrie	Révision	Programmation annuelle	Coordonné par les pédiatres	
Psychopathologies et grossesse	Rédaction	25/03/2013	Saint-Gély du Fesc	3

Thèmes	Révision ou Rédaction	Dates	Lieu	Nombre de participants
		28/03/2013	Saint-Gély du Fesc	2
		05/04/2013	Saint-Gély du Fesc	2
Hépatites et grossesse	Rédaction	08/04/2013	Montpellier	2
		06/05/2013	Montpellier	7

Tableau 25 : Liste des référentiels rédigés et/ou révisés en 2013

Thématiques	Résumé
Les référentiels en obstétrique	Actualisés en 2010–2013, mise en ligne en 2014
Les référentiels addictions	Rédaction en 2009, actualisation en cours, mis en ligne des fiches techniques en avril 2012
Les référentiels en psychopathologie et grossesse	Rédaction et mise en ligne en 2009 Rédaction en cours
Les référentiels sur l'allaitement maternel	Rédaction en 2011-2013 et mise en ligne en 2013
Les référentiels en chirurgie pédiatrique	Rédaction en 2009/2010, mise en ligne en 2010, Rédaction nouveaux protocoles en cours
Les référentiels Hépatites et grossesse	Constitution du groupe en 2012, rédaction en 2012 – 2013, Finalisation en cours
Les référentiels en anesthésie-réanimation	Rédaction en 2006, mise en ligne en 2007, étude sur la morbidité maternelle en cours
Les référentiels en échographie obstétricale	Rédaction en 2006, mise en ligne en 2007, diffusion lors de la Journée régionale d'échographie en Février 2011, aucune activité depuis
Le référentiel pour le suivi des grossesses à bas risques	Rédaction en 2008, mise à jour en 2009, aucune activité depuis
Les référentiels en endocrinologie	Rédaction en 2009, mise en ligne en 2010, aucune activité depuis

- **Diffusion des protocoles**

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

IV.6.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, 6 102 visiteurs uniques se sont rendus sur au moins une page relative aux référentiels, soit une progression de 8% par rapport à 2012, et ont vu 7 337 pages, soit une augmentation de 10% par rapport à 2012. Toutefois, cette progression globale est uniquement liée aux consultations des référentiels allaitement, suite à la mise en ligne en 2013 de nouveaux documents (Cf. V.1 Promotion de l'allaitement maternel), et qui ont été multipliées par plus de 4 par rapport à 2012. Toutes les autres thématiques marquent une baisse de la fréquentation du site internet.

IV.6.e. Conclusions et perspectives 2014

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

IV.8. Organisation du dépistage de la trisomie 21

Tableau 26 : Synthèse de l'action Organisation du dépistage de la trisomie 21

Finalité de l'action	
Cette action vise à améliorer la qualité du dépistage de la trisomie 21 notamment *via* la mise en place d'un système d'assurance qualité pour la mesure de la clarté nucale.	
Principales réalisations (indicateurs de suivi)	
Délivrer/renouveler les numéros d'identifiants aux échographistes qui en font la demande et répondent aux critères. Réaliser le suivi des mesures échographiques et biologiques et transmettre à chaque échographiste ses propres mesures résumées	
Nombre de numéros d'identifiant délivrés en 2013	11
Nombre total de numéros d'identifiant délivrés depuis 2009	171
Principaux résultats (indicateurs d'évaluation)	
En l'état actuel des systèmes d'information, le réseau n'est pas en mesure de fournir des informations sur la valeur prédictive positive du test pour la trisomie 21 (proportion de femmes porteuses d'un fœtus atteint de trisomie 21 parmi l'ensemble des femmes considérées comme à risque) et le suivi des issues de grossesse y compris le taux de perdus de vue.	
Proportion de dépistage avec un risque supérieur à 1/250	3,1 %
Principales perspectives pour 2013	
○ Continuer à attribuer les numéros d'identifiant aux échographistes agréés. ○ Clarifier avec l'ARS le rôle du réseau dans le système d'assurance qualité du dépistage.	

IV.8.a. Contexte et historique

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

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

Textes de références

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

IV.8.b. Finalité

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

IV.8.c. Méthodologie et réalisations

Dès novembre 2009, le réseau périnatal NGLR a mis en œuvre 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 :

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

4. Le réseau s'est assuré des formations initiales des demandeurs.
5. Le réseau a établi un numéro identifiant pour chaque demandeur.
6. Pour les autres professionnels concourant au dépistage, une procédure d'adhésion a également été établie.

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

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

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

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

En 2012, le réseau a transmis à chaque échographiste agréé avant le 1er janvier 2012 les informations fourni par l'agence de biomédecine (ABM) le concernant (nombre de mesures, multiples de la médiane de CN, nombre de mesures de risque de T21 > 1/250). Une lettre explicative des informations transmises a été préparée avec le CDDPN de Nîmes (réunion du 22 Mai 2012) et accompagnait ces informations. Cette incitative a suscité d'importantes interrogations de la part des professionnels. En 2013, le réseau n'a pas eu le temps de reproduire cette initiative.

<u>2013 : Atelier et présentation de l'étude SAFE 21</u>

Cette année, le réseau a proposé deux actions visant directement les échographistes agréés :

1. Un atelier pratique a été organisés à l'occasion de la journée de Printemps intitulé : « Echographie dépistage T21 : mesure de la clarté nucale et de la longueur cranio-caudale ». L'atelier était animé par Marcel Bäumler et Marie-Pascale Le Gac, échographistes, et a réuni 5 participants.
2. Lors de la soirée de présentation des études régionales (Cf. IV.4

3. Autres formations et actions de sensibilisation), un temps a été consacré à la présentation de l'étude SAFE 21 sur le bilan du dépistage dans la région. 27 échographistes agréés étaient présents, soit 16% de l'ensemble des échographistes agréés par le réseau.

IV.8.d. Premiers résultats

➢ **Numéro d'identifiants délivrés**

40 numéros ont été attribués en 2009,

97 numéros ont été attribués en 2010,

17 numéros ont été attribués en 2011,

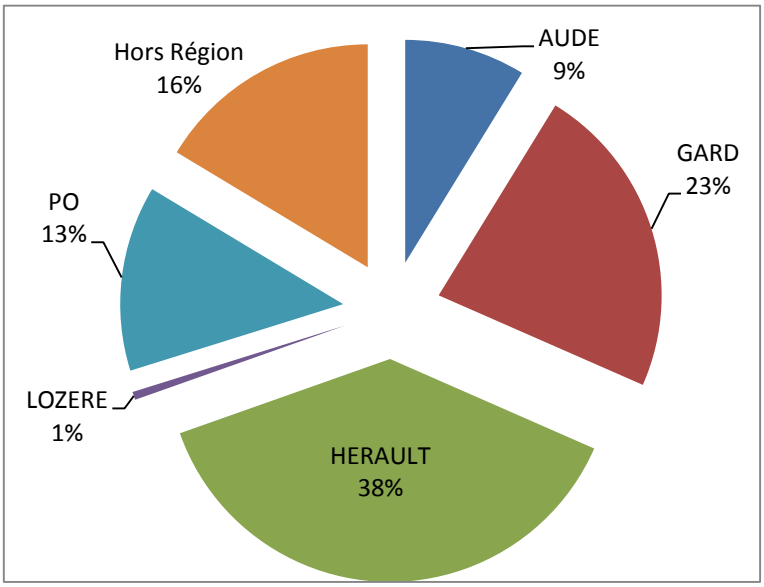
8 numéros ont été attribués en 2012,

11 numéros ont été attribués en 2013,

171 numéros identifiants sont attribués au 31 décembre 2013

- 1 demande a été suspendue en attente d'une attestation de diplôme.
- 2 échographistes ont été radiés pour déménagement.
- Quelques demandes sont en attente de l'attestation de validation de la démarche d'EPP, ou de l'obtention du DIU exigés par la loi.

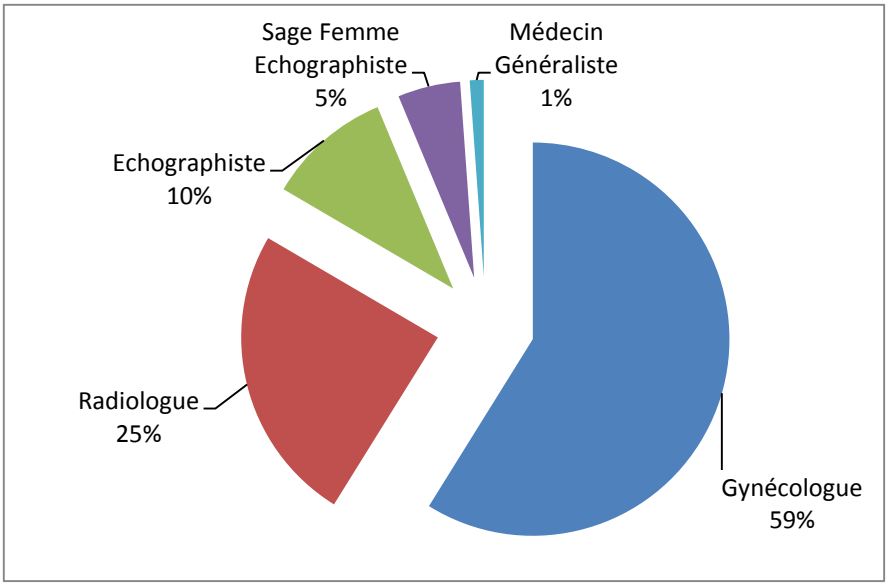
Graphique 24 : Département d'exercice des échographistes ayant un numéro identifiant



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

28 échographistes **soit 16 % exercent en régions limitrophes.**

Graphique 25 : Profession des échographistes ayant un numéro identifiant



Sur les 171 numéros délivrés, **8** l'ont été à des **sages-femmes échographistes, 2** à des **médecins généralistes**, les autres ont été délivrés à des gynécologues et des radiologues.

- **Activités et résultat du dépistage**

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

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

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

Le réseau NLR est capable de fournir ces informations que pour 3 des indicateurs susmentionnés (en italique) sur la base des données transmises par l'ABM. Ces informations sont présentées dans les 3 tableaux ci-après. Le réseau a toutefois sollicité les organismes agréés pour qu'il lui communique ces informations (notamment les issues de grossesse), mais ces derniers n'ont pas été en mesure de les lui apporter. L'outil Bionuqual développé afin de collecter ces informations, dans lequel les échographistes volontaires peuvent indiquer les résultats des amniosynthèses des patientes à risque, n'étant pas accessible au réseau, nous sommes dans l'incapacité de renseigner l'ensemble des indicateurs de suivi du dépistage figurant dans le décret.

