Naître & Grandir
en languedoc roussillon

naître
en languedoc roussillon

RAPPORT D'ACTIVITÉ 2014

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 11

Le réseau « Naître en Languedoc-Roussillon » 15

I. Les objectifs du réseau « Naître en Languedoc-Roussillon » 17
I.1. Objectifs principaux 17
I.2. Plan d'action 2014 17
I.3. Financement 17

II. Organisation du réseau « Naître en Languedoc-Roussillon » 18
II.1. Le comité scientifique du réseau « Naître en Languedoc-Roussillon » 18
II.2. La cellule de coordination du réseau « Naître en Languedoc-Roussillon » 20

III. Les adhérents du réseau « Naître en Languedoc-Roussillon » 21
III.1. Nombre d'adhérents 21
III.2. Evolution des adhésions 21
III.3. Les professionnels adhérents du réseau à titre individuel 22
III.5. Les structures impliquées dans le réseau 25

IV. Les missions du réseau « Naître en Languedoc-Roussillon » en 2014 26
IV.1. Promotion et accompagnement à la mise en place du Dossier Commun Périnatal Informatisé (DCPI) 26
IV.3. Analyse rétrospective de dossiers de mortalité et morbidité périnatale (RMM) 34
IV.4. Les Journées du Réseau 39
IV.5. Journée Naître et grandir avec une fente labio-palatine 43
IV.6. Elaboration et diffusion de référentiels de soins périnatals 45
IV.8. Organisation du dépistage de la trisomie 21 48
IV.9. Actions de coordination et de communication 50
IV.10. Promotion de l'allaitement maternel 59
IV.11. Périnatalité et addictions 65

VIII. Annexe : Affiche de la journée d'hiver du 28 novembre 2014 77

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 périnatal a été affirmée par la Commission régionale de la naissance (CRN) dès 1999, suite à l'enquête EPIPAGE en 1996-1997 et à la définition d'un plan d'action. La création du réseau est apparue à la CRN comme un des moyens organisationnels incontournables pour améliorer la situation périnatale en Languedoc-Roussillon. De fait, depuis 1999, les indicateurs périnatals régionaux se sont nettement améliorés.

Les statuts de l'association « Naître et Grandir 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, elle est dirigée par un conseil d'administration composé de représentants de l'ensemble des professions et des institutions intervenant en périnatalité dans la région.

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

En 2009 avec la mise en place du réseau d'aval de suivi des nouveau-nés vulnérables, « Grandir en Languedoc-Roussillon », le nom de l'association est devenu « Naître et Grandir en Languedoc-Roussillon » suite au vote de l'assemblée générale du 16 juin 2009.

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.

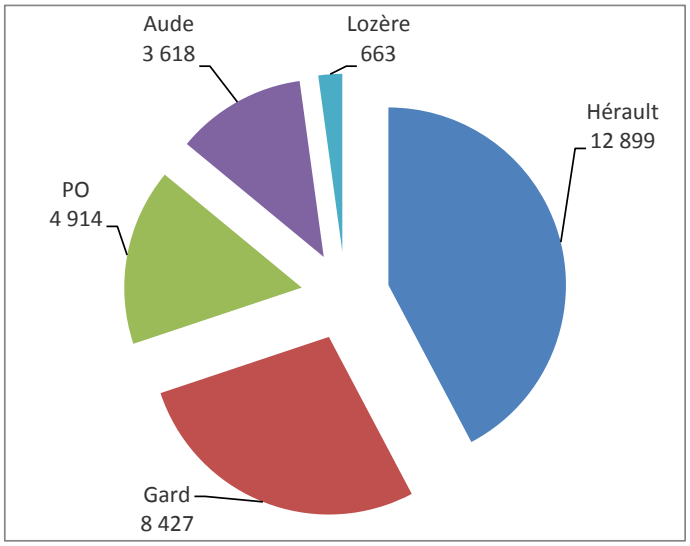
Fin 2013, le réseau s'est vu confier par l'Agence régionale de santé (ARS) la mission de coordination du dépistage néo-natal des troubles de l'audition qui a été mise en place au cours de l'année 2014. A ce titre, le conseil d'administration de l'association a été élargi et intègre désormais un médecin ORL.

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

II.1. Les naissances

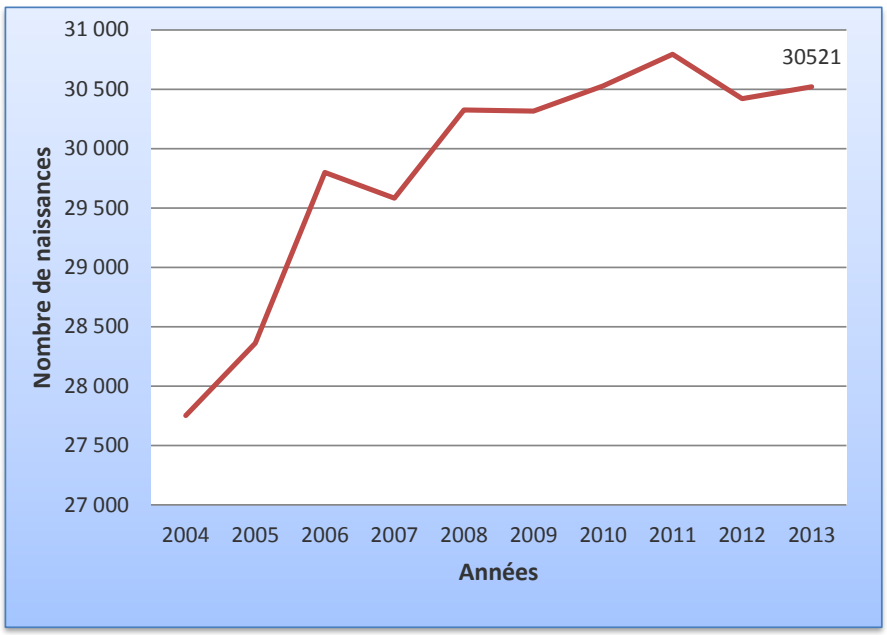
Les derniers chiffres de l'INSEE indiquent un nombre de 30 521 naissances vivantes domiciliées en Languedoc-Roussillon au 31 décembre 2013.

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

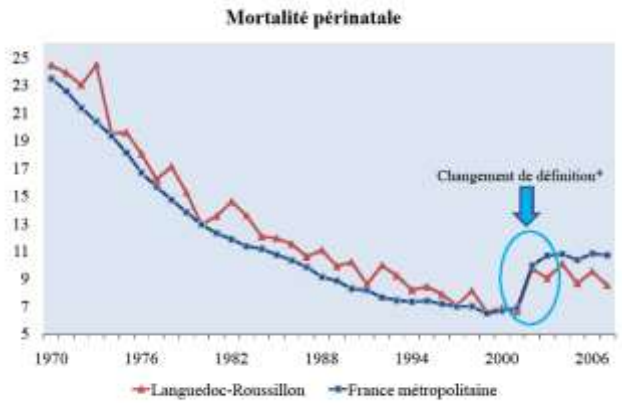
Selon l'Insee, en 2012 le taux de natalité dans la région (11,2 ‰) était légèrement inférieur au taux de natalité au niveau national (12,6 ‰). De même, l'indicateur de fécondité était de 1,95 enfant par femme contre 2,01 en moyenne nationale.

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 périnatalité avec des effets sur la santé des mères et des nouveau-nés. 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 2e 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 21e 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

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 ont pour support juridique une association loi 1901 dénommée « Naître et Grandir en Languedoc-Roussillon». Le fonctionnement de NGLR a été assuré en 2014 par :

- ***un conseil d'administration*** : composé 32 membres (dont 11 suppléants) représentant l'ensemble des professionnels et des structures de la périnatalité dans la région qui a élu :
  - **un bureau** composé de 5 personnes qui a élu :
    - ***une présidente : Laurence Cassé***
- ***Une cellule de coordination*** composée de ***:***
  - 7 salariés : 1 ETP de coordinatrice générale de NGLR et médicale du réseau Naître en LR, 1 ETP de coordinateur administratif et référent évaluation, 0,2 ETP de médecin ORL coordinateur médical du dépistage néonatal des troubles de l'audition, 3 ETP d'assistante de direction (NLR, GLR, Audition) et 1 ETP de secrétaire ;
  - 1 ETP de pédiatre coordinatrice médicale du réseau Grandir en LR, mis à disposition du réseau par le CHRU de Nîmes (80 % ETP à compter du 1er juillet 2014) ;
  - 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 (50 % ETP à compter du 1er septembre 2014);
  - 75 % 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 CHRU de Montpellier, le CHRU de Nîmes et le CH de Perpignan ;
  - 30 % ETP sage-femme addictologue mise à disposition du réseau par le CHRU 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 ».

La composition du conseil d'administration issue des dernières élections partielles de Juin 2014 est précisée dans le tableau suivant.

Tableau 4 : Les membres du CA suite aux élections de Juin 2014

COLLEGE	TITULAIRE	SUPPLEANT
Echographistes ou radiologues	MOUSTY Eve	LE GAC Marie-Pascale
Puéricultrices	DIAZ Françoise	
2 Représentants de la FHP	LAURIN-ROURE Catherine PONSEILLE Guillaume	PASINETTI Anne-Marie COLLON Marie-Christine
Chirurgiens pédiatriques	CAPTIER Guillaume	
Gynécologues obstétriciens	BOULOT Pierre	FORGET Séverine
Représentant d'Institution de formation professionnelle	COURTIN Valérie	LECOINTE Véronique
Sages-femmes	CASSÉ Laurence	FERRER Manuel
Représentant d'associations d'usagers	PUECH Lydia (NeoNin's)	

COLLEGE	TITULAIRE	SUPPLEANT
Transporteurs	COTIN Magali	
Représentant d'un Centre Hospitalier Général	ROQUET Olivier (CH Narbonne)	
Représentant d'un Centre Hospitalier Universitaire	LETOUZEY Vincent (CHU Nîmes)	
Pédiatres	PLAN Odile	MASRI Christian / SAUCA Bénédicte
Représentant d'un réseau périnatal de proximité	SAPEDE Elisabeth (RESEDA)	GAZEILLE Dorothée (Réseau périnatal nîmois)
Médecins généralistes	DUNAND Thierry	
Anesthésistes réanimateurs	WERNET Anne	
Conseils Généraux 11-30-34-48-66	BLARD Hélène (CG 30)	
Psychiatre ou psychologue	ROY Joël	
Représentant d'un CAMSP	WALTER-LOUVIER Ulrich	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 17 septembre 2014 qui a débouché sur une nouvelle composition détaillée dans le tableau ci-dessous.

Tableau 5 : Les membres du bureau élus en Septembre 2014

Fonction	Nom Prénom	Public/Privé
Présidente	CASSE Laurence	Libérale
Vice-Président	LETOUZEY Vincent	Public
Trésorière	DIAZ Françoise	Public
Trésorier adjoint	Non-pourvu	
Secrétaire	LAURIN-ROURE Catherine	Public
Secrétaire-adjoint	DUNAND Thierry	Libéral

En 2014, une Assemblée générale ordinaire et une Assemblée générale extraordinaire ont été organisées, le Conseil d'administration s'est réuni 5 fois et le bureau s'est réuni 4 fois. Le détail de ces réunions est présenté dans le tableau ci-après.

Tableau 6 : Calendrier des réunions en 2014

Organe	Nbre de réunions	Date des réunions	Nombre total de participants	Thèmes des réunions
Assemblée générale ordinaire	1	27 juin 2014	Adhérents : 84 Présents : 20 Représentés : 28	▪ Rapport moral du Président ▪ Rapport financier du Trésorier ▪ Prévisionnel 2014 ▪ Rapport du commissaire aux comptes ▪ Approbation des comptes 2013 ▪ Montant des cotisations 2015
Assemblée générale ordinaire	1	27 juin 2014	Présents : 20 Représentés : 28	▪ Modification des statuts ▪ Renouvellement du Conseil d'administration par tiers
Conseil d'administration	5	6 février 2014	6 présents	▪ Comptes 2013 et Rapport d'activité 2013 ▪ Lancement V2 du DCPI et Audit du GCS esanté ▪ Agrément DPC ▪ EPP césarienne programmée
		14 Mai 2014	6 présents	▪ Arrêt des comptes ▪ Bilan moral ▪ Organisation des AG du 27 juin : Candidatures au CA et Modification des statuts ▪ Site internet : nouveau prestataire ▪ Externalisation de la DRH
		2 juillet 2014	6 présents	▪ Evolution du planning annuel de l'association (Journées, Assemblée générale) ▪ Temps de mise à disposition du pédiatre coordinateur de GLR
		17 septembre 2014	14 présents	▪ Election du bureau ▪ Durée des mandats des administrateurs ▪ Organisation interne de l'association ▪ Projet de site internet ▪ Projet de déménagement ▪ Journées NGLR
		25 novembre 2014	11 présents	▪ Conclusion de l'Audit du DCPI ▪ CPOM et Orientations NGLR 2015 ▪ Constitution du collectif inter-réseau Résod'Oc ▪ Projet de déménagement ▪ Site internet
Bureau	5	Concertations téléphoniques et par mail, réunions les 25 mars, 14 mai, 2 juillet, 15 octobre et 17 décembre environ une réunion par mois avec la Présidente	Tous les membres	▪ Vie associative : élections, CA et de l'AG ▪ Externalisation de la gestion des ressources humaines ▪ Agrément DPC ▪ Suivi financier et suivi des actions ▪ Organisation des réunions et manifestations ▪ Nouveau site internet ▪ Point sur les actions (NLR, GLR, Audition) ▪ Constitution du collectif inter-réseau Résod'Oc ▪ Projet de déménagement

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.

Le cahier des charges national est actuellement en cours de révision avec le concours de NGLR. Par ailleurs, la nouvelle convention pluriannuelle d'objectifs et de moyens signée entre l'ARS et l'association NGLR en 2014 définie les 3 orientations suivantes pour le réseau Naître en LR :

- Contribuer à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins et des prises en charge dans la logique des missions socle du réseau
- Contribuer à la prévention et à la promotion de la santé en périnatalité
- Contribuer à la réflexion et à l'animation de la politique périnatale régionale

I.2. Plan d'action 2014

Les priorités engagées en 2014 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 ;
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- participer à l'organisation du dépistage de la Trisomie 21 au 1er trimestre de la grossesse ;
6- promouvoir l'allaitement maternel ;
7- poursuivre le programme régional de prévention des addictions en périnatalité ;
8- 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,
9- 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 puis par le FIQCS jusqu'à fin 2011 et par le FIR depuis 2012.
- Le réseau a été financé en 2014 par la Direction de la santé publique et de l'environnement (DSPE) de l'ARS pour assurer la promotion de l'allaitement maternel dans le cadre de la mise en place d'un contrat local de santé en Pays Cœur d'Hérault.
- Les laboratoires suivants ont apporté leur soutien au réseau « Naître en Languedoc-Roussillon » : *VIFOR PHARAMA, COOK MEDICAL, GE medical Systems S.C.S, NATech* et *IPRAD*. L'association Naître et Grandir en Languedoc-Roussillon veille à ce que ce soutien ne donne pas lieu à conflit d'intérêt et un membre du bureau a été nommé à cet effet.

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 2014 par :

- ⇨ ***un comité de pilotage*** : formé par la présidente (Laurence Cassé) et le conseil d'administration (voir ci-dessus) ;
- ⇨ ***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*** constituée de 7 permanents.

II.1. Le comité scientifique du réseau « Naître en Languedoc-Roussillon »

Les missions du comité scientifique ont 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 référentiels en identifiant ceux à rédiger ou à mettre à jour, en coordonnant les groupes de travail thématiques et en validant le contenu des référentiels ;
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 : référentiels, 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'intérêts dans les actions du réseau *via* la création d'une sous-commission dédiée à ce travail.