Tableau 27 : Nombre d'échographies réalisées en 2012 par niveau de risque

Niveaux de risque	Nombre d'échographies	%
Nombre de dépistage avec un risque inférieur à 1/250	579	96,9 %
Nombre de dépistage avec un risque supérieur à 1/250	18 616	3,1 %
Total	**19 195**	**100 %**

Source : Agence de biomédecine

Tableau 28 : Nombre d'échographies réalisées en 2012 par classe d'âge

Age des femmes	France		Languedoc-Roussillon	
	N	%	N	%
<=20	16 462	3,4	716	3,7
]20 - 25]	84 494	17,5	3 723	19,4
]25 - 30]	175 236	36,3	6 782	35,3
]30 - 35]	140 336	29,1	5 391	28,1
]35 - 38]	41 605	8,6	1 606	8,4
>38	24 089	5,0	977	5,1

Source : Agence de biomédecine

Tableau 29 : Médianes et distribution de la clarté nucale en 2011- 2012

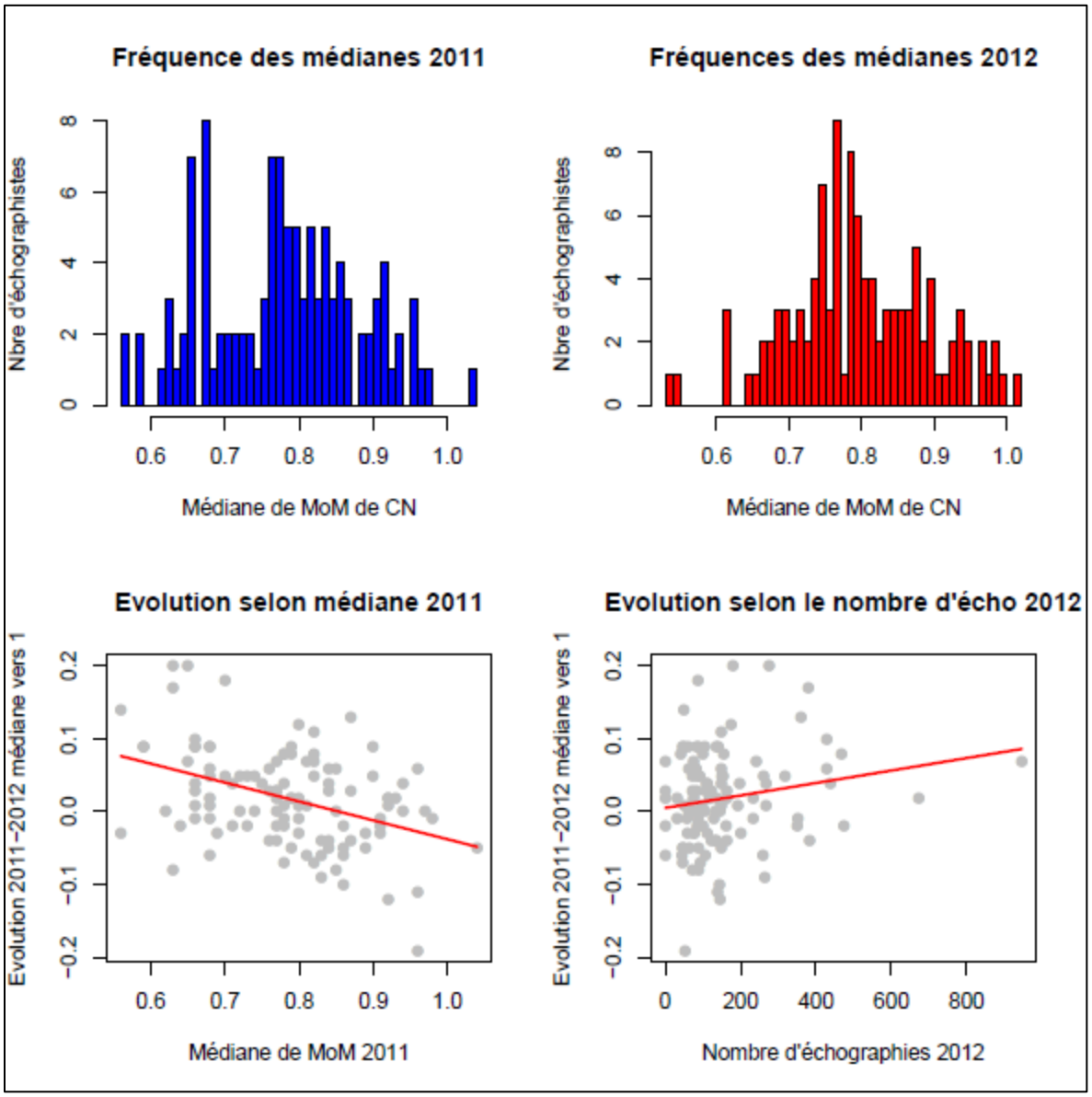
	Nombre d'échographies effectuées en 2012	Médiane des MoM de CN 2011	Médiane des MoM de CN 2012	Intervalle de Confiance à 95 %
France	482 222	0,82	0,85	[0,85-0,85]
Réseau	19 195	0,78	0,81	[0,81-0,81]

Source : Agence de biomédecine

Comme le montre le tableau ci-dessus, la médiane des MoM de CN de tous les échographistes de la région, comme au niveau national, a progressé de 3 centièmes s'approchant ainsi de 1, le résultat attendu. 63 échographistes (57 %) ont ainsi vue leurs médianes s'approcher de 1 entre 2011 et 2012, 7 ont vu leur médiane rester stables et 41 échographistes ont vu leur médiane s'éloigner de 1. Les graphiques suivants montrent globalement les caractéristiques de la progression entre 2011 et 2012 :

1. Plus un échographiste partait avec une valeur faible de sa médiane en 2011 (entre 0,5 et 0,7 notamment), plus il a progressé. Constat relativement logique puisqu'il concerne ceux qui avaient la plus grande marge de progression potentielle.
2. Plus un échographiste a fait d'échographies en 2012, plus il a progressé.

Graphique 26 : Evolution des médianes de MoM des échographistes entre 2011 et 2012



IV.8.e. Conclusions et perspectives 2014

Le réseau assure un rôle d'enregistrement des échographistes et d'intermédiaires avec l'ABM pour la transmission de leurs médianes de MoM. Sur le contrôle qualité et l'évaluation du dépistage, des discussions sont en cours entre l'HAS, l'ABM, la FFRSP et les CPDPN.

IV.10. Actions de coordination et de communication

IV.10.a. Finalité

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

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

IV.10.b. Méthodologie et résultats

➢ **Programme d'accompagnement à l'amélioration de la pertinence des césariennes programmées à terme**

Suite à la publication par l'HAS de recommandations et d'un guide d'amélioration des pratiques relatifs aux césariennes programmées à terme, la DGOS a lancé un appel à candidature auprès des ARS pour l'expérimentation d'un programme d'amélioration des pratiques. L'ARS LR a décidé de participer à cette expérimentation et, dans cette optique, un partenariat avec le réseau périnatal a été mis en place. Ce projet a pour objectifs :

De diminuer le taux de césariennes programmées à terme :

a. en améliorant la pertinence des indications de césariennes programmées à terme,
b. en améliorant l'information auprès des femmes enceintes.

Dans ce cadre, le réseau 1/ participe au pilotage régional du projet, 2/ accompagne les établissements volontaires dans la démarche.

Le réseau a ainsi participé à 11 réunions de pilotage qui ont permis de définir la déclinaison local du projet, d'élaborer une grille de recueil des critères de décision pour les indications des césariennes programmées à terme et d'une procédure d'administration de cette grille, de réaliser le suivi du projet et l'analyse des données transmises par les professionnels.

Parallèlement, le réseau a organisé des réunions de présentation du projet dans une dizaine d'établissements et à adresser à tous les gynécologues-obstétriciens un courrier leur proposant de participer au projet. Enfin, le réseau répond à toutes les sollicitations des professionnels et des établissements concernant ce projet.

Tableau 30 : Réunions de présentation du projet Césarienne programmées aux établissements

Date	Etablissement concerné
17/04/2013	Commission obstétrique de la fédération de l'hospitalisation privée (FHP)
02/08/2013	Staff de la maternité du CH Sète
29/08/2013	Staff de la maternité du CH Alès
09/09/2013	Staff de la maternité du CH Bagnols
11/09/2013	Staff de la maternité de la Clinique Champeau de Béziers
12/09/2013	Staff de la maternité du CH Béziers
23/09/2013	Présentation à la Clinque Kennedy Nîmes
29/10/2013	Staff de la maternité du CHRU de Montpellier

Au 9 décembre 2013, 19 établissements participaient au projet et avaient déjà transmis au moins un dossier. Au total, 191 dossiers avaient été transmis.

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

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

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

Chaque réunion est organisée au sein d'une maternité de la région afin de visiter le service, ainsi les sages-femmes cadre connaitront toutes les maternités de la région.

Tableau 31 : Réunion du GRSCM en 2013

Date et lieu	Nbre de participants
15/01/2013 Au siège du réseau périnatal	**16**
22/03/2013 A la clinique Sainte-Thérèse de Sète	**24**
31/05/2013 Au CH de Perpignan	**18**
18/10/2013 Au CHU de Montpellier	**28**

- <u>Tableau de bord des maternités</u>

Chaque année, le réseau mène une enquête auprès des sages-femmes cadres de maternité pour renseigner une série d'indicateurs dont les plus importants sont : le nombre d'accouchements et le nombre de naissances. Ce travail a permis d'identifier des pratiques très diverses d'un établissement à un autre et un besoin d'appui des sages-femmes cadres pour le suivi d'activité dans leur maternité. Pour répondre à ces besoins, le réseau a développé au sein du GRSFCM en 2012 un outil commun de suivi d'activité des maternités de la région avec deux objectifs :

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

Une version finale du tableau a été transmise à toutes les sages-femmes cadres le 21 décembre 2012 pour qu'elle puisse être utilisée dès le début d'année 2013. Le réseau proposait également aux cadres de personnaliser le tableau en fonction de leurs attentes en ajoutant des indicateurs importants pour leur établissement. En 2013 l'implication des maternités dans ce projet a été le suivant :

- 14 maternités sur 20 ont manifesté un intérêt pour l'outil et l'ont *a minima* testé,
- 7 maternités ont demandé à le personnaliser,
- 11 maternités avaient transmis le tableau complété pour l'année 2013 à la date de rédaction du présent rapport.

Le détail du travail engagé avec les maternités sur cet outil est présenté dans le tableau ci-après.

Tableau 32 : Activité 2013 autour du tableau de bord des maternités

Maternité	Personnalisation	Bilan 2013
CH Alès	Utilisation depuis 2012, contribution au test, saisie sur Excel 2003	Reçu
CH Bagnols-sur-Cèze	Création d'un tableau de bord de la salle d'accouchements physiologiques (16 items). Ajout d'item relatifs à : Anesthésie, Hémorragie, Césarienne et Lactates.	Reçu
CH de Béziers	Affinement des indicateurs mensuels, Système de saisie automatisé élargi, Ajout des indications de déclenchement	Reçu
CH de Carcassonne	Saisie sur Excel 2003, Point au 1er trimestre	En attente (maladie)
CH Mende	Allaitement et consultation postnatal	Reçu
CH Narbonne	Saisie sur Excel 2003	En attente
CH Perpignan	Aucune	Reçu
CH Sète	Allaitement et poids de l'enfant	Reçu
CHU Montpellier	Test, mais trop lourd pour une activité de 3 500 accouchements par an	Abandon
Clinique Kennedy (Nîmes)	Utilisation depuis 2012, contribution au test, Indications de césarienne, Déclenchement et indicateurs spécifiques	Reçu
Clinique Notre Dame d'Espérance (Perpignan)	Addictions, durée du séjour, déclenchement, peau-à-peau, allaitement maternel, vaccination et consultation postnatal	Reçu
Clinique Saint-Louis (Ganges)	Aucun, point au premier semestre	Reçu
Clinique Saint-Pierre (Perpignan)	Aucun	Reçu
Clinique Sainte-Thérèse (Sète)	Aucun	Reçu

- Diffusion et partage d'outils existants

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

- Service ou pôle d'accouchements physiologiques

Les sages-femmes cadres ont exprimé leur souhait d'échanger sur la mise en place de service ou pôle d'accouchements physiologique dans les maternités. La réunion du 30/11/2012 à Bagnols sur Cèze a ainsi permis de présenter l'équipement et la pratique des accouchements physiologiques dans cette maternité.

La réunion du 15 janvier 2013 a été consacrée entièrement à ce sujet :

- Revue bibliographique des projets existants et opérationnels en France,
- la préparation d'un appel d'offre pour l'achat de matériel,
- Trame d'écriture et budget prévisionnel du projet,
- Détermination des indicateurs de suivi à intégrer au tableau de bord des maternités,
- La mise en place d'une formation commune pour les sages-femmes des équipes.

- Gestion des risques en maternité

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

Le CH de Bagnols sur Céze, le CH de Perpignan et le CHU de Montpellier ont partagé leurs outils déjà développés avec leur service gestion des risques : méthodologie de travail et cartographie des principaux risques en maternité à adapter à chaque situation locale (bâtiment, population, personnel).

- Coordination de projets régionaux

Le groupe est également devenu le lieu privilégié pour informer, mobiliser et coordonner les maternités sur les projets régionaux portés par le réseau. Les principaux projets concernés sont :

- L'EPP sur les césariennes programmées pour lequel le groupe a permis
  - d'établir la liste des maternités participantes,
  - d'identifier un référent dans chaque établissement participant,
  - de discuter le contenu de la fiche de recueil,
  - de préparer la journée de lancement du 26 juin 2013 avec l'ARS.
- L'enquête sur l'état des lieux de la vaccination en maternités (cf. ci-après)
- La coordination des sages-femmes référentes addictions en maternité (cf. **Erreur ! Source du renvoi introuvable.** Périnatalités et addictions) pour laquelle le groupe a travaillé à :
  - la définition et la validation de la fiche de poste,
  - la validation du rapport d'activité,
  - la valorisation de leur rôle et sa pérennisation.
- Le dépistage des troubles de l'audition en maternité avec :
  - Présentation de la nouvelle mission du réseau NGLR,
  - Présentation des textes officiels et de la campagne tarifaire 2013,
  - Proposition d'organisation pour chaque établissement.

➢ **Actions de coordination avec le service de PMI de l'Hérault**

Le service de PMI du Conseil général de l'Hérault a interpellé le réseau sur des difficultés de coordination entre sages-femmes libérales et agents de la PMI (sages-femmes et puéricultrices principalement). Le réseau a donc proposé d'organiser dans chaque agence du département où cela serait nécessaire des rencontres entre sages-femmes libérales et professionnels de PMI afin de surmonter ces difficultés.

Le réseau souhaite mettre en avant la complémentarité des sages-femmes libérales et des services PMI (sages-femmes et puéricultrices). Suite à l'organisation d'une première action de coordination sur le territoire de l'agence de la mer (Montpellier Sud) en 2012, le réseau a organisé deux réunions de ce type en 2013 :

1. Le 15/04/2013 sur le secteur de Clermont l'Hérault,
2. Le 12/12/2013 sur le secteur de La Paillade (Montpellier Nord.

➢ **Coordination de reprises de cas clinique pour le P3SM**

Suite à l'arrêt du financement du réseau montpelliérain P3SM et à la demande de ses coordinateurs (sages-femmes et pédopsychiatres) le réseau a assuré l'organisation de 2 reprises de situations sur le thème 'psychopathologie et grossesse' en 2013 :

1. Le 28 mai 2013 à la clinique Saint-Roch – 41 participants,
2. Le 10 décembre 2013 à la clinique Clémentville – 30 participants.

➢ **Contribution à la politique vaccinale régionale**

Le réseau participe à la Commission régionale de la politique vaccinale (CRPV). A la demande de l'ARS, le réseau a défini avec les centres de vaccinations un plan d'action pour promouvoir la vaccination en périnatalité. Le tableau ci-après détaille les actions prévues et réalisées.

Tableau 33 : Contribution du réseau à la politique vaccinale

Actions	Etat d'avancement
Etat des lieux des pratiques en maternité	Enquête par questionnaire réalisée en 2013 16 maternités répondantes Présentation prévue lors de la CRPV 2014
Sensibilisation des professionnels de la périnatalité	Stand vaccination lors de la journée de Printemps du réseau Atelier programmé pour la journée d'hiver 2014
Rédaction et diffusion d'un référentiel régional	Groupe de travail en cours de constitution

➢ **Autres actions de communication régionale**

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

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

➢ **Interventions du réseau au niveau national**

Le réseau est très présent au niveau national où il contribue activement à la réflexion sur la politique périnatale nationale et au positionnement des réseaux de périnatalité dans cette politique. Le réseau NGLR fait partie du bureau de la Fédération française des réseaux de santé en périnatalité (FFRSP) en

la personne de sa coordinatrice qui a été élue présidente en 2013. La coordinatrice du réseau représentante de la FFRSP participe ainsi à plusieurs instances : 2 instances ministérielles (CNNSE et groupe CPOM) et 1 société savante la SFMP (société française de médecine périnatale) d'envergure nationale. Le tableau ci-après liste ces interventions.

Tableau 34 : Liste des interventions du réseau au niveau national en 2013

Instances	Finalités	Principales activités 2012
Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant (CNNSE)	Réunion plénière, réflexion sur la politique nationale	2 journées de travail
Groupe de travail Ministériel sur les conventions pluriannuelles d'objectifs des réseaux de santé périnatals (CPOM)	Définition d'un socle commun de CPOM pour tous les RSP	1 journée de travail
Fédération française des réseaux de santé périnatale (FFRSP)	Mutualisation et échanges de pratiques entre réseaux Définition de positions communes concernant la politique nationale périnatale Développement des capacités d'enquête (formation)	Assemblée générale & 2 réunions du CA 2 journées de travail sur l'entretien prénatal précoce en partenariat avec le ministère 4 journées de cours pour le Master Périnatalité Management et Pédagogie 1 journée de formation à l'épidémiologie
Conseil d'administration de la société française de médecine périnatale (SFMP)	Réflexion académique sur la périnatalité	Réunions du CA et participations aux journées annuelles (Monaco)
Groupes d'expert HAS	Réflexion sur le parcours périnatalité & sur la gestion des risques en maternité	2 journées de travail

A l'occasion du congrès de la SFMP qui s'est tenu les 13, 14 et 15 Novembre 2013 à Monaco, le réseau NLR a présenté la communication « Repérage des vulnérabilités en maternité à l'échelle d'une région : méthodes, résultats et perspectives ».

IV.10.c. Perspectives 2014

En 2014, le réseau poursuivra ces actions de coordination et en particulier les travaux menés dans le cadre du groupe régional des sages-femmes cadres de maternité (GRSFCM) sur les thèmes suivants :

- Synthèse et réflexion sur les indicateurs de la région à partir des tableaux de bord et le PMSI régional : comparaison entre maternités de même type et axes d'amélioration,
- Etat des lieux des RMM en maternité,
- Protocole d'inhibition de la lactation,
- Retour sur les projets régionaux (EPP sur césarienne programmée, étude MOMAT),
- Point sur les besoins de formation.

Enfin, si le réseau dispose des ressources nécessaires pour cela, il travaillera à la définition et la mise en œuvre d'un plan de communication (évolution du site internet, contacts médias, relations inter-réseau via la FFRSP, valorisation des actions dans le cadre de congrès).

IV.11. Etude sur la morbidité maternelle

Tableau 35 : Synthèse de l'action « Etude sur la morbidité maternelle »

Finalités de l'action	
Cette étude vise à mieux connaître la morbidité maternelle grave dans la région et notamment mesurer les écarts de prise en charge des cas par rapport aux pratiques validées. L'étude devrait ainsi contribuer à terme à la mise en place de stratégies correctrices.	
Principales réalisations (indicateurs de suivi)	
Cette année, l'activité du réseau a été essentiellement consacrée à la préparation, au contrôle qualité et à l'analyse des données collectées. Les premières restitutions des résultats sur les cas d'hémorragie ont été organisées (ARS, 24ème RMM…).	
Nombre de réunions de l'équipe projet en 2013	4
Nombre de restitutions organisées	2
Principaux résultats (indicateurs d'évaluation)	
Les résultats de l'analyse des dossiers d'hémorragie et de pré-éclampsie permettent déjà d'identifier des pistes d'amélioration à approfondir comme par exemple : • Pour les hémorragies : l'utilisation de feuilles de recueil spécifique lors d'HPP, pour lesquelles un travail régional a déjà débuté , • Pour la pré-éclampsie : ○ Les consignes données aux patientes, ○ L'utilisation du sulfate de magnésium, ○ L'optimisation des thérapeutiques anti-hypertensives, ○ La surveillance des femmes qui présentent une pré-éclampsie sévère.	
Principales perspectives pour 2014	
○ Finaliser l'analyse des données avec le comité scientifique ○ Valoriser les résultats de l'étude	

IV.11.a. Historique et contexte

Le cahier des charges des réseaux de santé périnatal mentionne que ces derniers ont notamment pour mission de « Recueillir et transmettre des données épidémiologiques participant ainsi à la politique générale de santé publique en périnatalité ». Or, le réseau NLR a fait le constat que la région Languedoc-Roussillon affiche un taux de mortalité maternelle élevé (13,4/100 000 pour la période 2001 - 2003 et 8,2/100 000 pour la période 2004 – 2006, source : INVS, BEH n°2-3 du 19/01/2010) et que l'étude de la morbidité maternelle demeure en France peu développée. Par ailleurs, si d'un point de vue pédiatrique l'amélioration des conditions de naissance dans la région a pu être mise en évidence (enquête EPIPAGE 1996 vs données Insee 2005), on manque de marqueurs et d'études pour affirmer la même chose de l'état maternel. Fort de ce constat, le réseau a proposé dès 2008 de mettre en place un projet d'étude sur la morbidité maternelle grave dans le cadre de ces missions financées par l'ARS. Le projet a été accepté par l'URCAM et a débuté en 2010.

IV.11.b. Finalités

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

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

IV.11.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. Il est composé de praticiens pluridisciplinaires de la région. Son rôle a été de définir les données à collecter via la conception du questionnaire. Ce travail ayant été réalisé en 2010, le comité scientifique ne s'est pas réuni depuis.

L'équipe projet a pour mission d'assurer le suivi et la coordination opérationnelle de l'étude (animation du réseau de référents, saisie des données, contrôle qualité, analyse des données etc.). Initialement, elle regroupait la directrice de l'étude, anesthésiste-réanimateur au CHU de Montpellier, la coordinatrice médicale du réseau NLR et l'attachée de recherche clinique. En 2013, l'attachée de recherche clinique ayant terminé sa mission de recueil et de préparation des données, elle a quitté l'équipe au mois d'Août. Pour mener les travaux d'analyse, l'ARS a mis gracieusement à disposition du réseau une statisticienne qui a rejoint l'équipe à compter du mois de septembre.

L'équipe projet s'est réunie 4 fois en 2013 (12 mars, 22 avril, 3 octobre, 8 novembre) afin de finaliser la préparation des données et d'en réaliser l'analyse. Enfin, une réunion a été organisée avec deux représentants de l'ARS, l'équipe projet et plusieurs membres du bureau et du Conseil d'administration du réseau le 29 mai 2013 (9 participants). Cette réunion a permis de définir les modalités techniques et financières de la phase d'analyse de données et rappeler les attentes de l'ARS vis-à-vis de l'étude.

- **Présentation du projet aux services (septembre 2010 – mars 2011)**
- **Conception du questionnaire de recueil de cas (janvier 2011 – juillet 2011)**
- **Recueil des cas (janvier 2011 – juillet 2012)**
- **Construction de la base de données et saisie des données (Avril 2012 – Août 2012)**
- **Préparation et contrôle qualité des données (Septembre 2012 – Juin 2013)**

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

Puis un second niveau de contrôle qualité a été réalisé par l'ARC entre le mois de septembre 2012 et le mois de juin 2013. Un échantillon de cas sélectionnés de manière aléatoire a été revu de manière à vérifier que les données saisies dans la base de données sont bien cohérentes avec celles figurant dans le dossier. Cette opération a été répétée jusqu'à obtenir un niveau de qualité satisfaisant.

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

En parallèle au contrôle qualité la préparation des données a consisté à :

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

➢ **Analyse des données (Décembre 2012 à fin 2013)**

L'analyse des données a débuté dès la fin 2012 qui a permis une première analyse descriptive de la population. En 2013, l'analyse a porté les dossiers d'hémorragie, de pré-éclampsie sévère, d'HELLP syndrome et d'éclampsie.

Lors de la réunion du 29 mai, l'ARS a rappelé que ses attentes en matière d'analyse concernaient principalement l'organisation des soins *via* notamment l'analyse des délais d'intervention et de la coordination des acteurs. L'ARS souhaite ainsi identifier des problèmes sur lesquelles il lui est possible d'agir notamment en termes de contractualisation avec les établissements ou de planification.

A partir du mois de Juillet, l'ARS a mis à disposition du réseau Sophie Plaza-Milhe, statisticienne au sein de la cellule observation, statistique et aide à la décision (COSAD) de l'ARS pour réaliser l'analyse des données. Elle a travaillé en étroite coordination avec le médecin directeur de l'étude à l'analyse de données au deuxième semestre 2013 et poursuivra ces travaux en 2014.