Le comité scientifique se réunit au moins une fois par an. Suite à cette réunion, les échanges et sollicitations se font par mails et sont validés par les membres du conseil d'administration. Le comité scientifique est ainsi systématiquement sollicité pour l'élaboration et la validation des programmes des journées annuelles et l'appel à dossier pour les RMM. Enfin, les membres du comité scientifique sont invités à participer aux réunions de rédaction des référentiels.

En 2014, le comité scientifique s'est réuni le 17 février comme ordre du jour :

- la finalisation de l'Etude MOMAT (étude sur la morbidité sévère en région LR en 2011) ;
- les référentiels : nouveautés et mises à jour ;
- l'EPP sur la césarienne programmée et les suites à donner ;
- l'organisation de la RMM du 25 mars 19h30 à Montpellier consacrée à la fœtopathologie ;
- les journées du réseau ;
- proposition de thèmes de formation ;
- agrément DPC.

Le 14 janvier 2014 Gisèle Criballet, coordinatrice générale et Séverine Forget, gynécologue obstétricienne référente du comité scientifique avec le Professeur Pierre Boulot, Gynécologue obstétricien, ont travaillé sur la procédure de sollicitation pour avis du comité scientifique. Par ailleurs, à la demande des référents du comité scientifique les programmes des formations en simulation proposées par le CESU 34 de Montpelier et le CHRU de Nîmes ont été diffusés à l'ensemble des professionnels de la région.

Tableau 7 : Liste des membres du comité scientifique en 2014

NOM	PRENOM	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	CHRU 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
BOYER	Agnès	Sage-femme libérale	libérale Montpellier
CAPTIER	Guillaume	Chirurgien pédiatrique	CHRU Montpellier
CASSÉ	Laurence	Sage-femme	libérale
CHANAL	Corinne	Sage-femme addiction	CHRU Montpellier
COHEN	Maurice	Gynéco-obstétricien	CH Alès/libéral
COLLON	Marie-Christine	Sage-femme cadre	Clinique St Thérèse Sète
DI MAIO	Massimo	Pédiatre	CHRU Nîmes
DUNAND	Thierry	Médecin généraliste	libéral Béziers
DUPUY	Renée-Pierre	Pédiatre	Réseau NGLR
FORGET	Séverine	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	CHRU Nîmes
LETOUZEY	Vincent	Gynéco-obstétricien	CHRU Nîmes
LIEBENS	Sophie	Gynéco-obstétricien	Clinique Ganges
MARTINEZ	Mathieu	Sage-femme	Montpellier Conseil de l'ordre des SF
MASIA	Florent	Gynéco-obstétricien	CHRU Nîmes
MASSON	Guy	Gynéco-obstétricien	retraité
MOUTTE BADER	Anne Marie	Gynéco-obstétricien	Clinique Ganges
MOUSTY	Eve	Gynéco-obstétricien	CHRU Nîmes
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	CHRU 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	Ecole SF Nîmes

II.2. La cellule de coordination du réseau « Naître en Languedoc-Roussillon »

La cellule de coordination est composée de 7 personnes dont 4 salariées de l'association, et 2 personnes sont mises à disposition des Centres Hospitaliers et une pesonne exerce en indépendante.

Tableau 8 : Effectifs de l'équipe de coordination du réseau Naître en Languedoc-Roussillon en 2014

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 Passage à mi-temps le 1er septembre 2014	Mise à disposition par le Centre Hospitalier d'Alès	**Fabien ARMAND**
Secrétaire (Mutualisation avec le réseau d'aval)	20%	03/01/2013	Salarié CDD	**Anne Vidal**
Sage-femme référente « Périnatalité et Addictions »	30 %	1/09/2008	Mise à disposition par le CHRU de Montpellier	**Corinne CHANAL**
Consultante en lactation		01/01/2009	Indépendant	**Danièle Bruguières**

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

III.1. Nombre d'adhérents

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).

1549 professionnels adhérents au réseau	Tous signataires de la charte constitutive du réseau
20 maternités des secteurs public/privé 2 centres périnatals de proximité Les 5 Conseils généraux de la région	

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 »**

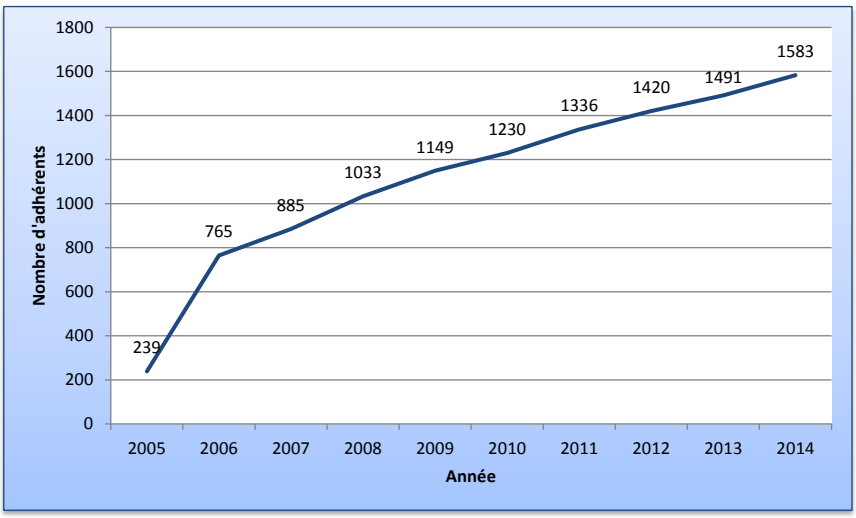
Tous les adhérents du réseau périnatal peuvent également être membres de l'association du réseau périnatal, s'ils souhaitent participer à la vie administrative de l'association : assemblée générale, conseil d'administration et bureau.

Pour cela, ils doivent être à jour de la cotisation annuelle dont le montant est voté en Assemblée Générale Ordinaire (25 € en 2014 pour les personnes physiques, 100 € pour les personnes morales). En 2014, 90 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 **1583** au 31 décembre 2014 : 34 personnes morales et 1549 personnes physiques ayant signé la charte. Depuis 2009, le nombre de personnes physiques adhérentes augmente en moyenne chaque année d'environ 7 %.

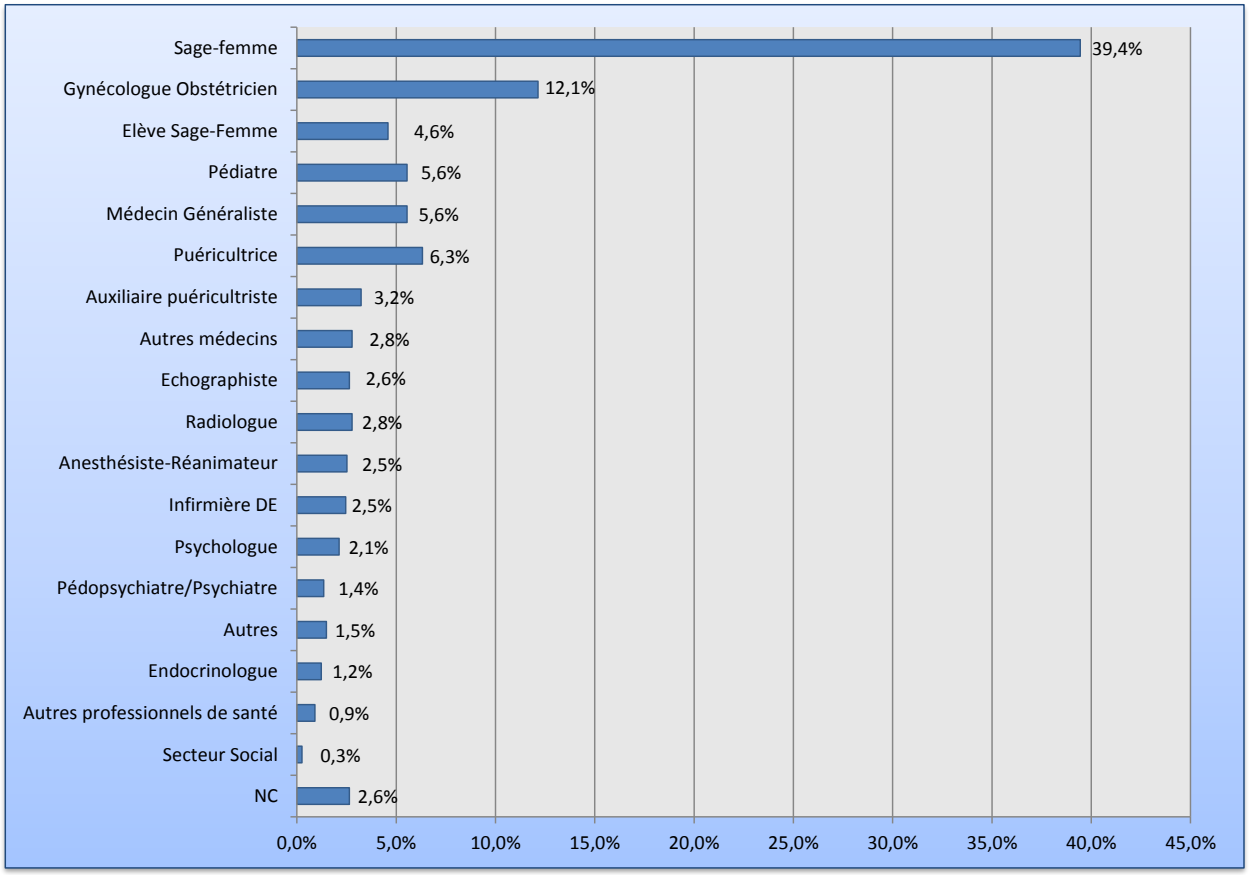
Graphique 3 : Evolution du nombre d'adhérents 2005 – 2014



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

Le graphique ci-dessous montre à la fois que les adhérents au réseau sont composés pour plus de la 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 2014[1]



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

Tableau 9 : Adhérents par profession et mode d'exercice au 31 décembre 2014

Mode d'exercice		Libéraux		Hospitaliers		Salariés privés		Mixte		Conseil Général / PMI		Retraités		NC	
Professions	**Total**	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Anesthésiste-Réanimateur	**39**	8	21%	30	77%							1	3%		
Echographiste	**41**	32	78%	6	15%			3	7%						
Endocrinologue	**19**	11	58%	7	37%			1	5%						
Gynécologue Obstétricien	**188**	97	52%	70	37%	3	2%	13	7%	1	1%	2	1%	2	1%
Médecin Généraliste	**86**	68	79%	2	2%	2	2%	1	1%	10	12%	1	1%	2	2%
Pédopsychiatre/ Psychiatre	**21**	7	33%	9	43%	4	19%	1	5%						
Pédiatre	**86**	33	38%	37	43%	3	3%	5	6%	6	7%			2	2%
Radiologue	**43**	37	86%	4	9%							1	2%	1	2%
Autres médecins[2]	**43**	10	23%	23	53%	3	7%	6	14%	1	2%				
Total Médecins	**566**	**303**	**54%**	**188**	**33%**	**15**	**3%**	**30**	**5%**	**18**	**3%**	**5**	**0,9%**	**7**	**1,2%**
Sage-femme	**611**	148	24%	288	47%	99	16%	23	4%	38	6%	3	0%	12	2%
Elève Sage-Femme	**71**			63	89%									8	11%
Infirmière DE	**38**	1	3%	18	47%	11	29%			6	16%			2	5%
Psychologue	**33**	6	18%	13	39%	7	21%	5	15%	2	6%				
Puéricultrice	**98**	1	1%	44	45%	17	17%			32	33%	1	1%	3	3%
Auxiliaire puéricultriste	**50**			17	34%	31	62%			1	2%			1	2%
Autres professionnels de santé[3]	**14**	2	14%	8	57%	1	7%							3	21%
Secteur Social	**4**			3	75%					1	25%				
Autres[4]	**23**	13	57%	6	26%	1	4%	1	4%			1	4%	1	4%
Non-communiqué	**41**	7	17%	15	37%	11	27%			2	5%			6	15%
Total	**1549**	**481**	**31%**	**663**	**43%**	**193**	**12%**	**59**	**4%**	**100**	**6%**	**10**	**1%**	**43**	**3%**

Le réseau compte donc parmi ses adhérents :

- 566 médecins (toutes spécialités confondues) ;
- 611 sages-femmes soit environ 65 % des SF exerçant dans la région[5] ;
- 188 gynécologues-obstétriciens soit environ 70 % des GO exerçant dans la région ;
- 86 pédiatres soit environ 30 % des pédiatres exerçant dans la région.

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

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

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

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

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

L'implication des professionnels au sein du réseau se fait selon diverses modalités :

- 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.

Les professionnels sont invités à informer les patientes de leur appartenance au réseau de santé périnatal régional, dans les cabinets, les lieux de consultation et les maternités.

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'enrichir leurs compétences et leurs pratiques professionnelles.

III.5. Les structures impliquées dans le réseau

34 structures étaient à jour de cotisation au 31 décembre 2014 : 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 10 : Structures adhérentes du réseau au 31 décembre 2014

Département	Liste des structures	Nombre total
	Maternités Publiques	
Aude	1. CH de Narbonne 2. CH Antoine Gayraud (Carcassonne)	**2**
Gard	3. CHRU 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. CHRU 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 (Béziers) 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) 30. Institut Saint-Pierre	**5**
Lozère	31. Conseil général de la Lozère, Direction PMI	**1**
P-O	32. Conseil général des PO, Direction PMI 33. CAMSP des PO 34. Association NeoNin's	**3**
Total		**34**

IV. Les missions du réseau « Naître en Languedoc-Roussillon » en 2014

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

Tableau 11 : 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 facilitant et en sécurisant l'échange 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'année 2014 a été marquée par la réalisation d'un audit du DCPI mené par le GCS esanté.	
Nombre de nouveaux utilisateurs formés	69
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**	20 % 90 %
Principales perspectives pour 2015	
○ La réalisation d'une « Etude sur la sécurisation du recueil et des échanges de données en périnatalité en LR ». ○ Le suivi du développement des interfaces avec les logiciels d'établissements. ○ Le 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 (DCPI) 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. A partir de 2007, la mise à disposition d'une solution informatique opérationnelle et la promotion de celle-ci ont été effectuées

par Fabien Armand, sage-femme mis à disposition par le CH d'Alès et Gisèle Criballet, coordinatrice du réseau Naître en LR et le président du réseau en 2007 le Professeur Pierre Boulot.

IV.1.b. Finalité

La principale finalité du DCPI est de favoriser l'échange 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 meilleure prise en charge des femmes enceintes.

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 utilisation 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 Département Informatique Médical (DIM).

Lors des réunions de décembre 2008 à l'ARH en présence des représentants des établissements et des fédérations d'hospitalisations publiques et privées, il est apparu nécessaire qu'une structure unique assure un pilotage lisible et de réunir dans une commission les 21 maternités. Le réseau NGLR est ainsi devenu la structure pilote, rassemblant l'ensemble des établissements de la région et l'unique interlocuteur de la société éditrice du DCPI.

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, changement 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 12 : Participations du réseau au comité restreint du GCS e-santé en 2014

Date	Thème abordé lié à la périnatalité
12/03/2014	Aucun
14/05/2014	Aucun
25/06/2014	Aucun
29/07/2014	Présentation de l'audit mené par le GCS e-santé

- **Evolutions techniques du DCPI**
  - Dématérialisation de la Consultation à 8 jours (CS8)

Le conseil général de l'Hérault (CG) nous a recontactés en 2014 afin de relancer la dématérialisation du CS8. Les développements nécessaires pour leur logiciel (HORUS de GFI) sont enfin terminés et le CG souhaite donc que nous puissions refaire des tests concernant l'envoi informatique des renseignements du CS8. Nous avons donc repris les premiers tests d'envoi de ces informations sur le serveur ministériel. Ces premiers tests ont eu lieu au cours du mois de décembre 2014.

Dans les premiers mois de 2015, lorsque les envois d'informations fictives seront validés, nous passerons aux premiers tests « réels ». Ces tests seront très probablement faits avec les pédiatres du CH de Béziers car c'est le seul établissement du département qui utilise le DCPI dans son intégralité, sorties de la maternité comprises.

  - Interfaces avec les logiciels d'établissements

5 établissements de la région ont entamé des démarches pour la réalisation d'interfaces entre leur logiciel d'établissement et le DCPI.

CH de Perpignan - Lors d'une réunion avec le responsable informatique du CH ce dernier a émis la volonté de réaliser une interface entre le DCPI et leur logiciel de gestion administrative en amont de toute utilisation afin d'éviter au maximum les ressaisies. Cette interface, tout comme le déploiement du DCPI au sein de l'établissement, n'est à ce jour toujours pas réalisée.

CH de Béziers - la maternité nous a contacté à la suite de l'acquisition d'un dispositif de centralisation des monitorings en salle d'accouchement qu'elle souhaite interfacer avec le DCPI afin d'y importer les enregistrements de monitoring du travail. Un premier devis a été proposé par la société SQLI. Toutefois, ce devis étant jugé trop onéreux, le réseau est intervenu auprès de SQLI afin qu'elle propose un nouveau devis plus abordable. Le responsable informatique devait également contacter le directeur de SQLI pour lui demander une remise afin de pouvoir concrétiser ce projet. Nous avons tenté de recontacter le responsable informatique du CH de Béziers et la société MOSOS, éditeur du logiciel de centralisation mais sans résultats. Cette interface n'est donc pas faite à ce jour.

CH Sète - Le CH de Sète a acquis au cours de l'année 2014 un nouveau dossier patient informatisé auprès de la société MEDASYS, éditeur du logiciel DxCare, logiciel qui équipe également le CHRU de Montpellier. La direction du CH de Sète a fait une demande de devis pour un interfaçage avec le DCPI. La société SQLI a donc établi un devis qui a été accepté par la direction du CH de Sète. Depuis il n'y a plus aucun contact concernant cette interface.

CHRU Montpellier - En fin d'année 2014, le CHRU de Montpellier a fait une demande de devis auprès de SQLI pour faire une interface entre DxCare (société MEDASYS) et le DCPI (société IDO-In, anciennement SQLI). Ce devis concerne une interface d'échange de documents entre les deux logiciels, de manière non structurés dans un premier temps puis, dans un second temps, pour la réalisation d'échanges structurés. Cette négociation va se poursuivre sur le premier trimestre 2015.

CH de Narbonne - Le CH de Narbonne s'est équipé en 2014 d'un nouveau dossier patient informatisé et la direction souhaitait qu'une interface soit réalisée le plus rapidement possible entre leur solution (Hôpital Manageur) et le DCPI. Nous avons rencontré l'équipe de la société Softway, éditeur de HM, et nous avons organisé une réunion téléphonique entre Softway, IDO-In et le réseau. Suite à cette réunion nous avons pu établir une possibilité d'interface entre les deux logiciels, uniquement pour des données non structurées car le logiciel fourni par Softway ne permet pas encore d'échanges structurés. Les derniers échanges entre Softway et IDO-in étaient des échanges techniques pour les possibilités de réalisation de ces interfaces courant novembre.

- Développement et déploiement de la seconde version du DCPI

La bascule sur la V2 du DCPI s'est faite le 13 décembre 2013 et les premiers mois d'utilisation ont été assez difficiles. En effet le changement de version a été perçu par bon nombre d'utilisateurs comme assez abrupt. Les réunions de présentation menées dans tous les établissements n'avaient en effet pas pu toucher l'ensemble du personnel utilisateur.

Au cours du premier trimestre 2014, nous nous sommes rendus dans tous les établissements utilisateurs afin de soutenir les utilisateurs et leur expliquer toutes les nouveautés apportées par cette V2. Afin de ne pas retarder la sortie de cette V2 une partie des développements demandés ont été réalisés au cours de l'année 2014 :

- impression (sous format PDF) de toutes les pages du dossier ;
- fonction de recherche des patientes uniquement par sa date de naissance ;
- automatisation de la saisie de la consultation du nouveau-né « normale » ;
- tableau de surveillance des hémorragies selon les recommandations HAS ;
- modification de lecture d'un tableau de résumé des consultations ;
- correction du tableau des examens complémentaire ;
- code couleur pour les césariennes réalisées en urgence ;
- analyse du rythme cardiaque fœtal basée sur la classification FIGO ;
- onglet du partogramme pour la saisie des médications intraveineuses en cours de travail ;
- consultation rapide des 10 derniers dossiers ouverts par l'utilisateur ;
- développement du serveur de statistiques en temps réel.

Lors de la mise en place de cette nouvelle version nous avons rencontré de gros problèmes de lenteurs sur les ouvertures de sessions et les changements de pages. Ces lenteurs étaient dues aux versions de navigateur internet assez anciennes utilisées dans la majorité des établissements. Des optimisations ont été développées afin de régler ces problèmes.

- Développement de l'outil de statistiques du DCPI

Le développement d'un outil de traitement des données issues du DCPI a démarré au cours du dernier trimestre de l'année 2014. Cet outil sera constitué de requêtes prédéfinies qui permettront de disposer de statistiques en temps réel. Plusieurs niveaux d'utilisation de cet outil ont été identifiés et les profils d'utilisateurs seront déterminés par le réseau.

Les administrateurs de cet outil auront la possibilité de créer de nouvelles requêtes tandis que les utilisateurs simples pourront utiliser seulement les requêtes préexistantes.

Il est prévu dans un premier temps de développer les indicateurs du tableau de bord des maternités de la région pour les accouchements (cf. p.51). Après un contrôle de qualité des informations recueillies dans le DCPI il sera éventuellement possible aux maternités qui utilisent le DCPI pour la totalité de leurs accouchements de ne pas avoir à remplir le tableau de bord car une extraction de ce dernier pour l'établissement sera faite depuis le DCPI.

Dans un second temps, les requêtes pourront porter sur les suivis de grossesse et sur la qualité du remplissage du DCPI.

- Audit DCPI par le GCS E-Santé

Suite à notre demande de financement de la dématérialisation des cahiers de suivi des nouveau-nés vulnérables, l'ARS a mandaté le GCS E-Santé pour effectuer un audit auprès des acteurs de la périnatalité dans la région concernant l'utilité et l'utilisation du DCPI. Cet audit a été mené par Denis Garcia, directeur du GCS et par Bruno Poujoulat, informaticien spécialisé dans la sécurité informatique.

Le réseau a contribué à cet audit en participant à deux réunions avec le GCS-esanté lors du lancement de l'audit.

- 14 Mars, locaux du GCS-esanté, réunion de cadrage NGLR – GCS esanté : présentation de l'historique, du logiciel, de l'activité et des difficultés rencontrées.
- 9 avril, locaux du GCS-esanté, réunion NGLR – GCS esanté – Société SQLI : présentation technique du logiciel.

Le réseau a également répondu aux multiples sollicitations du GCS-esanté (coût d'hébergement et de maintenance, annuaire etc.). Par ailleurs, le réseau avait demandé à être associé lors de la phase de finalisation de l'audit, afin que les éléments apportés par les entretiens menés par le GCS-esanté puissent faire l'objet d'un débat contradictoire. Une telle réunion n'a pas été organisée avec, de l'avis du réseau, des conséquences importantes sur la qualité du rapport final.

Une présentation de l'audit a été réalisée devant le comité restreint du GCS le 29 juillet 2014. A cette occasion, le réseau a pu exprimer ses critiques quant à la qualité de l'audit en pointant notamment un certain nombre d'erreurs et de conclusions qui n'étaient basées sur aucun élément factuel. A l'issue de cette présentation, le président du GCS-esanté a précisé le rôle du GCS :

- « établir les normes auxquelles doivent répondre un DPI
- Analyser le mauvais argumentaire sur la sécurité du DCPI et mettre à jour les corrections nécessaires ;
- réglementer l'unicité du contrat d'hébergement pouvant être gérer par la structure juridique du GCS ;
- vérifier les besoins qui permettent d'améliorer le DCPI par une nouvelle version (V3) ;
- créer une situation où nous avons, d'une part, les utilisateurs du DCPI satisfaits par les évolutions, et d'autre part, des structures qui s'équipent d'un DPI aux normes pouvant interfacer les deux systèmes ;
- réfléchir sur les modalités de l'hébergement ;
- trouver un système d'archivage des données ».

Extrait du procès-verbal de la réunion du 29 juillet 2014 du comité restreint du GCS-esanté

Les contrats de maintenance et d'hébergement arrivant à termes fin 2014, le réseau s'est donc appuyé sur les conclusions du comité restreint pour adresser une lettre au président du GCS-esanté et à la directrice de l'ARS demandant à ce que le GCS-esanté assure la gestion d'un contrat unique de maintenance et d'hébergement.

- Envoi des données au réseau sentinelle « Audipog »

L'envoi des informations contenues dans le DCPI au réseau sentinelle « Audipog » sur les données de l'année 2013 n'a malheureusement pas pu être fait cette année. La bascule vers la nouvelle version du DCPI s'étant faite en décembre 2013, les informations de l'ancienne base de données ne contenaient pas celles pour le mois de décembre. La V2 du DCPI étant établie sur une autre forme de base de données, il n'était alors pas possible d'utiliser directement les anciennes requêtes. La mise en place de l'outil de statistiques sur la V2 du DCPI devait nous permettre de reprendre cette requête mais comme sa mise en place n'a pu être effective avant le mois de décembre 2014, l'envoi des données pour 2013 n'a donc pas pu se faire.

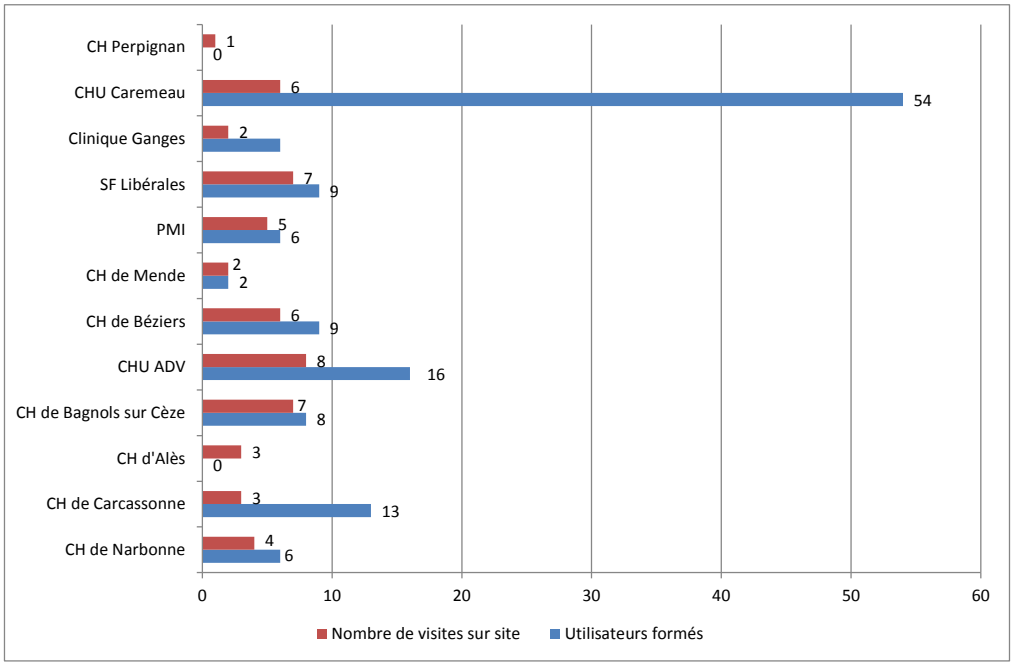
Le réseau sentinelle « Audipog » a été contacté et comme ils ne traitent les données qu'en grand nombre, ils n'utilisent pas les informations de l'année directement passée pour faire les statistiques nationales. Les données pour 2013 seront donc envoyées en même temps que celle de 2014. Cet envoi devrait se faire dans le courant du premier trimestre 2015.

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

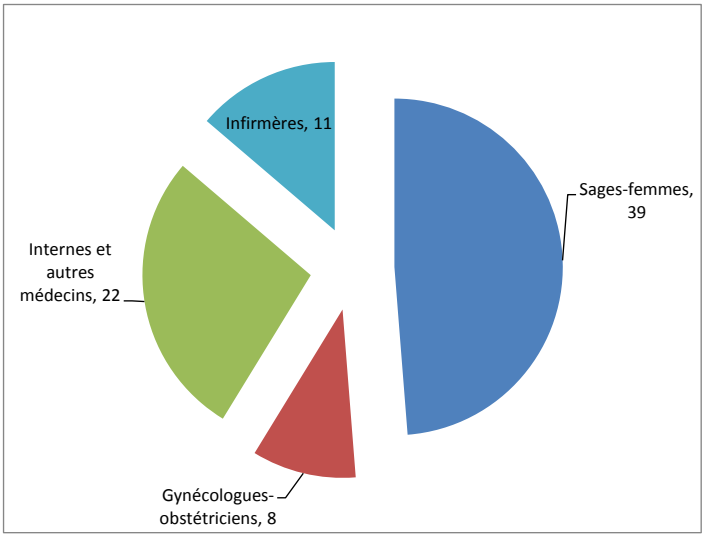
Le travail effectué par le sage-femme chargé de la promotion et de l'accompagnement à la mise en place du DCPI est retracé précisément établissement par établissement. Les points les plus significatifs sont repris ci-après :

- au total, comme l'illustre les graphiques ci-dessous, 69 personnes ont été formées par le sage-femme référent au cours de 45 visites sur site ;
- près de la moitié des professionnels formés sont des sages-femmes, 30 % sont des internes et autres médecins, 16 % sont des infirmières et 12 % sont des gynécologues-obstétriciens ;
- le travail de formation le plus important a eu lieu au CHRU de Nîmes où le dossier n'est pas implanté mais qui reçoit régulièrement des patientes transférées d'autres établissements utilisateurs. Il était donc nécessaire de former les équipes à l'ouverture et à la lecture du DCPI ;
- 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, de corrections et de fusions d'identités.

Graphique 5 : Visites et nombre d'utilisateurs formés par site en 2014



Graphique 6 : Nombre d'utilisateurs formés par professions en 2014



IV.1.d. Evaluation des résultats

➢ **Déploiement du DCPI**

En 2014, 8 établissements utilisent totalement ou partiellement le DCPI (6 publics, 1 privé) et les services de PMI qui sont proches d'établissements utilisateurs.