Les hémorragies (antepartum et post partum) ont été analysées globalement puis avec constitution de sous-groupes d'analyses (AVB, Césarienne) pour permettre une réflexion sur les pratiques par groupe homogène de patientes. Une analyse des épisodes transfusionnels a été également réalisée avec un travail en partenariat avec l'établissement de transfusion sanguine de la région (ETS LR) pour assurer un contrôle qualité des données recueillies. Pour les autres paramètres notamment relatifs à la prise en charge, il est souhaitable de paramétrer la grille de qualité avec les référents pluridisciplinaires engagés dans le projet *via* le comité scientifique.

➢ **Restitution des résultats**

Les premiers résultats de l'analyse quantitative ont déjà fait l'objet de plusieurs restitutions :

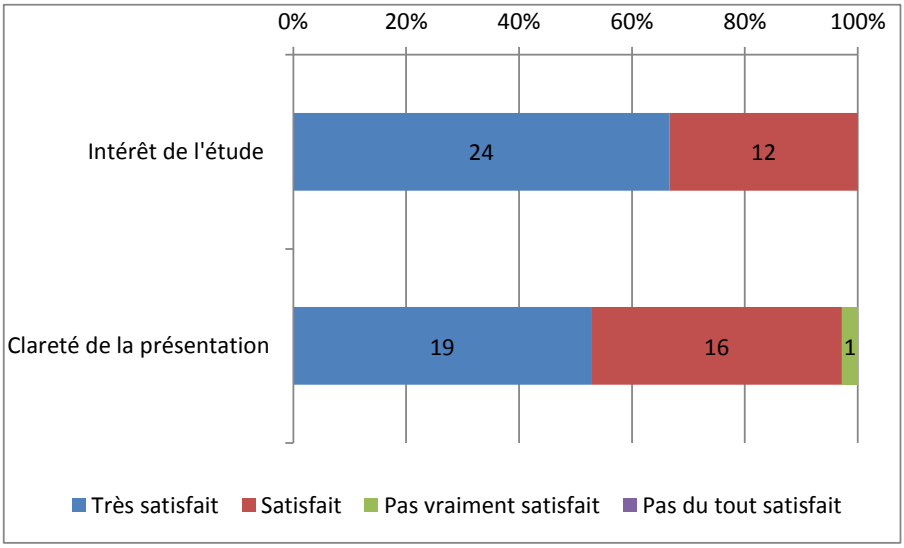
1. Présentation à l'ARS des résultats concernant les hémorragies, 19 juillet 2013,
2. Présentation des résultats concernant les hémorragies dans le cadre de la 24ème RMM organisé au CH de Perpignan sur les cas de mortalité maternelle en Languedoc-Roussillon.

Concernant cette dernière restitution, le questionnaire de satisfaction de la RMM comprenait quelques questions sur la présentation dont les résultats sont présentés ci-dessous.

Comme le montre le graphique ci-dessous, tous les répondants ont manifesté de l'intérêt pour l'étude et près des 2 tiers se sont dit très intéressés. La question relative à la clarté de la présentation présente un degré de satisfaction moindre mais reste élevée. La mise en forme et la synthèse des résultats sera finalisée une fois l'ensemble des analyses achevées. Enfin les répondants étaient invités à préciser les champs de l'étude MOMAT qui les intéressent ils ont notamment mentionné :

- L'impact des déclenchements sur la morbidité maternelle,
- Les modalités de prise en charge des hémorragies,
- L'iatrogénie.

Graphique 27 : Présentation de l'étude MOMAT lors de la 24ème RMM - Satisfaction

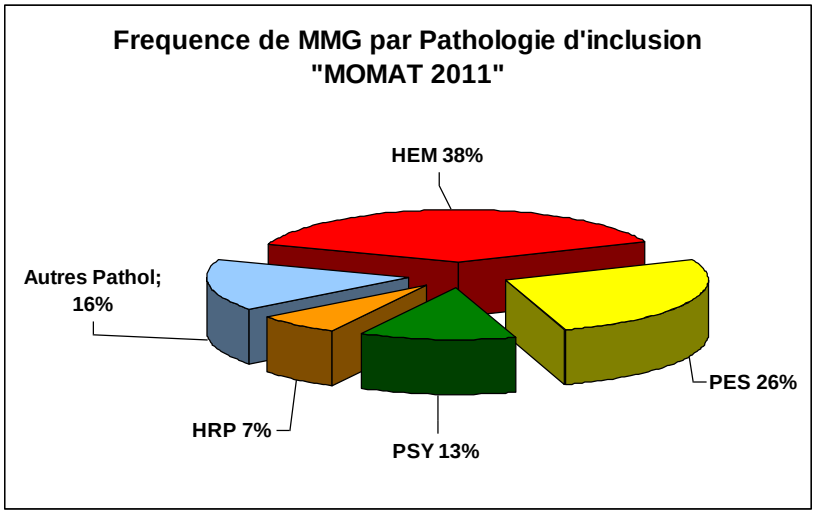


IV.11.d. Premiers résultats

Au total, 440 cas ont été recueillis dont 2 décès : un décès lié à une cause infectieuse (Grippe H1N1) et un décès lié à une embolie. Un cas sur 2 est survenu dans un établissement de type III, établissements qui présentent une incidence de 31,2 ‰, et près d'un cas sur 4 (22 %) est survenu au CHU de Montpellier. En revanche il n'y a pas de différence importante entre type I et type II, établissements qui présentent respectivement une incidence et de 8,3 ‰ et 8,5 ‰. Plus des 2 tiers des cas sont survenus soit dans l'Hérault (44 %) soit dans le Gard (27 %).

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

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



Les résultats de l'analyse des dossiers d'hémorragie et de pré-éclampsie permettent déjà d'identifier des pistes d'amélioration à approfondir comme par exemple :

Hémorragie	Pré-éclampsie
La qualité de la tenue des dossiers	
L'utilisation de feuilles de recueil spécifique lors d'HPP, pour lesquelles un travail régional a déjà débuté	Les consignes données aux patientes L'utilisation du sulfate de magnésium L'optimisation des thérapeutiques anti-hypertensives La surveillance des femmes qui présentent une pré-éclampsie sévère

IV.11.e. Perspectives 2014

Le travail de l'année 2014 portera sur l'analyse des dernières pathologies (placenta accreta percreta, HRP, etc.) puis sur l'interprétation par le groupe d'experts des résultats (grille qualité +/- indicateurs). Un rapport d'étude sera rédigé et comprendra des propositions d'axes de travail en région.

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

Cette partie présente les projets que le réseau a souhaité développer indépendamment de ses missions « réseau » en obtenant des financements spécifiques pour cela (Direction Prévention, santé publique et environnement de l'ARS-LR).

V.1. Promotion de l'allaitement maternel

V.1.a. Contexte et historique

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

Peu de données fiables sont disponibles sur la durée de l'allaitement au niveau national ou régional. Les résultats de l'étude Epiphane, menée sur un échantillon de 3500 enfants tirés au sort et nés en 2012 en France métropolitaine, ont montré un taux d'allaitement exclusif de 60 % à la naissance et seulement 35 % à la fin du 1er mois de vie[9].

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

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

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

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

- des actions de formation des professionnels de santé de la région ;
- un soutien aux maternités pour favoriser la mise en œuvre des pratiques recommandées sur le démarrage de l'allaitement ;
- l'élaboration de documents à destination des professionnels de la petite enfance et des parents pour faciliter la poursuite de l'allaitement après la reprise du travail de la mère,
- Depuis cette année, ces actions sont déclinées localement dans le cadre du contrat local de Pays Cœur d'Hérault.

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

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

V.1.b. Finalité

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

V.1.c. Méthodologie et réalisations

À la suite des travaux menés par la Commission Régionale de la Naissance du Languedoc-Roussillon (CRN-LR), le réseau Naître en Languedoc-Roussillon (NLR) a initié fin 2009 une action de coordination régionale sur l'allaitement maternel, en reprenant les axes prioritaires définis par le groupe de travail de la CRN-LR. Cette action a été initialement financée par le Groupement Régional de Santé Publique. Ce projet repose sur 3 axes :

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

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

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

Le référentiel professionnel et la plaquette d'information à destination des parents pour promouvoir l'allaitement maternel à la reprise du travail de la mère ont été finalisés début 2013 suite à la journée de travail entre la coordinatrice du réseau et la consultante en lactation (23/01). Le référentiel professionnel a reçu le label du Programme National Nutrition Santé.

Ces documents ont été diffusés sur internet[10] et imprimés en petite quantité. La consultante en lactation a également présenté ces outils sous la forme d'un poster à l'occasion de la « Foire aux outils labellisés », journée d'échanges de pratiques du PNNS qui s'est tenue le 28 novembre 2013 à Nantes. De même, plusieurs réunions ont été organisées pour accompagner la diffusion de ces documents (Clinique PGS de Nîmes, CHU de Montpellier et PMI des Pyrénées-Orientales).

➢ **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[11] a montré un effort de formation important du personnel. Les pratiques actuellement recommandées étaient connues pour la plupart, même si leur mise en œuvre n'était pas systématique et dépendait souvent de la charge de travail, c'est-à-dire aussi de l'organisation des équipes. La transmission et le suivi de l'allaitement étaient principalement réalisés par voie orale, il y avait peu d'écrits.

- <u>Élaboration d'un référentiel pour les maternités</u>

A la suite de cette enquête, un Groupe régional sur l'allaitement maternel (GRAM) a été constitué avec pour objectif l'élaboration d'un référentiel, incluant des fiches techniques et des documents

[10] http://www.perinat-france.org/portail-professionnel/referentiels/protocoles-regionaux/languedoc-roussillon/allaitement-maternel-645-1965.html

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

pour le suivi de l'allaitement pendant le séjour en maternité. Le GRAM est composé d'une trentaine de professionnels de toute la région. Il s'est réuni 2 fois en 2013, le 6 mai (11 participants) et 28 juin (10 participants), pour travailler sur les 4 dernières fiches du référentiel qui restaient à valider. Parallèlement 4 séances de travail entre la coordinatrice du réseau et la consultante en lactation se sont tenues pour préparer les réunions du GRAM et finaliser les documents (06/02, 21/03, 23/07 et 05/09). L'ensemble des documents ont été finalisés, diffusés sur internet et transmis à l'animatrice du CLS Pays Cœur d'Hérault en Octobre 2013.

Tableau 36 : liste des thèmes du référentiel pour les établissements.

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

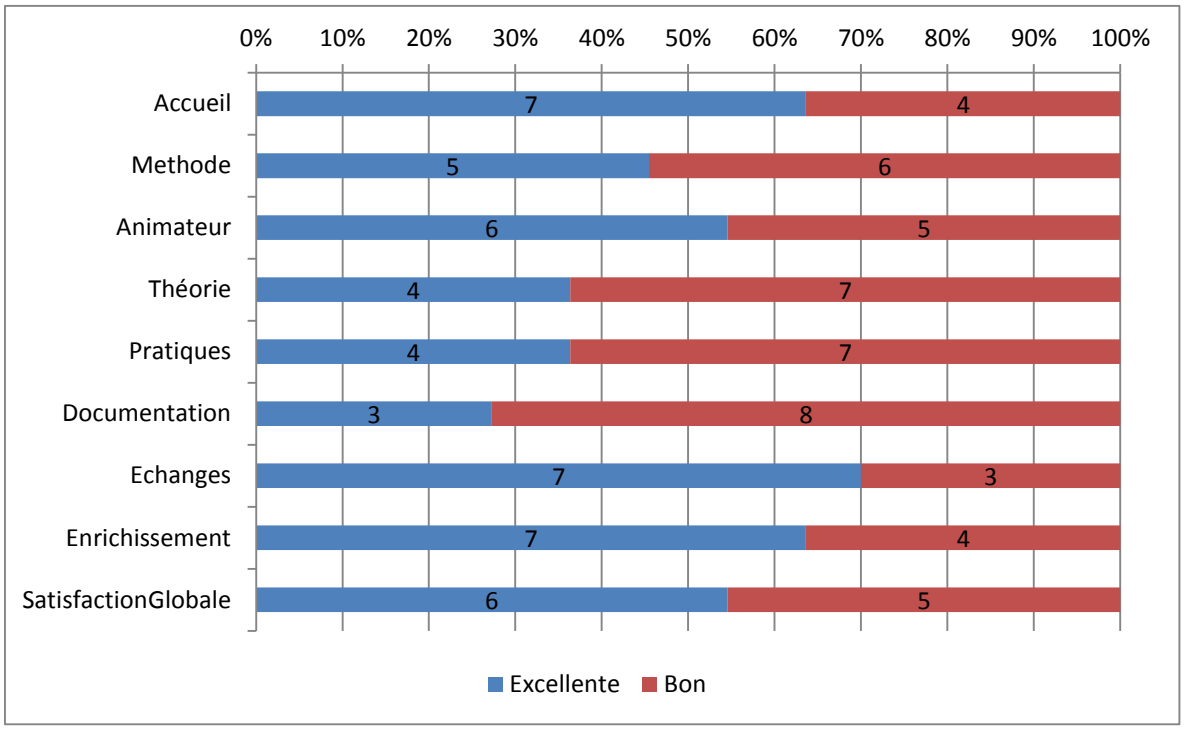
- **Formations sur l'allaitement maternel**

Une formation de 4 jours a eu lieu à St Gély du Fesc avec un groupe de 12 professionnels exerçant au CHU de Nîmes les 17, 18 janvier et 18,19 février 2013. Le groupe était composé de 3 sages-femmes, 4 puéricultrices, 3 auxiliaires de puériculture et deux aides-soignantes. La plupart des participants accompagnent régulièrement des femmes qui allaitent (à l'exception d'une aide-soignante). Les 4 puéricultrices précisent qu'elles accompagnent les femmes allaitantes entre 1 et trois mois à la différence des 3 auxiliaires de puériculture qui les accompagnent entre 3 et 5 jours.