Tableau 13 : Etablissements où le DCPI est implanté

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

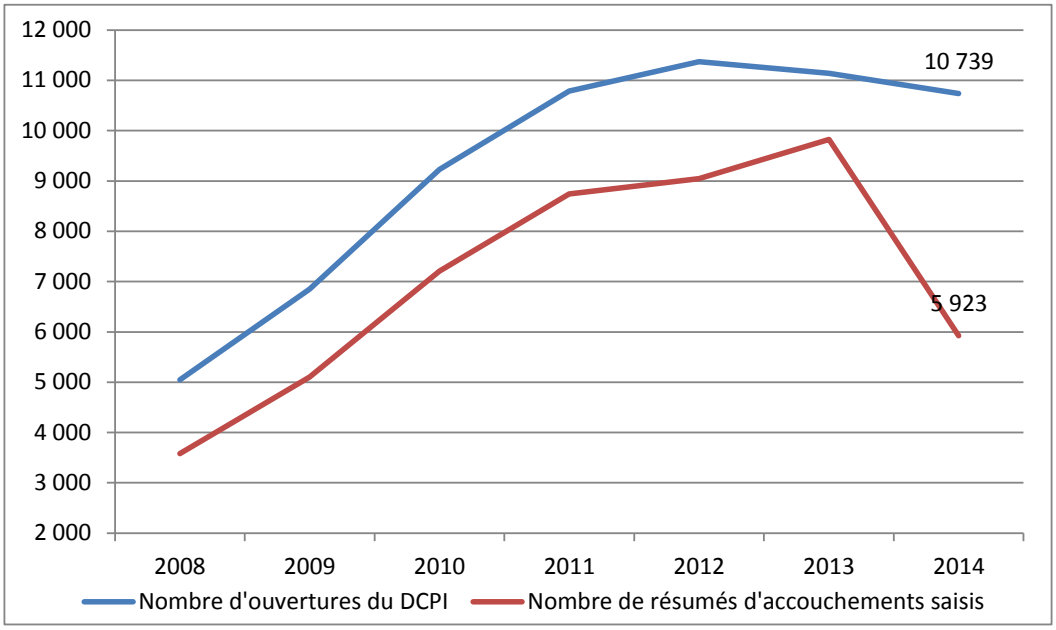
3 établissements ont arrêté ou limité leur utilisation du DCPI en 2014 :

- le CH de Sète a arrêté d'utiliser le dossier et cherche désormais à développer des interfaces avec son logiciel d'établissement (cf. ci-dessus) ;
- la clinique Sainte-Thérèse de Sète n'utilise plus le DCPI suite au départ à la retraite de son seul gynécologue utilisateur ;
- le CHRU de Montpellier a cessé de saisir les accouchements dans le DCPI suite à la mise en place d'un dossier d'établissement qui lui permet d'être plus exhaustif notamment pour suivre son activité (les accouchements des patientes transférées au CHRU n'ayant pas au préalable de DCPI ouvert n'étaient pas saisis).

Ces évolutions ont un impact à la baisse sur les indicateurs de déploiement du DCPI :

- le nombre d'ouvertures de dossier est de 10 739 soit une baisse de 4 % ;
- le nombre de consultations saisies est de 56 601 soit une baisse de 9 % par rapport à 2013 ;
- le nombre d'admissions pour accouchement saisies reste stable 9 767, en revanche, le nombre de résumés d'accouchement saisis a chuté de 40 % depuis que le CHRU de Montpellier ne saisit plus ses accouchements.

Graphique 7 : Déploiement du DCPI 2008 - 2014



Au total ont été saisis dans le DCPI en 2014 :

- environ 20 % des accouchements de la région ;
- environ 90 % des accouchements survenus dans les établissements où le DCPI est implanté (à l'exception du CHRU de Montpellier).

IV.1.e. Conclusions et perspectives 2015

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. Le maintien du DCPI et son déploiement dans les autres établissements est désormais lié au développement d'interfaces avec les logiciels d'établissement. Dans cette perspective les principales actions prévues en 2015 sont :

- la réalisation d'une « Etude sur la sécurisation du recueil et des échanges de données en périnatalité en LR » ;
- le suivi du développement des interfaces avec les logiciels d'établissements ;
- le développement du traitement statistique de données issues du DCPI.

IV.3. Analyse rétrospective de dossiers de mortalité et morbidité périnatale (RMM)

Tableau 14 : Synthèse de l'action

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. Ces analyses rétrospectives doivent 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. 2 revues de dossiers ont été organisées en 2014 chacune dans un département différent.	
Nombre de RMM organisées	2
Nombre de dossiers présentés	9
Nombre de participations / de professionnels participants	92/82
Principaux résultats (indicateurs d'évaluation)	
Appréciation générale des participants (Très satisfaisant / Satisfaisant)	25e RMM : 58 %/42 % 26e RMM : 13 %/53 %
Principales perspectives pour 2015	
○ Organisation d'une RMM par trimestre. ○ Réflexion sur les actions d'amélioration à mettre en place et à suivre suite aux conclusions d'une RMM.	

IV.3.a. Contexte et historique

Le cahier des charges national des réseaux de périnatalité[6] fixe à ces réseaux l'objectif « d'améliorer la sécurité et la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés ». 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 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.3.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.

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

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.3.c. Méthodologie et réalisations

- **Méthodologie**

Standards méthodologiques des revues de mortalité et de morbidité

Pour mener ces RMM, le réseau s'inspire du guide méthodologique sur la Revue de mortalité et de morbidité (RMM) publié par l'HAS en Novembre 2009. Toutefois, le réseau n'étant pas un établissement ou un réseau de soins, ces revues de dossiers diffèrent des standards définis dans ce guide destiné aux 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 renvoient donc à l'élaboration de référentiels et à la mise en place d'actions régionales.

Modalité de recueil, de sélection et de présentation des cas

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.

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 un dossier que pour ceux qui assistent à cette présentation. 9 dossiers ont été présentés lors de ces 2 analyses rétrospectives avec une grande diversité de professions, d'établissements et d'origines géographiques des présentateurs.

Tableau 15 : Dossiers présentés au cours de RMM organisées en 2014

25e RMM, 25 Mars 2014, Maison des professions libérales, Montpellier. Expert : Dr. Philippe LOGET, Fœtopathologiste, CHU de Rennes	
Place de l'histologie conventionnelle dans la quête d'une maladie métabolique héréditaire? **Arguments pour la pratique d'une autopsie**	1 Pédiatre CHRU Montpellier – Service de néonatologie
Autopsie pour diagnostic étiologique d'un décès néonatal précoce à H3 après une naissance par césarienne avec Apgar à 10	1 Gynécologue Clinique Ste Thérèse
Cas de décès avec hypothèse d'hypoplasie pulmonaire **Apports de l'autopsie : Confirmation de l'hypoplasie pulmonaire.** **Exclusion d'une malformation létale associée.**	2 internes, CHRU de Nîmes Service de néonatologie
Hydramnios précoce DC à H12 Anomalies chromosomiques à l'origine des anomalies cliniques ?	1 Pédiatre CH Perpignan Service – Services de néonatologie

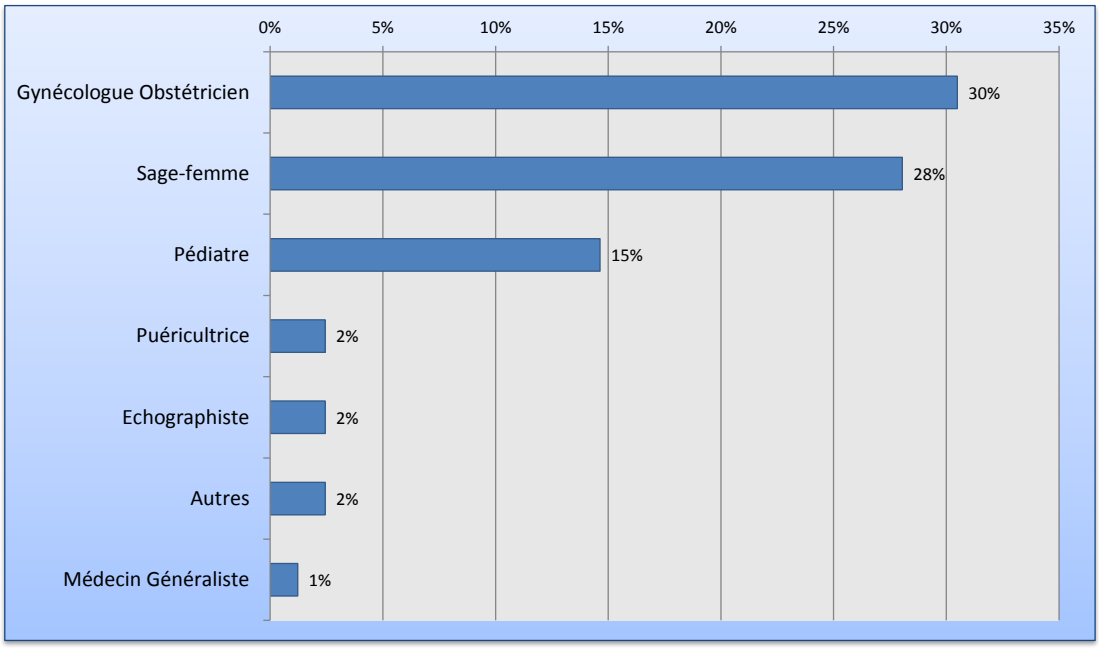
Décès per-partum **Bilan des Autopsies prises en charge au centre de référence de la mort inattendue du nourrisson en Languedoc-Roussillon**	1 Pédiatre Centre de référence
26e RMM, 25 Novembre 2014, Faculté de médecine de Nîmes. **Expert : Pr. Xavier DEFFIEUX, Gynécologue-Obstétricien, CHU de Clamart**	
Les établissements d'origine des cas ont été anonymisés et les 4 dossiers ont été présentés par la même interne.	

- **La participation aux analyses rétrospectives**

Date	Lieu	Participation
25 mars 2014	Montpellier, Maison des professions libérales	50
25 novembre 2014	Nîmes, Faculté de Médecine	42
	Total Participation	**92**
	Total Participants	**82**

La participation des professionnels aux revues de dossier est gratuite. En 2014, le nombre de participations s'élève à 92 et on décompte 82 participants aux 2 RMM. Les participants sont principalement des gynécologues-obstétriciens (30 %), des sages-femmes (28 %) et des Pédiatres (15 %). 47 % des participants exercent à l'hôpital, 38 % en libéral et 8 % en établissement.

Graphique 8 : Professions des participants aux RMM organisées en 2014



Les participants aux revues de dossiers exercent principalement dans l'Hérault (50 %) et dans le Gard (41 %) du fait de l'organisation des 2 RMM dans ces 2 départements. Une troisème RMM était prévue en décembre au CH de Carcassonne afin d'équilibrer la participation des professionnels dans toute la région. Cette RMM a dû être repoussée au mois de janvier en raison de difficultés d'organisation.

IV.3.e. 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. 45 % des participants ont répondu à ces questionnaires, ce taux est similaire à celui de l'an passé.

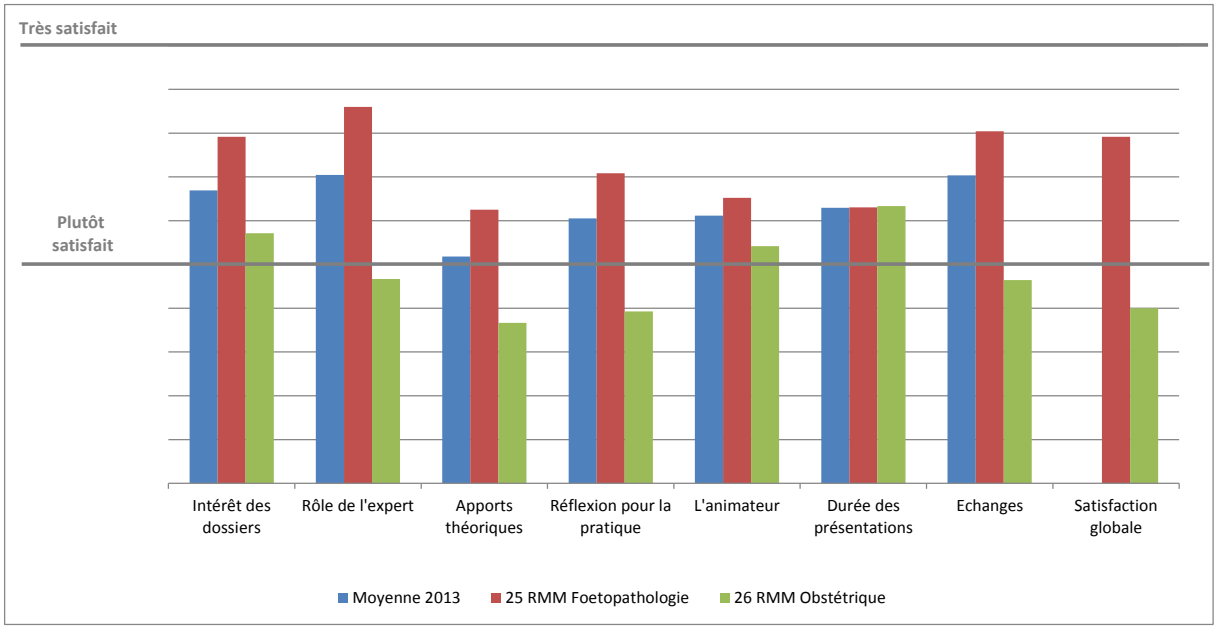
Tableau 16 : Taux de réponse aux enquêtes de satisfaction pour chaque RMM

	Nombre de participants	Nombre de réponse	% de réponse
25e Analyse Rétrospective de dossiers	50	25	50 %
26e Analyse Rétrospective de dossiers	42	16	38 %
Total	**92**	**41**	**45 %**

Les réponses aux questionnaires témoignent d'un niveau global de satisfaction relativement élevé pour la 25e RMM et un résultat en demi-teinte pour la 26e RMM :

1. le succès de la 25ème RMM, consacrée à une thématique de fœtopathologie, semble lié principalement à la qualité de l'expert invité et l'intérêt des dossiers présentés qui tirent vers le haut les autres items de satisfaction ;
2. a l'inverse, la moindre satisfaction concernant la 26ème RMM, semble également lié à la qualité de l'expert, l'un des répondants regrettant notamment qu'il ne se soit pas installé face au public.

Graphique 9 : Contenu 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 17 : Recommandations issues des RMM

Recommandations 2013	Etat d'avancement
HPP et fibrinogène : quand l'utiliser ? Revoir recommandations et protocole régional sur HPP?	Réunion du 3 avril 2015 pour un consensus régional sur les référentiels du réseau
Prise en charge en urgence d'un cas géographiquement éloigné Dose de sulfate de Mg accessible en SMUR Délai d'embolisation Délai d'administration du Novoseven	Communication faite Mise à jour du protocole HPP en cours
Recommandations issues des RMM 2014	
25e RMM : Synthèse de l'expert concernant : ✓ le transport des corps ; ✓ la demande d'autopsie en cas de MFIU, IMG, mort post partum…. ; ✓ Jardin blanc : Adoption d'une procédure « don du corps pour les fœtus » . – Formulaire de don du corps, signature des parents – Souhait ou pas d'inscription sur un registre au cimetière – Souhait ou pas d'être informé ou pas du dépôt des cendres.	

IV.3.f. Perspectives 2015

- Le réseau programme d'organiser au moins 3 RMM.
- Proposition d'un programme DPC aux professionnels qui présentent un dossier.
- 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 pour permettre au plus grand nombre de professionnels de participer à ces analyses rétrospectives.

IV.4. Les Journées du Réseau

IV.4.a. Synthèse

Finalité de l'action	
La finalité de ces journées est d'informer et d'actualiser les connaissances des professionnels de la périnatalité à propos des nouvelles réglementations, recommandations et méthodes qui influent sur leurs pratiques.	
Principales réalisations (indicateurs de suivi)	
Il s'agit principalement d'organiser 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. Exceptionnellement, 3 journées ont été organisées en 2014 du fait d'une modification du calendrier de l'association (Journée d'hiver en novembre/décembre et journée de printemps en Mars/Avril).	
Nombre de professionnels participants	313
Principaux résultats (indicateurs d'évaluation)	
Appréciation générale des participants (Très satisfaisant / Satisfaisant)	Janvier 2014 : 46 %/49 % Juin 2014 : 54 %/40 % Novembre 2014 : 42 %/56 %
Acquisition / Actualisation des connaissances (Tout à fait / Plutôt d'accord)	Janvier 2014 : 46 %/49 % Juin 2014 : 54 %/40 % Novembre 2014 : 55 %/ 43 %
Principales perspectives pour 2015	
• Organisation de 2 journées	

IV.4.b. Contexte et historique

Le réseau NLR organise chaque année des 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. 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.4.c. Finalité

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

IV.4.d. Méthodologie et réalisations

➢ **Elaboration du programme des journées**

Le choix du thème de chaque journée 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.

3 Journées ont été organisées en 2014 :

- une première Journée d'hiver sur le thème « PRÉ-ÉCLAMPSIE SÉVÈRE ET RCIU » s'est tenue le 31 janvier 2014 à Palavas-les-Flots ;
- la Journée de printemps sur les thèmes « EPIPAGE 2 et CÉSARIENNES PROGRAMMÉES » s'est tenue le 27 juin 2014 à Palavas-les-Flots ;
- une deuxième journée d'hiver sur le thème de « LA CESARIENNE DANS TOUS SES ETATS » s'est tenue 28 novembre à Béziers.

➢ **Participation aux deux journées**

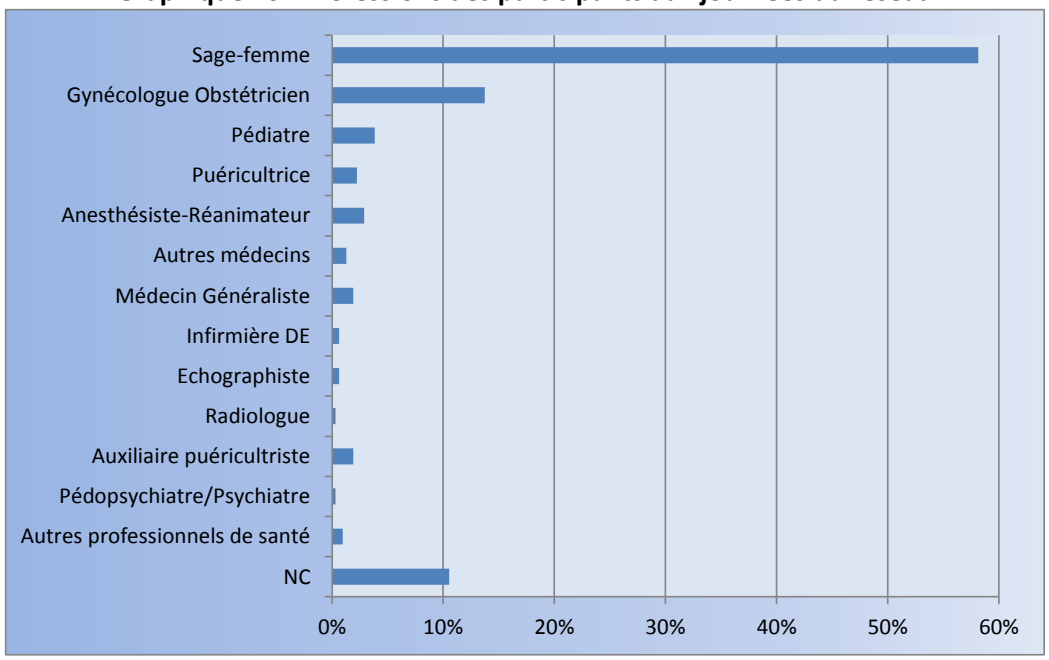
Au total 313 professionnels ont participé à au moins une des trois journées et 69 professionnels ont participé à au moins deux journées.

Tableau 18 : Nombre de participants aux Journées du réseau en 2014

Participation	Nombre de professionnels
Participation à la journée d'hiver de janvier 2014	157
Participation à la journée de printemps 2014	101
Participation à la journée d'hiver de novembre 2014	124
Professionnels ayant participé à plusieurs journées	*69*
Nombre total de professionnels mobilisés	**313**

Plus de la moitié des participants sont des sages-femmes (58 %) et 14 % des participants sont des gynécologues-obstétriciens. Pour les trois journées la proportion de pédiatres assez faible (4 %), probablement du fait de la place relativement limitée des thèmes pédiatriques dans le programme. 26 % des participants exercent en libéral, 17 % sont des salariés du privé et 43 % exercent à l'hôpital. Enfin, près de la moitié d'entre eux exerce dans l'Hérault (55 %) et 24 % exercent dans l'Aude ou les Pyrénées-Orientales et 18 % exercent dans le Gard.

Graphique 10 : Professions des participants aux journées du réseau



IV.4.e. Evaluation des résultats

Le réseau NLR a procédé à l'évaluation de ces 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 382 participations aux 3 journées, le réseau dispose de 170 réponses aux questionnaires de satisfaction soit un taux de réponse de 45 %.

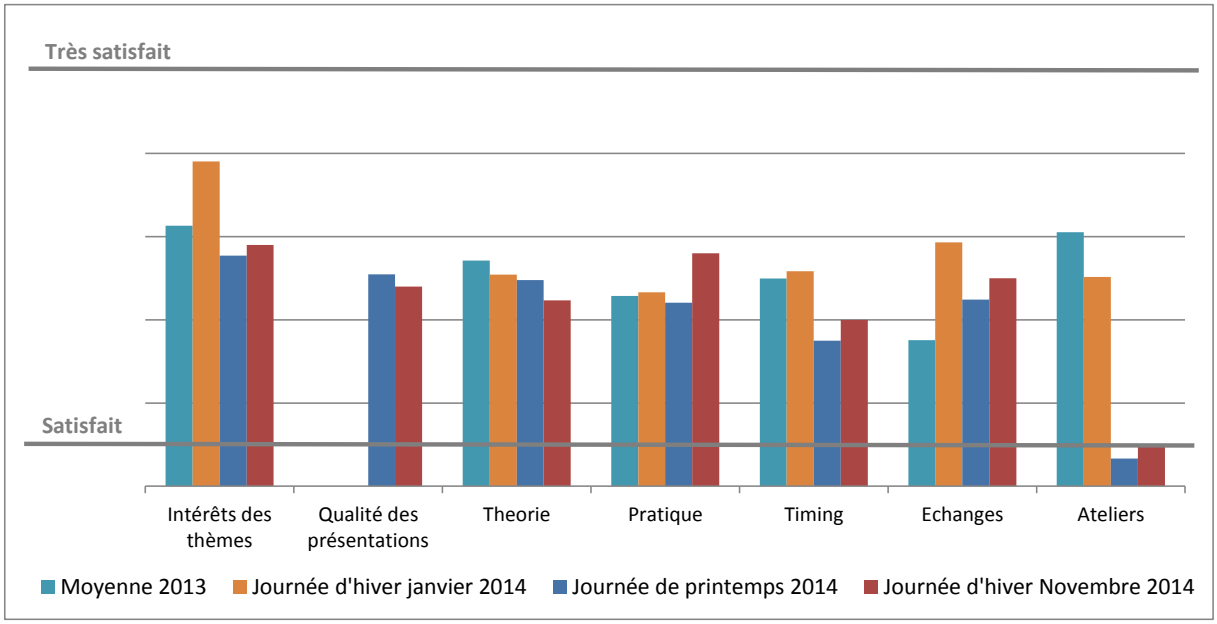
Tableau 19 : Taux de réponse aux enquêtes de satisfaction pour chaque Journée

	Nombre de participations	Nombre de réponse	% de réponse
Journée d'hiver janvier 2014	157	72	46 %
Journée de printemps 2014	101	44	44 %
Journée d'hiver novembre 2014	124	54	44 %
Total	**382**	**170**	45 %

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 très satisfait. L'analyse des composantes de la satisfaction pour ces journées (cf. Graphique 11) montre que :

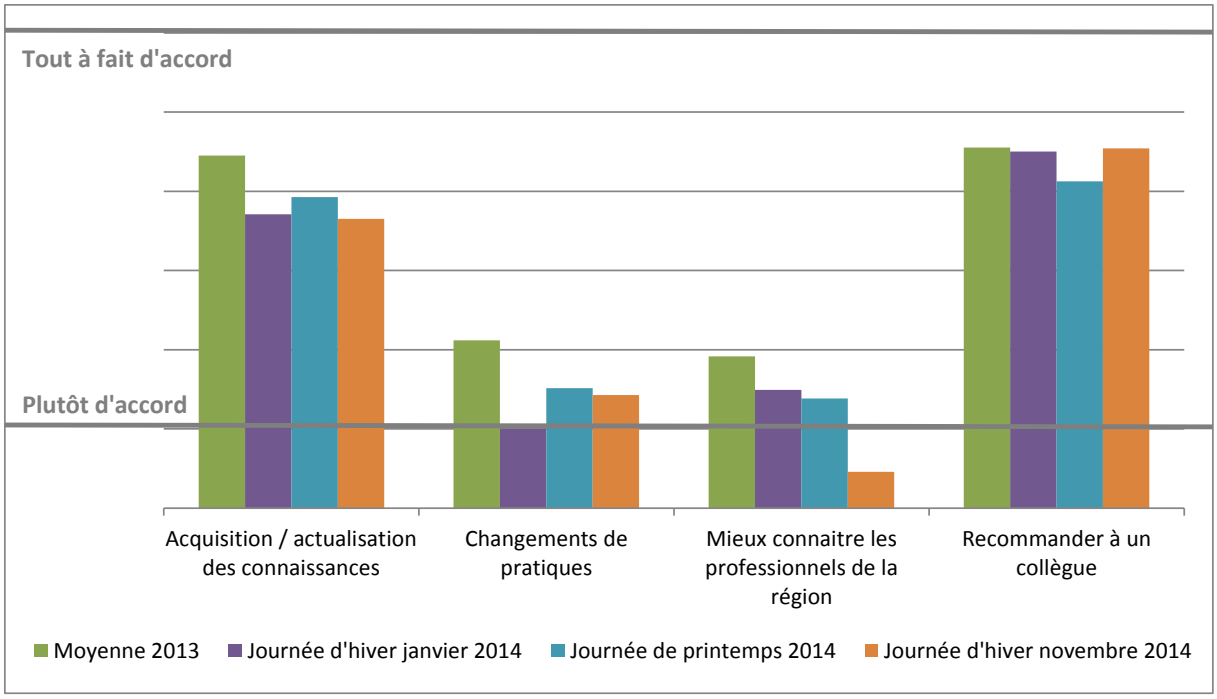
1. la journée de janvier 2014 présente une satisfaction plus élevée sur les items 'intérêt des thèmes'. Le thème « Pré-éclampsie sévère et retard de croissance in utero » était donc particulièrement pertinent ;
2. la journée de Novembre 2014 présente un taux de satisfaction plus élevé pour l'item 'Réflexion sur la pratique'. La journée était consacrée à la césarienne et faisait suite au programme d'amélioration des pratiques de césarienne programmée (cf. ci-après) ;
3. les journées de juin et de novembre présentent des niveaux de satisfaction relativement faibles sur les ateliers qui s'expliquent par des difficultés matérielles (remplacement d'intervenants au dernier moment, absence de matériel de simulation etc.).

Graphique 11 : Journées du réseau – composantes de la satisfaction



Pour les répondants, l'intérêt de ce type de journée est principalement d'actualiser leurs connaissances, les différentes 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 12 : Retombées des journées du réseau



IV.4.f. Conclusions et perspectives

Comme chaque année le réseau organisera 2 journées en 2015. 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. Journée Naître et grandir avec une fente labio-palatine

En 2014, le réseau a organisé une journée intitulée « Naître et grandir avec une fente labio-palatine » en partenariat avec le centre de compétences des malformations rares de la face du Languedoc-Roussillon. La journée s'est déroulée le 5 juin 2014 au Centre des congrès de Palavas.

IV.5.a. Participation à la journée

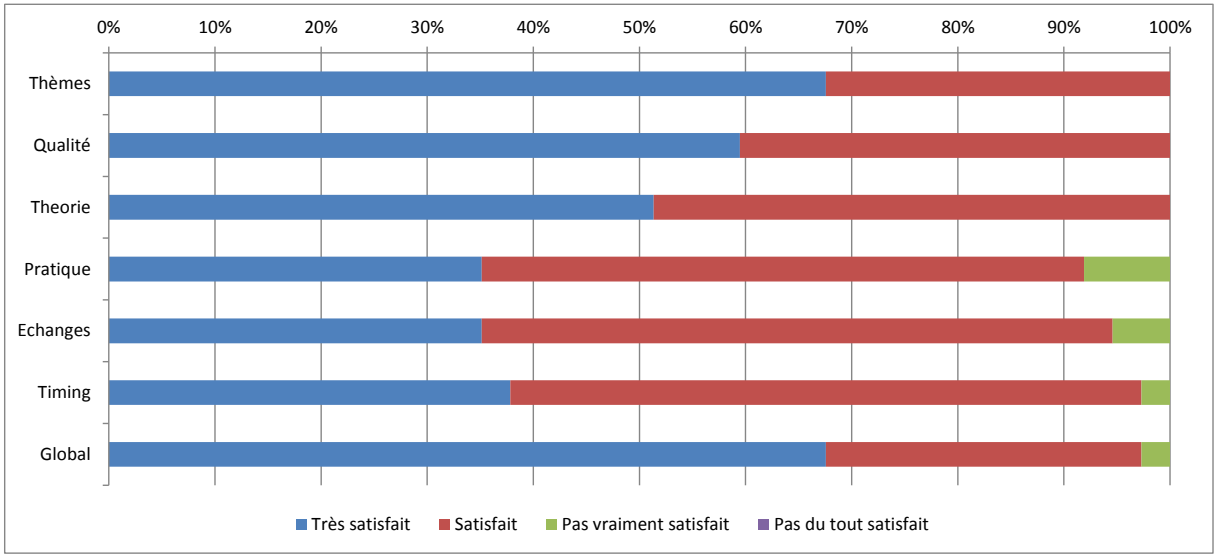
55 professionnels ont assisté à cette journée. Les différentes professions des participants démontrent le caractère pluridisciplinaire de la journée avec une présence importante des pédiatres (11), mais également des puéricultrices (8), des gynécologues-obstétriciens et des sages-femmes (7).

Près de la moitié des participants exercent à l'hôpital (24), environ un quart exerce en libéral (14) et 1 sur 5 exerce en PMI (11), essentiellement des puéricultrices. Enfin, les 2 tiers des participants exercent dans l'Hérault, 15 % exercent dans le Gard et 10 % dans les PO.

IV.5.b. Evaluation de la journée

37 participants ont répondu à l'enquête de satisfaction soit un taux de réponse de plus de 67 %.

Graphique 13 : Journée naître et grandir avec une fente palatine : composantes de la satisfaction



Les thèmes, la qualité des interventions et les apports théoriques ont été très appréciés des répondants (entre 50 et 70 % de très satisfaits). Les commentaires soulignent notamment l'aspect multidisciplinaire et la cohérence du programme : « le choix des thèmes et aussi la chronologie des présentations étaient très cohérents », « journée très appréciée ayant permis de refaire un point complet sur ces pathologies, de repérer les équipes pluridisciplinaires et de percevoir la dynamique de travail pour l'amélioration des prises en charge ». Un commentaire seulement revient sur le caractère trop spécialisé de certaines présentations. Réflexion sur la pratique, qualité des échanges avec les participants et timing recueillent des niveaux de satisfaction moindres qui peuvent s'expliquer par le choix de faire uniquement des communications sous forme de conférence (pas d'ateliers) et par le caractère particulièrement dense du programme.

Cette nouvelle journée régionale rencontre un succès comparable aux autres journées du réseau dans la mesure où près de 70% des répondants affirment qu'ils recommanderaient à leurs collègues de participer aux journées. Comme pour les journées du réseau, cette journée a surtout permis aux répondants d'acquérir ou d'actualiser des connaissances mais aura des effets plus limités en termes de changements de pratique. La journée a permis de mieux identifier les ressources régionales pour la prise en charge de ces pathologies.

Enfin, certains répondants souhaitent approfondir un ou plusieurs des thèmes abordés :

- le vécu des familles sous l'angle psychologique et le témoignage de familles ;
- la présentation de cas et du parcours d'enfants dans une logique de réseau ;
- les malformations associées ou non : syndrome 22q11 rénaux, spina, bifida, craniosténose, oreilles, les yeux etc...