La plupart des participants ne travaillent pas en réseau, à l'exception de deux puéricultrices. La majorité des participants affirme rencontrer des difficultés qui sont principalement de deux ordres :

du côté de la mère des problèmes d'engorgement et de crevasses et du côté du bébé des problèmes liés à une mauvaise succion. 7 participants avaient déjà suivi une formation sur l'allaitement maternel. Enfin, les attentes des participants pour cette formation étaient par ordre d'importance : « Etre formé sur des conduites à tenir en pratique » (10 participants), « S'informer sur des notions de base » (7), « Connaître un réseau de professionnels avec qui travailler » (5).

Graphique 29 : Satisfaction des participants à la formation sur l'allaitement maternel



Le graphique ci-dessus montre un taux de satisfaction relativement élevé (toutefois inférieur à celui de l'an dernier). Les éléments les plus appréciés ont trait à l'enrichissement personnel et aux temps de paroles et d'échanges. Les aspects relatifs à la documentation, aux apports théoriques et aux éléments pratiques enregistrent les taux de satisfaction les plus faibles. Enfin 3 participants sont tout à fait d'accord pour dire que la formation va provoquer des changements dans leurs pratiques et 7 pour recommander la formation à un collègue.

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

- **Mise en place du projet en Pays Cœur d'Hérault**

La mise en place du projet avance au rythme défini par la coordination locale, le réseau a consacré du temps à la formulation et à la discussion de propositions d'action mais aucun projet n'a véritablement démarré pour le moment. Ainsi, la coordinatrice médicale et la consultante en lactation ont participé aux réunions suivantes :

1. Réunion du 11 janvier 2013 à l'ARS avec Jean-Pierre Romarin,
2. Réunion du groupe de travail Nutrition du 8 février 2013,
3. Réunion du groupe de travail Nutrition du 28 mai 2013,
4. Réunion du sous-groupe Allaitement maternel du 23 septembre 2013.

Au cours de ces réunions le programme d'actions proposé par le réseau périnatal a été examiné :

- La proposition d'un numéro de téléphone ressource a été écarté du fait de la complexité et du coût d'un tel dispositif,
- La réalisation et la diffusion d'une plaquette recensant les ressources locales ont été discutées,
- Les circuits de diffusion des outils du réseau ont été définis, dans un premier temps la coordinatrice locale souhaitait que soit prise en charge localement l'impression des documents mais face aux difficultés rencontrées, le réseau pourrait prendre en charge ces impressions en 2014,
- Pour la mise en place de formations, la réalisation d'une enquête par questionnaire pour recenser les besoins a été décidée. Un projet de questionnaire a été soumis à la discussion mais le réseau n'a pas de nouvelles depuis la dernière réunion du 23 septembre 2013.
- Enfin, les maternités dans lesquelles les femmes du territoire accouchent ont été identifiées et ces réunions ont permis au réseau d'identifier les acteurs clés du territoire.

Globalement, le réseau est prêt à mettre œuvre les actions proposées et attend l'impulsion de la coordination locale. Toutefois, nous faisons le constat d'un manque de visibilité sur le calendrier des actions, d'un rythme et de modalités de travail peu soutenus et relativement chronophages.

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

La coordinatrice médicale et la consultante en lactation ont participé aux réunions de la commission régionale nutrition santé du 27/05/2013, 04/07/2013 et 01/10/2013.

V.1.d. Perspectives pour 2014

- Diffuser le référentiel de bonnes pratiques dans les établissements d'accueil du jeune enfant. et la plaquette d'information à destination des parents.
- Soutenir les référents du GRAM dans la diffusion des référentiels sur l'allaitement maternel et dans la mise en œuvre des pratiques recommandées en maternité (à moyen terme, promotion de l'IHAB).
- Constituer un groupe de travail et élaborer un référentiel sur la suppression de la lactation (demande importante identifiée notamment à l'occasion de la journée de printemps 2014 du réseau)
- Poursuivre les actions de formation sur l'allaitement.
- Poursuivre la mise en œuvre les actions qui auront été retenues en Pays Cœur d'Hérault.

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

V.2.a. Contexte et historique

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

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

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

V.2.b. Finalité

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

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

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

V.2.c. Méthodologie et résultats

- **Pilotage du programme**

La sage-femme référente du projet s'appuie sur un groupe de pilotage régional « périnatalité et addictions », issu du sous-groupe « périnatalité et addictions » de la Commission Régionale de la Naissance. Ce groupe de pilotage régional est actuellement constitué de 15 personnes (addictologues, sages-femmes, psychologues, pédiatres, éducateur, médecin de PMI) et il s'est réuni 3 fois en 2013. Le travail du groupe a été suspendu début juin suite à l'arrêt maladie de longue durée de la sage-femme coordinatrice.

Tableau 37 : Réunions régionales du groupe de pilotage « Périnatalité et grossesse »

Dates	Lieu	Nombre de participants
10/01/2013	Béziers	10
7/03/2013	Béziers	11

18/04/2013	Béziers	15
13/06/2013	Annulée	

Une trentaine de professionnels participent aux travaux de ce groupe par échange d'email ou lors de réunions de proximité. Cela permet d'avoir plus d'acteurs de terrain impliqués dans une dynamique sur la thématique. Ce groupe développe une réflexion pluridisciplinaire à l'échelle de la région. Il est animé par la sage-femme coordinatrice 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.

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

Le réseau Naître en Languedoc-Roussillon a réalisé en 2012 - 2013 un projet intitulé « Repérage précoce des conduites addictives pendant la grossesse chez les femmes en situation de vulnérabilité ». Ce projet a été cofinancé par la Direction Générale de la Santé (DGS) et l'Agence régionale de santé (ARS) du Languedoc-Roussillon. Il s'inspirait d'une expérience d'utilisation d'un auto-questionnaire menée dans les maternités publiques de Lille et Roubaix. Ce projet avait pour but d'expérimenter cet auto-questionnaire dans toutes les maternités publiques du Languedoc-Roussillon pendant 6 mois et de l'assortir de la formation d'une sage-femme référente par maternité.

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

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

- <u>Evaluation du projet</u>

Pour évaluer le projet en 2013, notre équipe a collecté et analysé les données quantitatives suivantes :

1. Les données issues de l'auto-questionnaire qui, comparées aux données de la littérature, permettent de mettre en évidence les spécificités de la population régionale et d'identifier différents groupes de femmes selon leurs vulnérabilités,
2. Les données issues du dossier commun périnatal informatisé (DCPI) pour 5 établissements qui permettent de mettre en évidence les progrès de repérage dans certains établissements pour les consommations de cannabis en particulier,
3. Les données issues des rapports d'activité des SF référentes qui informent sur le nombre de femmes prises en charge à mettre en relation avec le nombre de femmes repérées par l'auto-questionnaire.

Le réseau a également collecté des données qualitatives en organisant une réunion d'évaluation participative dans chacune des 10 maternités participantes. Ces réunions rassemblaient les consultants de la grossesse et l'équipe d'addictologie de l'établissement. Le plan d'animation consistait dans un premier temps à présenter les résultats des analyses quantitatives puis à discuter des changements générés par le projet au sein de l'établissement en termes de repérage, de prise en charge, de mobilisation des professionnels et d'organisation interne. Chaque réunion donnait lieu à

la rédaction d'un compte rendu incluant les perspectives ouvertes par le projet. Au total, 115 professionnels ont participé à ces réunions, dont la moitié de sages-femmes.

Tableau 38 : Liste des rencontres autour du projet dans les établissements

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

Enfin, pour finaliser l'analyse, le comité de pilotage du projet s'est réuni une dernière fois le 3 février 2012 et a validé les conclusions suivantes :

1. La combinaison de l'auto-questionnaire et du poste de sage-femme référente a nettement contribué à améliorer le repérage des vulnérabilités et des addictions pendant la grossesse.
2. On observe des progrès importants dans l'implication des consultants des maternités sur ces problématiques, notamment des sages-femmes.
3. Une proportion importante de patientes repérées a eu accès à des soins en addictologie via les entretiens et suivis avec la sage-femme référente et l'évolution de l'organisation des services d'addictologie.
4. La sage-femme référente est bien identifiée comme le professionnel pivot de chaque établissement pour les femmes vulnérables et les différents professionnels qui interviennent autour d'elles.
5. L'impact sur la réduction des consommations chez les patientes rencontrées n'a pas été évalué, une enquête à part entière serait nécessaire.

- Valorisation des résultats

En 2013, le réseau a réalisé plusieurs communications sur le projet aux niveaux national et régional :

- Mise en place et évaluation d'un projet de repérage des addictions et des vulnérabilités chez les femmes enceintes dans les maternités du Languedoc-Roussillon, 3e Colloque International SAF France, Paris, 30 mai 2013,
- Repérage des situations de vulnérabilité et construction des articulations entre professionnels libéraux, de PMI et de la maternité de Bagnols sur Cèze, Journée départementale de la périnatalité organisée par le département du Gard, Nîmes, 21 juin 2013
- Repérage précoce des addictions en maternité, Colloque Femmes, sexualités et addictions organisé par le Ministère de la santé et le RESPADD, Paris, 17 octobre 2013,
- Repérage des vulnérabilités en maternité à l'échelle d'une région : méthode, résultats et perspectives, 43èmes Journées de la Société française de médecine périnatale, Monaco, 14 novembre 2013.

Corinne Chanal a également publié deux articles en 2013 dans l'ouvrage du RESPADD : Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse (RESPADD, Drugscope, 2013).

Ces articles collectifs reviennent sur l'expérience montpelliéraine de prise en charge des addictions en périnatalité :

- Coordination grossesse et addictions : une prise en charge en reseau personnalisée,
- Prise en charge du tabac pendant la grossesse : expérience au CHU de Montpellier.

- Accompagnement des sages-femmes référentes des maternités

Les postes de sage-femme référentes ont été maintenus en 2013. Ces sages-femmes sont désormais bien identifiées localement au-delà de leur établissement et constituent désormais le pivot incontournable du renforcement des dynamiques locales initiées par le réseau (Cf. ci-dessous). Aussi, dans le prolongement de la formation commune dispensée en 2012 dans le cadre de l'expérimentation de l'auto-questionnaire, le réseau anime désormais le groupe régional des sages-femmes référentes avec notamment l'organisation de deux journées de formation et d'échanges de pratique par an. Cette animation régionale a pour objectif de :

1. Fournir aux sages-femmes des outils communs (suivi d'activité, référentiels),
2. Développer leurs connaissances et leurs compétences quant au repérage et à la prise en charge des femmes enceintes addictives et au travail en réseau,
3. Apporter un soutien professionnel et humain aux référentes qui sont toutes confrontées à des situations difficiles.