IV.5.c. Conclusions : points forts et points faibles de la journée

Le bilan évaluatif démontre l'intérêt de ce genre de journée avec pas moins des deux tiers des répondants qui se disent globalement très satisfaits. On peut retenir deux points forts : la pluridisciplinarité dans un programme cohérent et l'identification des ressources régionales de prises en charge. Enfin, les pistes d'amélioration qui se dégagent concernent l'intégration d'un travail sur la pratique, par exemple avec une analyse de cas, du point de vue des familles et des problématiques psychologiques. Le réseau prévoit de renouveler tous les deux ans ce type de journée.

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

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

Finalité de l'action	
L'élaboration, l'actualisation et la diffusion de référentiels de soins périnatals ont pour principale finalité le perfectionnement et l'harmonisation des pratiques de soins en contribuant au développement des connaissances et des compétences des professionnels.	
Principales réalisations (indicateurs de suivi)	
Une grande part du travail réalisé sur les référentiels est menée à distance par échange d'email et peut donc difficilement être quantifiée bien qu'elle constitue un engagement important de la part des professionnels qui y participent.	
Nombre de réunions organisées	5
Nombre de participations	50
Principales perspectives pour 2015	
○ Consensus régional, finalisation et diffusion des référentiels d'obstétrique ○ Diffusion du référentiel en psychopathologie et grossesse associée à une formation	

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 ».

La production et la mise à jour de référentiels figurent également dans la convention liant le réseau avec l'ARS. 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 contribuent 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 21 : 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	24/01/2014	Saint-Gély du Fesc	2
		11/04/2014	Saint-Gély du Fesc	12
		16/06/2014	Montpellier	12
		30/07/2014	Saint-Gély du Fesc	13
		03/10/2014	Saint-Gély du Fesc	11

L'année 2014 a été principalement consacrée à la mise à jour des référentiels d'obstétrique. Les difficultés de finalisation de certains référentiels liées à des divergences au sein du comité scientifique ont amené ce dernier à programmer, le 3 avril 2015, une journée avec pour objectif d'établir un consensus régional sur ces référentiels. Le réseau se mobilise pour que chaque établissement puisse être représenté idéalement par un gynécologue-obstétricen, une sage-femme, un anesthésiste et un pédiatre.

Tableau 22 : Liste des référentiels d'obstétrique mis à jour en 2014

Thématiques	Résumé
Accouchement sur utérus cicatriciel	Avril 2014
Déclenchement du travail à partir de 37 SA	2014
Dépistage de la trisomie 21	Avril 2014
Diagnostic échographique de présentation 2014	Avril 2014
Grossesse après 40 ans	Avril 2014
Insertions basses du placenta	Avril 2014
Cholestase gravidique	Janvier 2015
RCIU	Avril 2014
RPM après 34 SA	janvier 15 à revoir avec pédiatres
Utilisation du ballon de Bakri	Janvier 2015
Prévention des infections materno-foetales strepto B	Janvier 2015
Déclenchement du travail à partir de 37 SA	Octobre 2014
M.A.P. à membranes intactes	Octobre 2014
Bilan Pré éclampsie - Post partum	2014
Hématome rétro placentaire	2014
Mort fœtale in utero	2014
Oligoamnios	2014
Pré éclampsie et HTA gravidique	2014
Prise en charge des IMG	2014

- **Diffusion des protocoles**

Tous les référentiels validés sont publiés en ligne sur notre site www.nglr.fr 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.

Le site internet du réseau ayant été refondu au cours de l'année 2014, le réseau ne dispose pas de statistiques pertinentes de fréquentation des pages consacrées aux protocoles.

IV.6.d. Conclusions et perspectives 2015

- Consensus régional, finalisation et diffusion des référentiels d'obstétrique.
- Diffusion du référentiel en psychopathologie et grossesse couplé avec une formation dans les bassins de naissance.
- Elaboration d'un référentiel sur la vaccination en maternité.

IV.8. Organisation du dépistage de la trisomie 21

Tableau 23 : 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	8
Nombre total de numéros d'identifiant délivrés depuis 2009	179
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.	
Principales perspectives pour 2015	
Continuer à attribuer les numéros d'identifiant aux échographistes agréés.	

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 2e trimestre) et de diminuer les taux de faux positifs (5 %) susceptibles de conduire à une amniocentèse. Ces conclusions ont amené à la définition de nouvelles modalités de dépistage intégrant le dépistage combiné du 1er trimestre. Ces nouvelles modalités d'organisation reposent notamment sur la mise en place d'un système d'assurance qualité pour la mesure de la clarté nucale, système dans lequel les réseaux de périnatalité jouent un rôle important. Par ailleurs les Centres Pluridisciplinaires de Diagnostic Prénatal (CPDPN) doivent être partenaires des réseaux pour ce dépistage.

Textes de références

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

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 les dispositions 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 mise en place ;
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, une procédure d'adhésion a également été établie.

Au niveau national
En 2014, le réseau a participé au nom de la FFRSP à un groupe de travail mis en place par l'HAS sur « Les démarches d'assurance qualité en matière de dépistage de la trisomie 21 ». Ce groupe s'est réuni 3 fois et les recommandations issues de ces travaux sont attendues pour 2015. Nous sommes donc en attente de nouvelles directives dans lesquelles les réseaux de périnatalité resteront impliqués. La sortie des recommandations de l'HAS devrait donner lieu à une modification de l'arrêté.

Au niveau régional
En 2014 le réseau a attribué huit nouveaux numéros identifiant pour le dépistage de la T21 dans la région à six nouveaux gynécologues-obstétriciens, une sage-femme échographiste et un radiologue. Nous avons également intégré tous les échographistes identifié à notre annuaire en ligne.

IV.8.d. Résultats

- **Numéro d'identifiants délivrés**

Année	Nbre de numéros attribués
2009	40
2010	97
2011	17
2012	8
2013	11
2014	8
Total	**181**

150 échographistes **soit 84 %** ayant un n° identifiant exercent dans la régionet
29 échographistes **soit 16 % exercent en régions limitrophes.**
2 professionnels se sont vus retirés leur numéro à la suite de leur changement de région

Sur les 179 numéros délivrés, **11** l'ont été à des **sages-femmes échographistes, 2** à des **médecins généralistes**, les autres ont été délivrés à des gynécologues et des radiologues.

IV.8.e. Conclusions et perspectives 2015

Nous sommes en attente du texte de l'HAS et des modifications de l'arrêté par la DGS en 2015 pour appliquer les nouvelles directives en termes d'organisation de ce dépistage (Contrôle qualité des échographistes, engagement des parties…).

IV.9. Actions de coordination et de communication

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 contribution à la réflexion sur la politique périnatale au niveau national et régional ;
- de communication et de promotion des actions du réseau.

IV.9.a. 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 relatives 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 ;
b. en améliorant l'information auprès des femmes enceintes.

Dans ce cadre, le réseau a 1/participé au pilotage régional du projet, 2/accompagné les établissements volontaires dans la démarche, 3/contribué à l'analyse des données collectées en partenariat avec l'ARS et 4/participé à la diffusion des résultats au niveau local et national.

Le programme a débuté au 4e trimestre 2013. Les réponses au questionnaire en ligne ont été clôturées au 1er mars 2014. A cette date 510 dossiers avaient été saisis par 19 maternités. L'analyse des données a été réalisée en binôme par Sophie Plazza-Milhe de l'ARS/COSAD et Gisèle Criballet. Trois réunions de travail pour l'élaboration du rapport final ont eu lieu les 21 février, 4 mars et 16 mai. En mai 2014, a été conduite la dernière étape de cette EPP : une fiche de synthèse des axes d'amélioration a été recueillie auprès de chaque établissement. Une synthèse des axes choisis a été faite et transmise à l'HAS. Le rapport d'analyse des résultats définitifs a été rédigé en juin 2014 et diffusé aux référents régionaux ayant participé à l'action.

Le réseau a œuvré tout au long de l'année à la diffusion et la valorisation de ce programme :

- le 9 janvier, le réseau NGLR et de L'ARS-LR ont participé au séminaire HAS / DGOS sur l'expérimentation césarienne programmée ;
- le 17 avril, la méthode de travail utilisée pour mener à bien dans la région l'EPP dans le cadre des césariennes programmées à terme a été présentée devant la Structure Régionale d'Appui à la Qualité et à la Pertinence ;
- en mai, une restitution individuelle par mail a été faite à chaque établissement sous forme d'une fiche de résultats accompagnée de la fiche des résultats régionaux pour comparaison ;
- le 27 juin, restitution aux professionnels des résultats lors de notre journée du réseau,
- le 13 novembre, présentation du rôle des réseaux de périnatalité pour accompagner les démarches et témoignage de l'expérience régionale avec un focus sur la participation du CHRU de Nîmes (Sophie Plazza-Milhe, Gisèle Criballet, Vincent Letouzey) lors du séminaire de clôture de l'HAS et DGOS sur l'expérimentation nationale césarienne programmée ;
- Le 10 mars 2015 : Communication à la Commission Nationale de la Naissance et de la Santé de l'enfant (CNNSE).

Le rapport final de l'étude met en avant les forces et les faiblesses et a permis de dégager des axes d'amélioration présentés ci-dessous.

- **Points forts de l'étude**

Sur l'organisation :

- **collaboration Réseau/ARS :** L'ensemble de la démarche a été menée conjointement ;
- **questionnaire en ligne** : Sa simplicité a facilité la participation des établissements et l'analyse des données ;
- **bonne participation** : 19 maternités /20 avec une bonne implication des obstétriciens et des cadres sages-femmes ;
- **poursuite** : 3 établissements ont décidé de poursuivre au-delà des 3 mois la saisie des dossiers en ligne ;
- **impact de l'étude sur les participants :** dès la mise en œuvre de l'étude les pratiques ont sensiblement changé suite à la diffusion des recommandations et aux échanges collégiaux.

Sur les résultats de l'étude :

- **terme de la césarienne :** le terme de 39 SA est respecté sauf indications particulières ;
- **état de l'enfant :** les enfants vont globalement bien à l'issu de la césarienne.

- **Les limites**

Tous les praticiens d'un même établissement n'ont pas participé, ce qui biaise les résultats par établissement.

Il n'y a eu aucun contrôle qualité possible sur les réponses.

- **Les points faibles**

- **Taux de conformité global des dossiers faibles :** bien que les recommandations de HAS soient difficilement applicables dans leur totalité, le niveau de conformité des dossiers est insuffisant.
- **Le niveau d'information des patientes est insuffisant.**
- **Taux important de césariennes programmées sur utérus cicatriciel.**

- **Axes d'amélioration**

- Meilleur information de la patiente.
- Réorientation des patientes si tentative de voie basse refusée par un gynécologue obstétricien.

Ce projet est un succès tant du point de vue de l'implication des professionnels que des résultats observés sur la pratique. Le réseau tient donc à remercier tous les professionnels des établissements qui ont participés à cette expérimentation.

IV.9.b. 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). La coordinatrice a souhaité mettre en place ce groupe après avoir observé lors de ses

déplacements dans les maternités que 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 leurs responsabilités et engagements quotidiens 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 (cf. ci-après).

Dans la mesure du possible les réunions sont organisées au sein d'une maternité de la région afin de visiter le service, ainsi les sages-femmes cadre connaîtront toutes les maternités de la région. En 2014 compte tenu de la charge de travail dans certains services (déménagement, certification..) seulement deux réunions ont pu être organisées. Néanmoins des sujets pointus et très enrichissants ont pu être abordés.

Date et lieu	Nbre de participants	Nbre d'établissements représentés
28 mars à Béziers - (Clinique Champeau et CH)	**22**	**11**
10 octobre 2014 - Au siège du réseau périnatal	**18**	**15**

En 2014, les principaux thèmes de travail du groupe étaient les suivants :

- l'identito-vigilence en maternité
  - Présentation et missions de l'équipe régionale en identitovigilance ARS : Audrey PANIEGO Coordonnatrice équipe régionale d'appui en identitovigilance – ARS
  - Une expérience de terrain : Marie Christine Collon Clinique Ste Thérèse Séte ;
- gestion des risques : le document de l'HAS Cartographie des risques en maternité ;
- le parcours de la patiente en maternité selon la HAS (Laure-Agnès Daire) ;
- EPP régionale sur les césariennes programmées.
  - Les résultats de la région et retour des établissements.
  - Axes d'amélioration et séminaire HAS national.
- la vaccination en maternité, proposition d'un groupe de rédaction d'un référentiel. Identification des besoins en maternité ;
- mort inattendu du nourrisson : modalités d'information des parents ;
- accès à l'IVG : difficultés d'organisation ?
- présentation du référentiel sur la suppression de la lactation ;
- les sages-femmes référentes addictions en maternité : missions, formation et accompagnement ;
- retour sur les d'indicateurs des maternités à partir des tableaux de bord : indicateurs régionaux et par type (cf. ci-dessous) ;
- valorisation de la participation des établissements au réseau dans les démarches de certification : retour d'expériences ;
- les sorties de maternité selon la CNNSE et HAS : retour d'expériences ;
- dépistage de la surdité en maternité : nouvelle mission du réseau périnatal NGLR. Organisation, Recueil et envoi des données ;
- déclaration des Morts maternelles dans la région : liens avec l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) ;
- législation sur le registre des décès périnatals : règlementation en vue de certification.

IV.9.c. Tableau de bord des maternités

Chaque année, le réseau mène une enquête auprès des sages-femmes cadres de maternité pour renseigner une série d'indicateurs dont les plus importants sont : le nombre d'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'elles puissent l'utiliser 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 2014, 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 *à minima* testé ;
- 7 maternités ont demandé à le personnaliser ;
- Au moins 12 maternités ont utilisé le tableau de bord pour l'année 2014 dont 8 avaient transmis au réseau un bilan finalisé 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 24 : Activité 2014 autour du tableau de bord des maternités

Maternité	Personnalisation
CH Alès	Utilisation depuis 2012, contribution au test, saisie sur Excel 2003
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. Statistiques par gynécologue.
CH de Béziers	Affinement des indicateurs mensuels, Système de saisie automatisé élargi, Ajout des indications de déclenchement.
CH de Carcassonne	Utilisation simple
CH Mende	Allaitement et consultations postnatal
CH Narbonne	Utilisation suspendue, reprise en 2014
CH Perpignan	Utilisation simple
CH Sète	Allaitement et poids de l'enfant
CHRU Montpellier	Test, mais trop lourd pour une activité de 3 500 accouchements/an
Clinique Kennedy (Nîmes)	Utilisation depuis 2012, contribution au test, Indications de césarienne, Déclenchement et indicateurs spécifiques. Statistiques par gynécologue.
Clinique Notre Dame d'Espérance (Perpignan)	Addictions, durée du séjour, déclenchement, peau-à-peau, allaitement maternel, vaccinations et consultations postnatales
Clinique Saint-Louis (Ganges)	Allaitement
Clinique Saint-Pierre (Perpignan)	Allaitement
Clinique Sainte-Thérèse (Sète)	Utilisation simple

Les résultats de l'enquête annuelle et de l'utilisation du tableau ont fait l'objet d'une synthèse pour la période 2011 – 2013 au niveau régional et au niveau de chaque établissement. Chaque maternité a

ainsi fait l'objet d'une analyse spécifique, transmise à la sage-femme cadre, mettant en perspectives ses propres indicateurs avec ceux des établissements de même type d'une part et de l'ensemble de la région d'autre part.

La synthèse régionale a été présentée lors de la réunion des sages-femmes cadres du 10 octobre 2014. La discussion autour de ces indicateurs a permis d'identifier des pistes de travail : hémorragie, déclenchement et allaitement. Enfin, les données issues de ce travail ont également servi de base à la présentation de Gisèle Criballet consacrée aux pratiques régionales de césarienne à l'occasion de la journée du réseau du 28 novembre 2014.

Pour l'année 2015, le tableau a été refondu de manière à en simplifier l'utilisation et à intégrer l'ensemble des indicateurs définis par la FFRSP. Par ailleurs, un module spécifique consacré à l'allaitement maternel et la démarche IHAB a été élaboré en partenariat avec la clinique Saint-Louis de Ganges. Ce module « allaitement maternel » a été proposé à toutes les maternités qui avaient déjà travaillées sur des indicateurs spécifiques pour l'allaitement.

Tableau 25 : Naissances et accouchements en Languedoc-Roussillon 2011 - 2013

Tableau de bord régional	Vue d'ensemble de la Région			Taux de couverture (exhaustivité)		
	2011	**2012**	**2013**	**2011**	**2012**	**2013**
Nombre de naissances	**30 247**	**30 177**	**30 123**	**100%**	**100%**	**100%**
… enfants nés vivants	21 527	29 903	28 363	72%	100%	95%
… enfants nés décédés	0,9%	1,0%	1,1%	72%	100%	87%
… enfants nés prématurément	4,4%	6,8%	5,0%	47%	76%	78%
Nombre d'accouchements	**29 888**	**29 625**	**29 618**	**100%**	**100%**	**100%**
… gémellaires	1,6%	1,7%	1,7%	72%	100%	100%
… déclenchés	21,9%	20,0%	20,1%	47%	84%	86%
… instrumentaux	13,1%	15,4%	13,3%	63%	100%	86%
… sous anesthésie locorégionale	80,1%	73,1%	81,1%	8%	52%	81%
… présentation du siège	3,9%	4,1%	3,8%	53%	83%	83%
…. siège par césarienne	3,2%	3,1%	3,2%	42%	72%	75%
… hémorragies de la délivrance	2,3%	2,4%	2,1%	55%	95%	88%
… épisiotomies	13,0%	12,0%	12,6%	9%	26%	46%
… césariennes	20,8%	20,9%	20,5%	76%	100%	100%
… césariennes programmées	8,5%	8,4%	7,5%	50%	85%	100%
allaitement en salle de naissance	**68,4%**	**66,8%**	**67,8%**	**35%**	**82%**	**86%**
allaitement à la sortie	**64,3%**	**62,1%**	**62,7%**	**48%**	**51%**	**72%**

IV.9.d. Constitution du collectif Résod'Oc

Depuis plusieurs années, le réseau était engagé avec d'autres réseaux de la région dans une réflexion sur les perspectives communes et la mutualisation de moyens. Au cours des réunions organisées trois niveaux de collaboration avaient été envisagés :

- pour les réseaux ayant des thématiques/problématiques communes, mutualisation des contacts et développement d'actions communes au profit des usagers ;
- mutualisation sur des problèmes techniques commun comme l'analyse statistique, le développement professionnel continu (DPC), l'informatisation des dossiers de suivi etc. ;
- mutualisation des aspects liés au fonctionnement administratif et logistique (locaux communs, comptabilité, commandes groupées etc.).

En 2014, l'ARS a souhaité appuyer cette dynamique en proposant notamment un soutien financier. Dans cette optique, les réseaux les plus impliqués dans la démarche se sont largement mobilisés au cours du deuxième semestre 2014 pour constituer un collectif d'associations qui puisse recevoir cette aide financière et développer les projets de mutualisation.

Tableau 26 : Calendrier des réunions pour la constitution du collectif inter-réseau Résod'Oc

Date	Objet	Participants NGLR
26 juin	Proposition de soutien financier de l'ARS Projet de constitution d'un collectif d'associations Calendrier Recherche de locaux communs pour les réseaux NGLR, Air + R, Sphères et Vivre avec une anomalie du développement.	Laurence Cassé, Thierry Dunand, Gisèle Criballet, Renée-Pierre Dupuy, Laurent Raffier
2 septembre	Rédaction des statuts et préparation de la rencontre avec RésoMip (Collectif de réseaux de la région Midi-Pyrénées)	Laurent Raffier, Gisèle Criballet
8 octobre		
14 octobre	Rencontre avec RésoMip	
21 octobre	Rédaction des statuts	
A distance	Finalisation des statuts et convocation de l'assemblée constitutive du collectif baptisé Résod'Oc	Laurent Raffier Gisèle Criballet
3 décembre	Assemblée Constitutive de Résod'Oc	Laurence Cassé, Thierry Dunand, Gisèle Criballet, Corinne Rivet, Pascale Anthony

Suite à la tenue de l'assemblée générale constitutive deux représentants du réseau ont été élus pour siéger au sein des instances de Résod'Oc :

1. Gisèle Criballet siège au Conseil d'administration dans le collège des salariés et au bureau en tant que trésorière,
2. Laurence Cassé siège au Conseil d'administration dans le collège des bénévoles.

Parallèlement à la constitution de Résod'Oc, 4 réseaux ont mené une recherche de locaux communs susceptible également d'accueillir la future équipe du collectif. De nombreuses visites, réunions et échanges ont eu lieu pour sélectionner l'offre adéquate et Résod'Oc a mené les négociations du bail de location.

IV.9.e. Contribution à la politique vaccinale régionale

Le réseau participe à la Commission Régionale de la Politique Vaccinale (CRPV), à ce titre il était présent à l'occasion de sa réunion du 16 janvier. 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 27 : 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 lors de la CRPV 2014
Sensibilisation des professionnels de la périnatalité	Atelier lors de la journée du réseau le 31/1/14 Réunion au CHRU de Montpellier le 7/2/14 Réunion avec la PMI de l'Hérault 21/11/14
Diffusion d'informations et documents sur la politique vaccinale nationale et régionale aux SFC et professionnels de la périnatalité	Toute l'année
Rédaction et diffusion d'un référentiel régional	En cours (Atelier de la journée du 27 mars 2015)

IV.9.f. Actions de communication

- **Création complète du site internet**

Le site internet du réseau périnatal, jusqu'ici hébergé sur le site www.perinat-france.fr, a été intégralement reconstruit : design, fonctionnalité et contenu. Il dispose désormais d'une adresse dédiée : www.nglr.fr. Le site est composé de quatre parties distinctes :

1. une partie dédiée à l'association NGLR. Cette partie présente l'association, son historique, ses missions et son organisation. Elle fait également fonction de portail d'accueil pour entrer dans les autres parties du site ;
2. une partie dédiée au réseau NLR. Cette partie présente l'ensemble de l'activité et des productions du réseau (référentiels, formations, actions régionales etc.) ;
3. une partie dédiée au réseau GLR. Cette partie présente l'ensemble de l'activité et des productions du réseau (Examens de suivi, formations, actions en direction des familles etc.) ;
4. une partie dédiée au dépistage néonatal des troubles de l'audition.

Le nouveau site a permis de développer deux nouvelles fonctionnalités importantes :

1. un module dédié aux formations des différents réseaux qui permet de mettre facilement en ligne leurs programmes et contenus pédagogiques (documents de référence, présentations etc.). Enfin, les visiteurs peuvent désormais s'inscrire directement à nos formations *via* le site internet ;
2. notre annuaire en ligne qui regroupe :
   - l'annuaire des structures de la périnatalité (voir ci-dessous) ;
   - l'annuaire des échographistes enregistrées pour l'échographie du 1er trimestre (voir ci-dessus) ;
   - l'annuaire des professionnels libéraux adhérents au réseau Grandir en LR ;
   - l'annuaire des ORL référents pour le dépistage des troubles de l'audition.

Les travaux d'élaboration de ce nouveau site internet ont été réalisés entre juillet et décembre 2014 par la société id-est[7] et supervisés par le coordinateur administratif. Tous les permanents du réseau ont également été mis à contribution pour le choix des visuels, le développement des fonctionnalités

[7] http://www.id-est.fr/

et l'élaboration du contenu (le site internet intègre plus de 100 pages de contenu *ad hoc*). En 2015, de nouvelles fonctionnalités seront développées notamment un espace de travail sécurisé qui facilitera les activités de différents comités scientifiques et groupes de travail.

- **Actualisation et mise en ligne de l'annuaire de la périnatalité du Languedoc-Roussillon**

Au cours de l'année 2013, l'annuaire des structures intervenant en périnatalité a été intégralement mis à jour et comprend désormais quelques 368 structures. En 2014, ces données actualisées sont venues alimenter l'annuaire en ligne développé par le réseau. Cet annuaire en ligne permet ainsi deux types de recherche parmi les structures de la périnatalité :

1. une recherche parmi 19 thématiques, intégrant notamment les priorités du réseau : allaitement maternel et addictions (CSAPA, CARUD, ELSA, sages-femmes référents etc.),
2. une recherche géographique qui permet de visualiser les résultats sur une carte.

- **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 ; en 2014 le réseau est intervenu en particulier auprès des établissements privés.
  - Présentation du réseau devant la Commission obstétrique de la FHP (8 juillet).
  - Réunion de travail avec les dirigeants des cliniques Saint-Roch et Clémentville (22 mai).
- l'envoi de mailing (Plaquettes) à l'ensemble des professionnels de la région concernés par une des actions organisées par le réseau selon la thématique ;
- le soutien en tant que partenaire à des actions organisées localement, cette année le réseau a notamment participé à la Conférence grand public organisée par l'Association action Bientraitance (1er février) ;
- les différentes interventions des membres du réseau à des rencontres professionnelles, séminaires, congrès…
- la diffusion d'informations par mail.

- **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 pour 3 ans. La coordinatrice du réseau représentante de la FFRSP participe ainsi à plusieurs instances : 2 instances ministérielles (CNNSE, groupe HAS T21) et 1 société savante (société française de médecine périnatale) d'envergure nationale. Le tableau ci-après liste ces interventions.

Tableau 28 : Liste des interventions du réseau au niveau national en 2014

Instances	Finalités	Principales activités 2014
Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant (CNNSE)	Réunion plénière, réflexion sur la politique nationale, sorties de maternité, dépistage surdité	2 journées de travail
Fédération française des réseaux de santé périnatale (FFRSP)	Mutualisation et échanges de pratiques entre réseaux Définition de positions communes concernant la politique nationale périnatale Développement des capacités d'enquête (formation)	Assemblée générale, 3 réunions du CA & 6 réunions de bureau 1 journée de travail en partenariat avec l'AFREE 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, place des réseaux de périnatalité	Réunions du CA et participations aux journées annuelles (3 jours)
Groupes d'expert HAS	Groupe de travail sur le dépistage de la T21	2 journées de travail

IV.9.g. Perspectives 2015

Pour l'année 2015, le réseau a prévu de travailler sur les axes suivants :

- lancement d'une EPP régionale sur les déclenchements sur le modèle de l'EPP césarienne programmée ;
- animation du Groupe régional des sages-femmes cadres de maternité ;
- mise à jour du tableau de bord des maternités ;
- réflexion sur les pratiques de transfert en lien avec la CROP.

IV.10. Promotion de l'allaitement maternel

IV.10.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].

L'étude Epifane a permis de mesurer la durée d'allaitement pour un échantillon de 3 500 enfants tirés au sort et nés en 2012 en France métropolitaine. Le taux d'allaitement exclusif était de 60 % à la naissance et seulement 35 % à la fin du 1er mois de vie, la durée médiane d'allaitement exclusif était de 3,5 semaines, celle de l'allaitement partiel de 15 semaines. À 6 mois, seul un enfant sur quatre était encore allaité et plus de la moitié d'entre eux consommaient des préparations pour nourrissons en complément[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 périnatal « Naître en Languedoc-Roussillon » mène depuis 4 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 2013, 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] Salanave B, de Launay C, Boudet-Berquier J, Castetbon K. Durée de l'allaitement maternel en France (Épifane 2012-2013). Bull Epidémiol Hebd. 2014;(27):450-7. http://www.invs.sante.fr/beh/2014/27/2014_27_2.html

IV.10.b. Finalité

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

IV.10.c. Méthodologie et réalisations

À la suite des travaux menés par la Commission Régionale de la Naissance du Languedoc-Roussillon (CRN-LR), le réseau 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 puis par l'ARS. Depuis 2014, elle est intégrée dans la convention cadre liant le réseau à l'ARS. 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, coordinatrice médicale NLR

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

Ce projet a donné lieu à deux documents élaborés par des groupes de travail de professionnels de santé et de la petite enfance, avec la collaboration du REGAAL (réseau gardois de l'allaitement) :

- un référentiel professionnel de bonnes pratiques ;
- une plaquette d'information pour les parents et futurs parents.

Cette dernière a été imprimée par le réseau, le référentiel ayant été diffusé par mail en 2013 à tous les établissements d'accueil du jeune enfant et les Relais Assistants Maternels, par le biais des conseils généraux.

À la suite des réunions déjà organisées localement en 2013 pour faciliter la diffusion de ces documents, deux manifestations assez importantes se sont tenues à Mende et à Perpignan en 2014. Pour chaque évènement du tableau ci-dessous, la démarche du réseau et les documents produits ont été présentés pour laisser place à des questions pratiques sur l'accueil de l'enfant allaité en structure d'accueil ou chez une assistante maternelle. Le rôle des professionnels des structures d'accueil comme soutien des parents dans leur projet d'allaitement et de parentalité (bientraitance) a également été souligné.

Tableau 29 : Diffusion des documents sur la poursuite de l'allaitement à la reprise du travail

Date et objet	Lieu	Partenaires
25 avril : Réunion de travail sur la diffusion dans le Gard	Nîmes	REGAAL
10 juin : Soirée-débat « Allaitement maternel et reprise d'activité des mères »	Gignac	Communauté de communes de Vallée de l'Hérault et Relais Assistants Maternels
26 septembre : Rencontre d'automne de la PMI « En crèche, être bien dans son assiette »	Perpignan	Conseil général des Pyrénées-Orientales
16 octobre : Soirée-débat « Allaitement maternel et reprise d'activité des mères »	Mende	Conseil général de Lozère Relais Assistants Maternels de Lozère

- **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[10] 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.

A la suite de cette enquête, un Groupe régional sur l'allaitement maternel (GRAM), composé d'une trentaine de professionnels de toute la région, a été constituée avec pour objectif l'élaboration d'un référentiel, incluant des fiches techniques et des documents pour le suivi de l'allaitement pendant le séjour en maternité. Ce travail a été finalisé et mis en ligne en 2013[11].

En 2014, le réseau a mené une évaluation de ce travail basée sur une enquête par questionnaire auprès des référents GRAM de chaque maternité de la région. 12 maternités ont répondu à l'enquête. Les résultats de cette évaluation font ressortir les principales conclusions suivantes :

- **Le référentiel a été plutôt bien diffusé dans les maternités :**
  - toutes les maternités ont imprimé au moins un exemplaire du référentiel, certaines maternités signalent avoir intégré des fiches dans leur système informatique et dans leur dossier documentaire ;
  - dans une majorité de maternités le référentiel a été présenté en réunion.
- **Les principales fiches du référentiel sont assez régulièrement utilisées mais de manière contrastée selon les fiches :**
  - seule une maternité déclare n'utiliser aucune fiche ;
  - les fiches destinées aux patientes et au suivi sont nettement plus utilisées que les fiches concernant la pratique des soignants. Ces dernières « sont beaucoup plus longues à s'approprier » et font davantage l'objet de modifications par l'équipe.

[10] http://nglr.fr/images/naitre/pdf/referentiels/allaitement/Enquete_Mater_2010.pdf

[11] http://nglr.fr/referentiel-allaitement-maternel

- **Le référentiel a eu un impact modeste sur les pratiques des professionnels et l'organisation des soins en maternité :**
  - seule une maternité déclare ne pas avoir de soutien de la part de son encadrement pour faire évoluer les pratiques, une majorité déclare (6) que ce soutien est formalisé et actif ;
  - une majorité de maternités (7/12) déclare que le projet de service intègre des objectifs du référentiel ;
  - toutes les maternités déclarent que le référentiel a eu un impact au moins sur certains professionnels (7 maternités signalent un impact sur une majorité de professionnels) ;
  - plusieurs maternités rapportent des évolutions organisationnelles au sein de leurs maternités : organisation de réunions dédiées à l'allaitement (2), changements favorisant le peau à peau (2).
- **Plusieurs maternités demandent un soutien du réseau pour renforcer l'évolution des pratiques :**
  - présentation du référentiel aux équipes encadrantes et médicales (3) ;
  - organisation de formation sur site en particulier concernant les gestes nouveaux (7).