En 2013, 2 journées de regroupement ont été organisées et son décrite dans le tableau suivant.

	Journée du 21 février	Journée du 16 décembre
Objectifs	Avoir des outils pour se sentir plus à l'aise dans le suivi d'une femme enceinte vulnérable Mieux collaborer autour de ces patientes	
Méthode	Débriefing sur les difficultés rencontrées dans le travail en réseau Reprises de cas cliniques Discussion sur le rapport d'activité	
Animation	Corinne Chanal, sage-femme coordinatrice du projet Dr David Costa, médecin généraliste, responsable du DU d'entretien motivationnel Gisèle Criballet, sage-femme coordinatrice du réseau NGLR	Dr Rafi Kojayan, pédopsychiatre Kinga Havasi, sage-femme de coordination à la clinique Saint-Roch Gisèle Criballet, sage-femme coordinatrice du réseau NGLR
Nbre de référentes participantes	9	11

Lors de la journée du 16 décembre, en l'absence de Corinne Chanal l'animation a été assurée par Rafi Kojayan et Kinga Havasi, coordinateurs de l'ex-réseau P3SM.

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

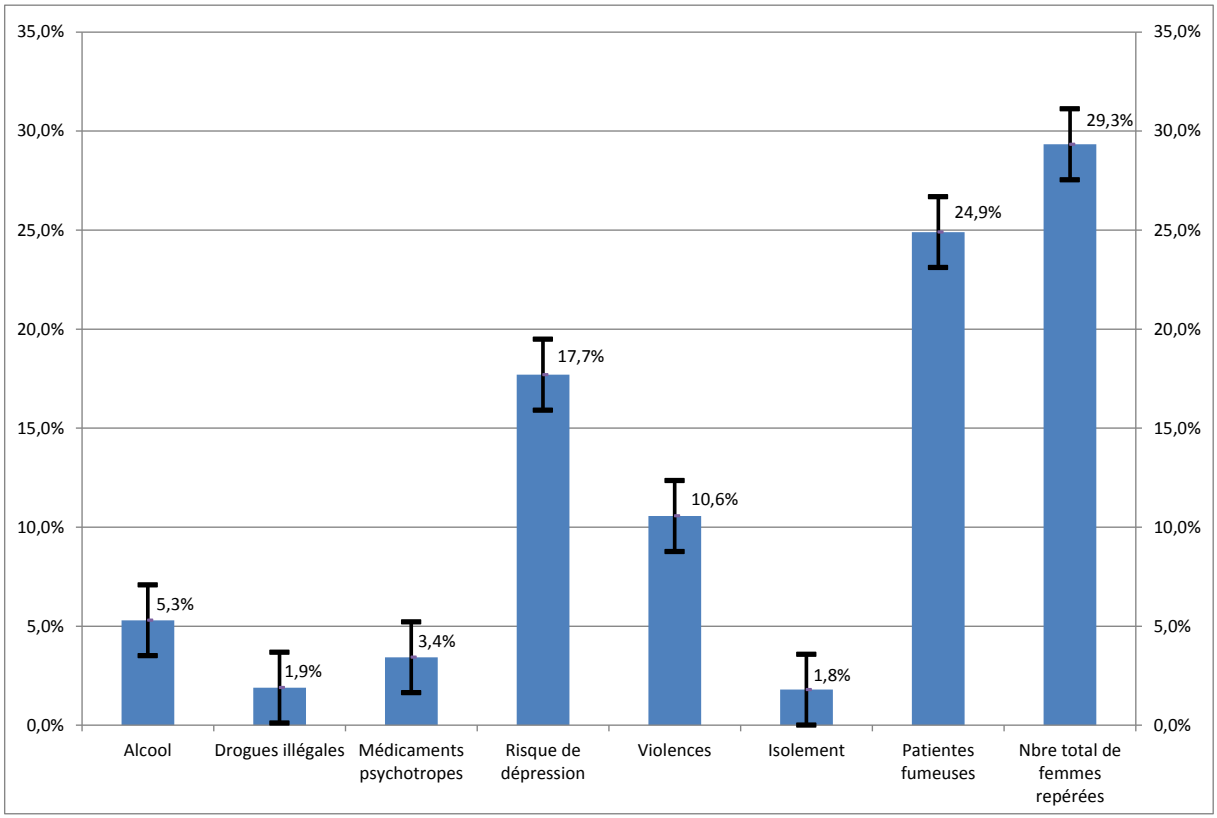
Nous avons choisi de sensibiliser les professionnels de la périnatalité en leur présentant régulièrement un indicateur : le nombre de femmes ayant un comportement addictif repérées dans chaque maternité, en comparant cet indicateur avec les données des enquêtes nationales et en

observant son évolution. 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) : qui donne, dans les établissements dans lesquels il est utilisé, un excellent reflet de l'abord des consommations de psychotropes avec les femmes enceintes en début de grossesse ;
- à travers le **PMSI** : données sur le repérage au cours de l'hospitalisation post accouchement.

En 2012, l'utilisation et l'analyse de l'auto-questionnaire dans toutes les maternités publiques fournissent les niveaux de référence régionaux pour la consommation des différents produits. Ces niveaux de référence, bien que basés essentiellement sur des maternités publiques permettent de comparer les indicateurs de repérage annuels. Ces niveaux sont présentés dans le graphique suivant.

Graphique 30 : Taux de repérages de consommations de produits psychotropes pendant la grossesse dans les maternités publiques du Languedoc-Roussillon en 2012



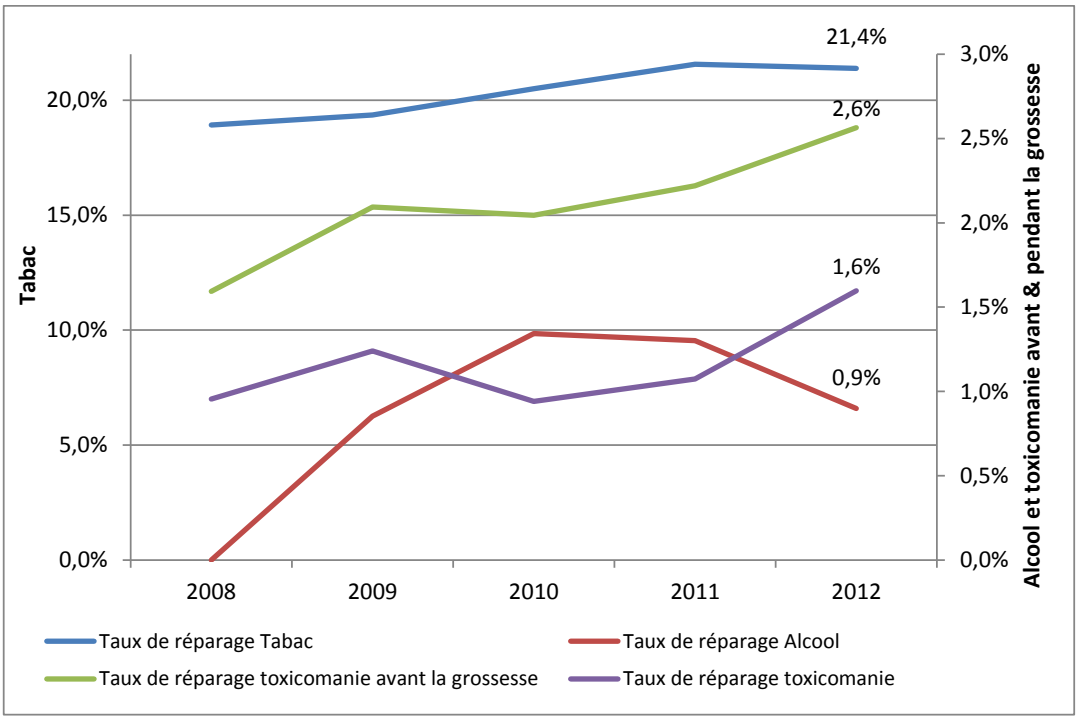
- <u>Indicateurs issus du DCPI</u>

Le DCPI permet de produire les indicateurs suivants sur le repérage des consommations de produits psychotropes pendant la grossesse :

1. Le taux de DCPI renseigné concernant le volet addictions. Ce taux a eu tendance à décroitre : il était de 81 % en 2008 et s'est stabilisé à environ 66 % en 2011 – 2012. Toutefois, cette baisse est relative, elle est principalement liée à l'augmentation du nombre de DCPI ouverts chaque année qui a plus que doublé sur la période.
2. Les taux de patientes repérées pour les consommations suivantes :
    a. Le tabac, indicateur qui peut être détaillé selon le niveau de consommation (+ ou – 15 cigarettes / jour),

b. Les drogues illégales et les médicaments psychotropes avant et pendant la grossesse, qui sont regroupés dans l'indicateur intitulé toxicomanie. Indicateur qui peut être détaillé selon le produit concerné (cannabis, opiacés etc.),
c. L'alcool, indicateur qui peut être détaillé selon le type de consommation (occasionnel, quotidienne, > à 3 verres).

Graphique 31 : Taux de repérage des addictions dans le DCPI



Le graphique ci-dessus montre les taux de repérage issus du DCPI pour ces 3 consommations (Tabac, toxicomanie, alcool). Le taux est calculé à partir du nombre de DCPI pour lesquels le volet addiction est renseigné. Il montre :

1. une stabilisation du repérage des patientes fumeuses à plus de 21 % depuis 2011. Ce taux est donc inférieur au taux régional,
2. Une nette augmentation du repérage des patientes toxicomanes pendant la grossesse entre 2011 et 2012. Cette augmentation est directement liée à l'utilisation de l'auto-questionnaire et à la création de postes de sages-femmes référentes et concerne essentiellement les consommations de cannabis. Il est dans l'intervalle de confiance du taux de repérage via l'auto-questionnaire,
3. Une baisse du taux de repérage des patientes consommant de l'alcool. Toutefois, le taux de repérage des patientes ayant une consommation quotidienne ou excessive est en augmentation (non-visible sur le graphique). Cette évolution ambivalente peut s'expliquer par le biais induit par l'auto-questionnaire qui se focalise sur les consommations à risque.

- <u>Indicateurs issus du PMSI</u>

Le PMSI permet de produire les indicateurs suivants sur le repérage des consommations de produits psychotropes pendant la grossesse :

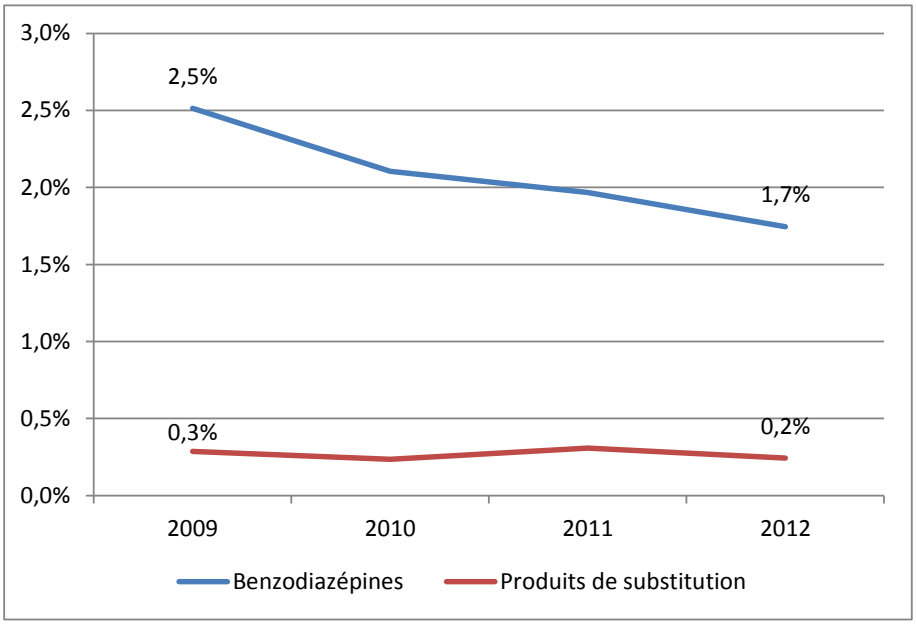
- Le nombre de femmes repérées à l'accouchement pour consommation d'alcool, d'opiacés, de cannabis (THC) et de tabac,
- Le nombre de nouveau-nés repérés à l'accouchement pour consommation de médicaments, d'alcool et de drogues illégales.

Toutefois, ces taux sont extrêmement faibles puisqu'ils sont inférieurs à 0,5 % pour la plupart des consommations (sauf pour le tabac pour lequel l'indicateur s'établit autour de 3 %). Ce constat est lié à l'usage essentiellement économique du PMSI et démontre le peu d'intérêt de ces données pour suivre l'évolution du repérage.

- Indicateurs issus des données de l'assurance maladie

Les données de l'assurance maladie permettent d'établir annuellement le taux de médicaments psychotropes prescrits en cours de grossesse. Cet indicateur peut être détaillé par médicament antidépresseurs (benzodiazépines) et produits de substitution (méthadone, subutex etc.). Le taux de prescription s'établit en 2012 à environ 2 %, ce qui est inférieur au repérage via l'auto-questionnaire (3,4 %) mais se situe dans l'intervalle de confiance. Cette différence est probablement liée à la prise de ces traitements sans avis médical par certaines patientes.

Graphique 32 : Taux de prescription de médicaments psychotropes pendant la grossesse



➢ **Renforcement des dynamiques locales**

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.

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

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

Chaque action décrite ci-dessous est garante de cet état d'esprit et concourt à l'implication du plus grand nombre de professionnels de terrain pour une amélioration du travail en réseau pluridisciplinaire. Dans les bassins de naissance où une dynamique locale importante a pu se mettre en place, les acteurs locaux organisent eux-mêmes des formations et rencontres de coordination avec, s'ils le demandent, un soutien du réseau. Le tableau suivant présente par bassin de naissance le niveau d'autonomisation de chaque réseau de proximité selon trois niveaux :

- 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 39 : Interventions auprès des réseaux de proximité par bassin de naissance (2013)

Bassin de naissance	Référents locaux	Type d'intervention	Niveau d'autonomisation et thèmes d'intervention	Partenaires
Narbonne	**Référent maternité :** J. Campos **Pédiatre :** **Addictologue :** V. Pairis		**Blocage des relations par le directeur du CH**	CH (Maternité, service d'addictologie, pédopsychiatrie)
Sète	**Référent maternité :** C. Lobraïco **Pédiatre :** A. Cavalier **Addictologue :** D. Teuma	1 formation 11 participants CH, janvier 2013	Participation des référents locaux au comité de pilotage régional **Autonomisation complète** : Intervention de la sage-femme de NGLR dans la formation interne du CH organisée par le service d'addictologie	CH (Addictologie, Pédiatrie, Maternité) Clinique Ste Thérèse
Perpignan	**Référent maternité :** ML. Mercier **Pédiatre :** B. Weit **Addictologue :** V. Delmas	Réseau de proximité Céret/Prades organisée mais annulée par la PMI (idem 2012)	**Autonomisation complète**: Mise à disposition du groupe local coordonné par P. Perez, sage-femme de PMI Collaboration par téléphone et mail, envoi de documents et d'informations	CG 66, addictologie hospitalière Association des SF 66
Alès	**Référent maternité :** V. Cotte **Pédiatre :** MF Durand **Addictologue :** S. Orcel	Collaboration par téléphone et email	**En voie d'autonomisation** : Soutien du groupe local périnatalité et addictions. Sage de PMI coordinatrice du réseau périnatal alésien.	CG 30, CH, RESEDA
Bagnols sur Cèze	**Référent maternité :** Delphine Ismaïla-Rocoplan **Pédiatre :** Aucun **Addictologue :** Dr Lopez **Généraliste :** Dr Gabbaï	Organisation d'une réunion de réseau de proximité (25/03 – 15 participants – Locaux de RIPOSTE)	Présentation de l'auto-questionnaire et du rôle des sages-femmes référentes **En voie d'autonomisation** : Organisation de cycle de rencontres « parentalité et addictions » par le réseau RIPOSTE en collaboration avec NGLR	CH, réseau RIPOSTE, Correspondants locaux
Nîmes	**Référentes maternités :** M. Oziol (CHU), C. Auriol (clinique PGS) **Pédiatre :** J. Dendalle **Addictologue :** P. Perney **Référente CDAF :** F. Ozil	Organisation d'une réunion de réseau de proximité (11/06 – 23 participants – clinique PGS)	Présentation de l'auto-questionnaire et du rôle des sages-femmes référentes **En voie d'autonomisation** : Intégration de la problématique addiction dans les réunions du réseau périnatal nîmois en 2014 **Emergence du réseau rural :** Réunion de réseau de proximité à Calvisson en 2011	Réseau périnatal nîmois, CG 30, CHU, Clinique PGS, structures d'addictologie et correspondants locaux
Béziers	**Référent maternité :** C. Dechambre (CH) E. Prud'homme (clinique Champeau) **Pédiatre :** T. de Pertat **Addictologue :** P.Galland	Organisation d'une réunion de réseau de proximité (13/06 – 16 participants – clinique Champeau)	Présentation de l'auto-questionnaire et du rôle des sages-femmes référentes **Autonomisation complète** **Emergence du réseau rural :** Lancement d'un réseau de proximité à Bédarieux en 2011	CH de Béziers, clinique Champeau, Correspondants locaux
Carcassonne	**Référent maternité :** P. Commecie **Pédiatre :** Dr Letsigo **Addictologue :** Dr Plas	Collaboration par téléphone et email	**Autonomisation complète**	COPIL est-audois

Bassin de naissance	Référents locaux	Type d'intervention	Niveau d'autonomisation et thèmes d'intervention	Partenaires
Mende	**Référent maternité :** Mme Soulayrol **Pédiatre** : Aucun **Addictologue :** Dr Cunnac	Collaboration par téléphone et email	**En voie d'autonomisation**	CH (maternité + service d'addictologie) + Maison Ste Marie + CSAPA + Correspondants locaux
Ganges	**Référent maternité :** Dr G.Maistre + E.Lagouardette **Addictologie :** La Draille **Médecin psycho-périnatalité :** M. Durant	Collaboration par téléphone et email + Réunion d'évaluation Auto-questionnaire (19 avril)	**Autonomisation complète** Réunions régulière du réseau local vulnérabilités en périnatalité	Maternité, PMI, Sages-femmes et gynécologues libéraux
Montpellier	**Référents maternités :** C.Chanal, V.Rey, I. Lacroix, K. Havasi **Pédiatre :** E.Mazurier, M.Misraoui **Addictologue :** 1 par structure (6)	Staffs obstétrique et addictologie, 2 reprise de cas (28/05 clinique st Roch, 10/12 clinique Clémentville)	**Autonomisation complète** Animation de la formation périnatalité et addictions locale ouverte à tous les professionnels public-privé-libéral-PMI	Correspondants locaux, ex-P3SM, services d'addictologie

- **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. En 2012, l'ensemble des fiches techniques ont été révisées et mise en ligne. En 2013, le groupe a travaillé à la mise à jour des référentiels. Les référentiels sont des textes de 4 à 6 pages, basés sur des revues de la littérature actualisées, qui constituent un socle commun de connaissances à utiliser en formation pour des professionnels de périnatalité. Ils ont été rédigés par les membres du groupe de pilotage régional qui se sont entourés des professionnels de leur choix dans leur bassin de naissance. Ils sont au nombre de 6 :

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

Le travail de mise à jour a dû être suspendu en juin 2013, il reprendra au retour de la coordinatrice du projet au deuxième trimestre 2014.

Les addictions étant à la frontière d'autres champs liés à la périnatalité, la sage-femme coordinatrice « périnatalité et addictions » de NGLR a également participé en 2013 à la rédaction de référentiels « grossesse et psychopathologies » et « hépatites et grossesse » avec le réseau régional hépatites et par le groupe de pédiatres du LR (GEN-LR) pour les protocoles « syndrome de sevrage aux opiacés », « allaitement et psychotropes », « prise en charge des nourrissons ayant été alcoolisés in utéro ».

V.2.d. Perspectives 2014

- Animation du groupe régional des sages-femmes référentes des maternités,
- Coordination et animation des réseaux de proximité en lien avec les sages-femmes référentes.
- Suivi du repérage régional périnatalité et addictions.
- Mise à jour des référentiels et fiches techniques « périnatalité et addictions ».
- Participation à la rédaction de protocoles régionaux non spécifiques.

VIII. Annexes

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

AUDE

Structures	Travail effectué en 2013	Nombre d'utilisateurs	Evolution de l'utilisation	Perspectives 2014
CH (Narbonne)	- Présentation de la V2 à toute l'équipe et formations à l'utilisation de cette nouvelle version du DCPI - Formation de 2 nouvelles sages-femmes - 2 visites à la maternité et en pédiatrie	- 25 sages-femmes - 3 médecins à temps plein 99 personnes ont accès au DCPI	- Toujours une très bonne utilisation par les sages-femmes - Soutien important à faire concernant le changement de version. C'est un tout nouveau logiciel donc il faut s'habituer à une nouvelle interface	- Soutien important sur l'utilisation du nouveau DCPI afin que l'équipe retrouve une bonne dynamique de travail - Travailler sur la qualité du remplissage des dossiers - Relancer l'interfaçage avec les logiciels locaux pour optimiser l'utilisation
CH Antoine Gayraud (Carcassonne)	- Deux présentation de la nouvelle version à l'équipe - Formation d'une nouvelle gynécologue et soutien des autres - Formation de 9 internes et médecins attachés - Formation d'un médecin généraliste - 6 visites au total	- Tous les médecins travaillants au CH soit 7 temps plein - 4 médecins libéraux - 5 pédiatres - 15 puéricultrices - 50 sages-femmes - 200 personnes ont accès au DCPI -	- Très bonne utilisation du DCPI par tout le personnel - Soutien des équipes lors du passage à la V2, nouveau logiciel entrainant un gros changement d'habitude d'utilisation - Bonne liaison avec la néonat qui utilise également le DCPI	- Soutenir tout le personnel sur la mise en place de la V2 et optimiser son utilisation - Travailler la qualité de remplissage des dossiers - Voir avec le responsable informatique s'ils nécessite la mise en place d'une interface entre leur logiciel et le DCPI -
PMI de l'Aude	- Soutien des sages-femmes de PMI autour de Carcassonne - Formation de deux sages-femmes - 1 visite pour la PMI	- 12 sages-femmes - 1 Gynécologue 37 personnes ont accès au DCPI	Bonne utilisation du DCPI par les sages-femmes autant autour de Carcassonne que de Narbonne	- Soutien auprès du personnel concernant la nouvelle version du DCPI Revoir avec la direction dès que la dématérialisation du CS8 pourra se faire

GARD

Structures	Travail effectué en 2013	Nombre d'utilisateurs	Evolution de l'utilisation	Perspectives 2014
CH (Alès)	- Présentation de l'évolution de la V2 auprès de la cadre et des médecins - 2 visites au total	- 7 médecins - 30 sages-femmes - 72 personnes ont accès au DCPI	- Depuis le deuxième semestre 2012 personne n'utilise plus le DCPI. - Ils sont tous en attente de la V2 pour s'en resservir	- Présentation à l'équipe médicale de la V2 - Formation de tout le personnel, médecins, sages-femmes, pédiatres - Soutiens très intensif auprès des utilisateurs - Formation des SF libérales
CH Louis Pasteur (Bagnols/Cèze)	- Soutien régulier auprès du personnel - Formation d'un nouveau gynéco (FFI) - Formation de 2 nouvelles sages-femmes - Présentation de la V2 et participation aux tests - 5 visites au total	- 5 gynécologues - 30 sages-femmes - 2 pédiatres - 3 gynécologues libéraux - 95 personnes ont accès au DCPI	- Utilisation toujours totale de la part des médecins et des sages-femmes - Présentations de la V2 et soutien au moment de la sortie de celle-ci	- Soutien actif pour la mise en place de la V2 et accompagner le changement de logiciel - Motiver les pédiatres à l'utilisation du DCPI en maternité - Réunion sur la qualité de remplissage du DCPI - aide sur la mise en place de l'interface avec le logiciel de l'hôpital
CHU Caremeau (Nîmes)	- Le service informatique du CHU nous a contacté afin d'organiser des réunions pour permettre l'interface entre leur logiciel et le DCPI afin de pouvoir envoyer des fichiers de leur logiciel vers le DCPI - Pour la récupération des informations du DCPI ils préfèrent que le personnel sache ouvrir le DCPI et aller chercher manuellement les informations dans les dossiers - 4 réunions au total	- Aucun - 60 personnes ont accès au DCPI	- Personne n'utilise le DCPI pour l'instant - Nous avons été contacté afin de relancer l'utilisation en lecture du DCPI	- Prévoir une réunion avec le service informatique pour former les administrateurs - Former tout le personnel de la maternité à la lecture des dossiers DCPI - Continuer de faire avancer l'interface entre leur logiciel et le DCPI avec la V2

HERAULT

Structures	Travail effectué en 2013	Nombre d'utilisateurs	Evolution de l'utilisation	Perspectives 2014
CHU Arnaud de Villeneuve (Montpellier)	- Formation de 4 sages-femmes - Formation de 8 internes - Visites régulière de soutien à tout le personnel - 3 réunions de préparation et de modifications de la V2 - 8 passages sur l'année	- 21 gynécologues - Tous les internes - 10 pédiatres (internes compris) - 100 sages-femmes - 10 anesthésistes - 3 assistantes sociales - 3 psychologues - 1 pédopsychiatre - 360 personnes ont accès au DCPI	- Utilisation du DCPI en routine par tous les acteurs de la maternité - Très bon suivi partagé avec les sages-femmes libérales et de PMI - Quelques médecins libéraux (gynécologues et généralistes) travaillent avec le DCPI	- Continuer le soutien auprès des utilisateurs - Accompagner le changement d'habitudes quant au nouveau DCPI - Travailler sur la qualité de remplissage des dossiers - Finaliser la dématérialisation du CS8 -
CH Béziers	- Présentation de la V2 à toute l'équipe (médecins et sages-femmes) - Soutien de l'équipe à la sortie de la V2 - 3 passages cette année	- 4 gynécologues - 39 sages-femmes - 15 puéricultrices - 8 pédiatres. - 85 personnes ont accès au DCPI	- Utilisation en routine par les sages-femmes et les gynécologues - Meilleure utilisation du DCPI par les pédiatres pour les accouchements. - Pas d'utilisation par ces derniers au cours du séjour en maternité	- Soutien de l'équipe pour la mise en place de la V2 - Accompagnement au changement de version - Formation des pédiatres en suite de couches pour la dématérialisation du CS8
CH Bassin de Thau (Sète)	- Soutien actif auprès des médecins et des sages-femmes de consultation - Soutien de l'équipe de la maternité - Présentation de la V2 - 6 visites au total pour l'année	- 5 gynécologues - 26 sages-femmes - 4 pédiatres - 8 secrétaires - 63 personnes ont accès au DCPI	- Toujours beaucoup de difficulté pour faire adhérer les médecins à l'utilisation - Bonne utilisation de la part des sages-femmes de consultation - Arrêt d'utilisation du DCPI par les médecins depuis septembre 2013 - Disent ne reprendre l'utilisation qu'après la sortie de la V2	- Présentation et formation à la V2 - Soutien actif des équipes de la maternité - Accompagnement plus actif auprès des médecins - Mise en place d'une interface avec leur futur logiciel d'établissement

Structures	Travail effectué en 2013	Nombre d'utilisateurs	Evolution de l'utilisation	Perspectives 2014
Clinique Ste Thérèse (Sète)	- Soutien des sages-femmes sur l'utilisation du DCPI - Formation de deux sages-femmes libérales qui consultent sur la clinique - 2 visites cette année	- Départ a la retraite du gynéco utilisant le DCPI, son collègue s'en sert un peu plus - Toutes les sages-femmes de la maternité soit 10 - 34 personnes ont accès au DCPI	- Bonne utilisation de la part des sages-femmes - Consultations assurées par des sages-femmes libérales	- Soutien du personnel à l'utilisation de la V2 - Inciter les médecins de la clinique à l'utiliser plus.
PMI de l'Hérault	- Soutien des utilisateurs - Formation de 4 nouvelles sages-femmes - Réunion de soutien à l'utilisation de la V2 autour de Béziers	- 21sages-femmes - 4 Gynécologues - 25 personnes ont accès au DCPI	- Les sages-femmes s'en servent très bien - Bonne liaison avec les hôpitaux utilisant le DCPI - Difficultés liées à leur transversalité avec les établissements privés ne l'utilisant pas	- Soutien des sages-femmes utilisatrices - Accompagnement au changement d'utilisation lié à la nouvelle version - Mise en place de la dématérialisation du CS8 dès finalisation du format pivot du ministère
Clinique St Louis (Ganges)	- Pas de visite cette année, uniquement du soutien par téléphone auprès des sages-femmes	- 2 médecins - Toutes les sages-femmes soit 15 - 19 personnes ont accès au DCPI	- Le personnel de la clinique s'en sert régulièrement	- Revoir le personnel quant à l'utilisation de la V2

LOZERE

Structures	Travail effectué en 2013	Nb d'utilisateurs	Evolution de l'utilisation	Perspectives 2014
CH de Mende	- Soutien régulier de l'équipe de sages-femmes - Formation de 2 nouvelles sages-femmes - Présentation et soutien à la mise en place de la V2 - Soutien auprès des pédiatres sur la V2 - 2 visites cette année	- 3 médecins - 2 pédiatres - 16 sages-femmes - 54 personnes ont accès au DCPI	- L'utilisation du DCPI en routine par l'équipe de sages-femmes - Les gynécologues utilisent très peu le DCPI - Les pédiatres s'en servent parfaitement dans le cadre de la maternité, aucune utilisation du dossier néonatal.	- Soutien à la mise en route de la V2 du DCPI auprès de tout le personnel - Utilisation du DCPI par les médecins en consultation - Voir s'il y a utilité de former le personnel de pédiatrie pour la lecture des dossiers
PMI de la Lozère	- Contact téléphonique avec la sage-femme	- 2 sages-femmes - 5 médecins - 5 puéricultrices	- Bonne utilisation de la part des sages-femmes - Les médecins le consulte rarement	- Soutien du personnel - Présentation de la dématérialisation du CS8

PYRENNES ORIENTALES

Structures	Travail effectué en 2013	Nb d'utilisateurs	Evolution de l'utilisation	Perspectives 2014
CH St Jean (Perpignan)	- Aucune visite au CH de Perpignan cette année - Présentation de la nouvelle version prévue en janvier 2014	- Plus aucun - 77 personnes ont accès au DCPI	- Pas d'utilisation du DCPI cette année	- Réunion de présentation de la V2 aux médecins et à l'équipe informatique - Recommencer l'utilisation du DCPI avec la nouvelle version (V2) - Reformer tous les médecins, les sages-femmes et les pédiatres - Soutien maximum au moment du démarrage

VIII.3. Annexe 2 : Plaquettes des Journées 2013 du réseau NLR

Naître & Grandir
en languedoc roussillon

Journée d'hiver du réseau périnatal

Formation

sous la présidence du
Pr Denis GALLOT
CHU Clermont-Ferrand

Vendredi 25 janvier 2013
8h30 - 17h00

CENTRE DES CONGRES
PHARE DE LA MEDITERRANEE
PALAVAS LES FLOTS

naître en languedoc roussillon

Grandir en languedoc roussillon

ars

PROGRAMME MATIN
Journée d'hiver

8h30	*Accueil*
8h45	Ouverture de la journée par la présidente de NGLR *Laurence CASSE*
	Modérateurs *Massimo DI MAIO - Guillaume CAPTIER*
9h00-9h30	Recommandations du CNGOF sur les utérus cicatriciels *Pierre BOULOT*
9h30-10h15	La prise en charge des Menaces d'Accouchement Prématuré à membranes intactes en 2013 *Denis GALLOT*
10h15-10h45	Les problèmes liés à l'indétermination sexuelle chez l'enfant *Nicolas KALFA*
10h45-11h15	*Pause café, visite des stands*
	Modérateurs *Pierre BOULOT - Estelle MORAU*
11h15-12h00	Les nouveautés dans le traitement des hémorragies de la délivrance *Anne WERNET*
12h10-12h30	Les indicateurs périnatals régionaux et nationaux *Bernard LEDESERT*
12h30	*Déjeuner pris sur place au restaurant panoramique du phare de PALAVAS (sur inscription)*

PROGRAMME APRES-MIDI
Le moment pratique

14h30-17h00	*Atelier au choix*
A1	Atelier de simulation sur mannequin adulte : gestes d'urgence arrêt cardiaque maternel *Isabelle GIRAUD* *Gilles DEBIEN*
A2	Atelier pour les Sages-Femmes : contraception *Paul BENOS* *Nadia RACHEDI*
A3	Atelier de réanimation du nouveau-né *Maliha BADR* *Massimo DI MAIO*
A4	Atelier de surveillance du travail : cas cliniques *Laetitia BEGUE* *Marie-Hélène THIBAULT*

Cette formation s'adresse à tous les professionnels de la périnatalité de la région Languedoc-Roussillon

Objectifs de la journée

Mise à jour des connaissances
Harmonisation des pratiques
Travail en réseau

Méthodes utilisées

Apports théoriques validés
Ateliers pratiques
Revues de littérature

Naître & Grandir
en languedoc roussillon

Journée de printemps du réseau périnatal

Formation

Jeudi 20 juin 2013
8h30 - 17h30

CENTRE DES CONGRES
PHARE DE LA MEDITERRANEE
PALAVAS LES FLOTS

naître en languedoc roussillon

Grandir en languedoc roussillon

ars

PROGRAMME MATIN

8h00	*Accueil*
8h30	Ouverture de la journée. *Laurence Cassé*
8h45	Dépistage de la trisomie 21 par l'ADN foetal dans le sang maternel. *David Geneviève*
9h30	**La physiologie en périnatalité** *Modérateurs* *Gisèle Criballet, Jacques Dubourdieu*
	Côté maternel
09h30-10h00	Modalités d'utilisation de l'ocytocine et ses risques. *Pierre Boulot*
10h00-10h30	Controverse : un accouchement sous péridurale est-il physiologique ? *"Oui" Estelle Morau* *"Non" Nadine Bouënel*
10h45-11h15	*Pause café, visite des stands*
11h15-11h45	Espaces physiologiques : une expérience évaluée au CHU Hautepierre de Strasbourg. *Nadine Knezovic-Daniel*
	Côté nouveau-né
11h45-12h15	Le peau à peau en salle de naissance : les conditions de sécurité. *Manoëlle Durant*
12h15-12h45	Quid du surfactant en salle de naissance ? *Fernando Benito-Castro*
	Repas libre ou pris sur place

PROGRAMME APRÈS-MIDI
Le moment pratique

14h30- 16h30	*Atelier au choix*
A1	De la prévention en ante natal à la protection de l'enfant : à partir d'une situation clinique. *Marc Reyrolle, Corinne Chanal, Brigitte Baranoff, Joël Roy, Mme Dodivers, Vincent Palasse*
A2	Contraception pour les sages-femmes : contraception orale, pose de stérilet et implant. *Carole Durand*
A3	Mise en place pratique de l'hypothermie pour les asphyxies périnatales dans notre région. *Maliha Badr, Bénédicte Sauca*
A4	Prise en charge des hémorragies de la délivrance (timing, Exacyl,Bakri...). *Pierre Boulot, Franck Bolandard*
A5	Echographie dépistage T21 : mesure clarté nucale et longueur cranio-caudale. *Marcel Bäumler, Marie-Pascale Le Gac*

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE 16h30

Cette formation s'adresse à tous les professionnels de la périnatalité de la région Languedoc-Roussillon

Objectifs de la journée
- *Mise à jour des connaissances*
- *Harmonisation des pratiques*
- *Travail en réseau*

Méthodes utilisées
- *Apports théoriques validés*
- *Ateliers pratiques*
- *Revues de littérature*