Le travail du GRAM a été présenté au CH de Perpignan le 30 juin, à la demande de la cadre de pôle.

➢ **Travail autour de la suppression de la lactation en cas de non-allaitement**

Lors de la journée d'hiver du 31 janvier 2014, Danièle Bruguières, Françoise Moussard et Marie-Andrée Thompson-Bos ont animé un atelier consacré à la suppression de la lactation pour les femmes ayant choisi de ne pas allaiter. Il a réuni 30 participants, essentiellement des sages-femmes, dont plusieurs cadres de maternité de la région. A la suite des questions posées au cours de cet atelier et des demandes de plusieurs cadres de maternité, un groupe de travail s'est constitué pour rédiger un référentiel qui précise :

- les dispositions de l'ANSM de juillet 2013 sur l'usage de la bromocriptine dans cette situation ;
- les points importants sur la physiologie de la lactation en post-partum immédiat ;
- les moyens non-médicamenteux et médicamenteux pour soulager les femmes en cas d'engorgement.

Ce document a été rédigé par :

- Danièle Bruguières, consultante en lactation IBCLC, référente allaitement au sein du réseau ;
- Manoëlle Durant, médecin, consultante en lactation IBCLC, maternité de la polyclinique St Louis de Ganges ;
- Evelyne Mazurier, pédiatre, praticien hospitalier, consultante en lactation IBCLC, au CHRU de Montpellier ;
- Françoise Moussard, sage-femme, titulaire du Diplôme interuniversitaire de lactation humaine et allaitement maternel, enseignante à l'école des sages-femmes de Montpellier ;
- Marie-Andrée Thompson-Bos, praticien hospitalier au CHRU de Montpellier - Centre Régional de Pharmacovigilance du Languedoc-Roussillon.

Ce groupe s'est réuni les 14 et 27 mai, 10 juillet et 22 août. Le document a été ensuite présenté lors d'une réunion des sages-femmes cadres de maternité le 10 octobre. Il est actuellement dans la phase de validation finale, auprès des cadres et des équipes médicales des maternités de la région.

➢ **Formations sur l'allaitement maternel**

Le réseau propose régulièrement une formation sur l'allaitement maternel ayant pour objectifs de :

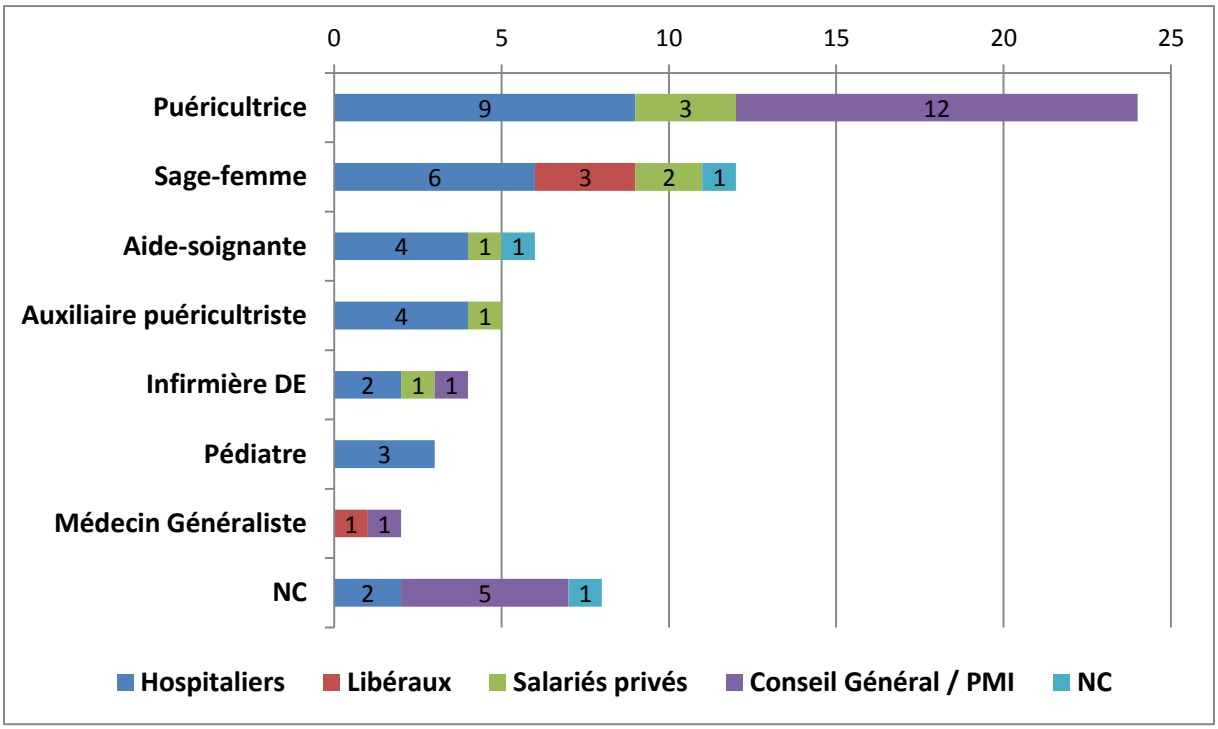
- réactualiser les connaissances et les compétences nécessaires à l'accompagnement de l'allaitement ;

- favoriser le travail en réseau pour assurer une continuité dans le soutien aux mères avant, pendant et après le séjour en maternité.

Cette formation se déroule sur 4 jours avec des petits groupes d'environ 15 professionnels. Elle est animée par deux formatrices du CREFAM : Manoëlle Durant, médecin intervenant à la maternité de la polyclinique de Ganges, et Danièle Bruguières, référente Allaitement Maternel au Réseau Périnatal.

Cette année 4 formations de ce type ont été organisées. Trois formations étaient ouvertes à tous les professionnels de la région et se sont déroulées dans les locaux du réseau, une formation a été organisée à la demande du CHRU de Nîmes sur site. Au total, 64 professionnels ont participé à ces formations, principalement des puéricultrices exerçant en PMI et à l'hôpital et des sages-femmes exerçant à l'hôpital. On notera également la participation de 5 médecins : 3 pédiatres et 2 médecins généralistes. Ces professionnels exerçaient principalement dans le Gard (42 %) et dans l'Hérault (31 %) et dans une moindre mesure dans l'Aude (13 %) et les Pyrénées-Orientales (9 %).

Graphique 14 : Professions des participants aux formations à l'allaitement maternel



➢ **Poursuite du travail sur le projet en Pays Cœur d'Hérault**

Plusieurs réunions ont été nécessaires pour définir une méthodologie de travail plus efficace entre la coordination locale du projet et le réseau (réunions le 23 mai avec l'ARS, le 15 septembre avec l'ARS et la coordinatrice locale, le 17 octobre avec la coordinatrice locale).

Le groupe de travail s'est réuni le 14 novembre et a validé les points suivants :

- A la suite de l'enquête par questionnaire menée pour recenser les besoins, deux jours de formation sont proposés les 12 et 13 mars 2015. Un programme préliminaire a été envoyé par la coordinatrice locale et 13 personnes y ont répondu, principalement des professionnels de santé libéraux et des professionnels de lieux d'accueil du jeune enfant. Le programme détaillé a été défini et est en cours d'envoi afin de confirmer les pré-inscriptions.
- Le réseau est en attente d'une décision concernant l'organisation d'une action spécifique en direction des médecins libéraux et des pharmaciens,

- La plaquette de ressources a été revue, la question délicate étant d'intégrer ou non des structures proposant un accueil ou un soutien des parents non spécifique de l'allaitement. Le groupe a choisi de se limiter aux structures disposant d'une personne formée à l'allaitement,
- Les documents pertinents du réseau ont été mis en ligne sur le site du Pays Cœur d'Hérault avec une page dédiée à l'allaitement maternel (http://www.coeur-herault.fr/sante/soutien-allaitement),
- Le réseau attend les retours des responsables locaux sur les circuits d'inscription que suivent les parents désireux de confier à leur enfant à une structure, ce qui limite pour l'instant les possibilités de diffuser la plaquette d'information sur allaitement et reprise du travail.

IV.10.d. Perspectives pour 2015

- Organiser une journée sur les pratiques d'accompagnement des parents en maternité pour mettre en avant les changements auquel le référentiel du GRAM a pu contribuer.
- Journée consacrée aux projets en cours dans les maternités inspirés par l'Initiative Hôpital Ami des Bébés.
- Diffuser le référentiel sur la suppression de la lactation, en particulier aux professionnels libéraux et aux pharmaciens de la région.
- Poursuivre les actions de formation sur l'allaitement.
- Poursuivre la mise en œuvre des actions locales en Pays Cœur d'Hérault.

IV.11. Périnatalité et addictions

IV.11.a. Contexte et historique

Depuis 2008, le réseau mène un projet intitulé : « Périnatalité et addictions en Languedoc-Roussillon : programme régional de prévention des addictions en périnatalité et de mutualisation des dynamiques locales » initialement financé par le GRSP. L'ensemble des actions menées a permis l'élaboration dès 2009 d'un état des lieux de l'existant et des besoins dans la région Languedoc-Roussillon qui sert maintenant de base de travail. Depuis, cette action a été reconduite chaque année.

Pilotage du projet :
Corinne Chanal, sage-femme mise à disposition du CHRU 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.

IV.11.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.

IV.11.c. Méthodologie et résultats

- **Pilotage du programme**

Afin d'adapter au mieux les propositions et les projets au terrain, la sage-femme référente du réseau s'appuie sur un groupe de pilotage régional pluridisciplinaire « périnatalité et addictions ». Après une année d'interruption, il a fallu relancer ce groupe de travail dont la composition a en partie changé. Il est actuellement constitué d'une quinzaine de professionnels (addictologue, sage-femme, psychologue, pédiatre, puéricultrice de PMI) et il s'est réuni 2 fois en 2014.

Tableau 30 : Réunions régionales du groupe de pilotage « Périnatalité et addictions »

Dates	Lieu	Nombre de participants
10/07/2014	St Gély du Fesc	9
9/10/2014	Sète	11

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.

Une trentaine de professionnels participent aux travaux de ce groupe par échange d'email ou lors de réunions de proximité en fonction des travaux en cours. Cela permet d'avoir plus d'acteurs de terrain impliqués dans une dynamique sur la thématique.

➢ **Fournir des outils pratiques aux professionnels : fiches techniques, référentiels**

En 2014, le groupe de pilotage régional a repris la mise à jour des outils pratiques : référentiels et fiches techniques. 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. Ont été mis à jour et validés en 2014 :

- le concept d'addiction ;
- quelques repères pour les entretiens ;
- cannabis et périnatalité.

Les addictions étant une étiologie potentielle de pathologies obstétricales, la sage-femme coordinatrice « périnatalité et addictions » de NGLR a participé en 2014 à la mise à jour des référentiels régionaux d'obstétrique afin d'y préciser la place des addictions et leur abord.

➢ **Plaquettes d'information « alcool et grossesse » pour les patientes**

Le réseau NGLR a dégagé un budget en 2014 pour relancer une commande des plaquettes « alcool et grossesse ». Nous avions sélectionné en 2010 celles d'Entreprise et Prévention, intitulées « puis-je boire un verre à sa santé ? ». Elles sont livrées dans chaque ville à une seule personne référente, les partenaires qui souhaitent s'approvisionner doivent d'adresser directement à cette personne.

Ville	Nbre de plaquettes	Nbre d'affiches	Structures partenaire	Nom du référent
Perpignan	4 000	25	Conseil Général des Pyrénées-Orientales	Patricia Pérez
Carcassonne	2 000	10	CH de Carcassonne - Maternité	Pascale Commessie
Narbonne	4 000	20	CH Narbonne – ELSA	Dr Aline Picon
Béziers	3 500	10	CH de Béziers – Maternité	Cécile Dechambre
Sète	2 000	30	CH du Bassin de Thau - Service d'addictologie	Dr Teuma
Montpellier	6 000	30	Réseau périnatal	Corinne Chanal
Nîmes	2 500	10	CHRU Carémeau - Maternité	Michèle Oziol
Ales	2 000	20	Réseau de Périnatalité du Bassin Alésien - Maison de la Santé	Lenaik Porrot
Mende	1 200	10	CH de Mende - ELSA	Dr Cunnac
Bagnols	1 000	10	CH Louis Pasteur - Maternité	Karine Joanny
TOTAL	**28 200**	**165**		

Nous avons commandé également des affiches et quelques documents pour aider les professionnels à aborder les consommations d'alcool avec les patientes.

- **Sensibilisation des femmes enceintes aux risques associés à la consommation de tabac pendant la grossesse**

Le réseau périnatal avec le soutien de la Ligue contre le cancer œuvre à la prévention de la consommation de tabac pendant la grossesse en diffusant auprès des femmes enceintes une plaquette d'information. En 2014, 30 000 plaquettes ont été imprimées et distribuées à toutes les femmes par les services de PMI et aux CPAM aux femmes qui viennent de faire leur déclaration de grossesse.

- **Création d'une rubrique périnatalité et addictions dans le site de NGLR**

La création d'un site spécifique pour le réseau NGLR a permis de définir les contenus à mettre en ligne dans la rubrique périnatalité et addictions[12] :

- référentiels et fiches techniques validés avec la liste des rédacteurs et des relecteurs ;
- tableau des conduites à tenir ;
- liste des participants au comité de pilotage ;
- auto-questionnaire 2012 avec le guide de lecture, les organigrammes et les résultats du projet ;
- l'intégration des structures en addictologie et des sages-femmes référentes dans l'annuaire en ligne ;
- liens : INPES, GEGA, HAS.

- **Repérage précoce en maternité des conduites addictives pendant la grossesse chez les femmes en situation de vulnérabilité**

Le réseau Naître en Languedoc-Roussillon a mené 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'articulait autour de 2 axes :

- l'utilisation d'un auto-questionnaire de repérage des addictions en maternité ;
- un poste de sage-femme référente vulnérabilités et addictions en maternité.

Suite à cette expérimentation ces axes de travail ont été maintenus en 2014.

- <u>Auto-questionnaire de repérage en maternité</u>

Lors de la journée de regroupement des sages-femmes référentes d'avril 2014 (cf. ci-dessous), 8 d'entre elles ont affirmé que le questionnaire était encore utilisé dans leur maternité. Toutefois, seule une maternité l'utilise encore de manière systématique et 3 autres l'utilisent régulièrement.

L'évaluation du projet prévoyait de modifier le contenu de l'auto-questionnaire pour le rendre plus facile à reprendre par les professionnels de la grossesse. Les objectifs de cet auto-questionnaire sont l'amélioration de la communication consultant/patientes sur les addictions et ses facteurs de vulnérabilités. Les évolutions suivantes ont été apportées :

- Modification du score relatif à la consommation d'alcool : le score utilisé dans le premier questionnaire (T-ACE) semble difficile à reprendre pour des professionnels non addictologues. Ce score est destiné au repérage des consommatrices d'alcool à risque alors que les consultants de la grossesse recherchent les consommations pendant la grossesse afin de proposer une conduite à tenir obstétricale et pédiatrique.
- Ajout d'une question sur le repérage des troubles du comportement alimentaire.

[12] http://nglr.fr/index.php/les-actions-naitre/perinatalite-et-addictions-naitre

La nouvelle version du questionnaire est le fruit d'une collaboration entre le groupe de pilotage régional et l'association nationale GEGA (Groupe d'Etude Grossesse et Addictions). L'auto-questionnaire vulnérabilités/addictions a été revu et validé avec des groupes de travail régional et national. Il est actuellement en phase-test. En Languedoc-Roussillon, Les sages-femmes référentes vulnérabilités et addictions de Carcassonne, Béziers et Sète ont proposé de le tester en 2015.

- Accompagnement des sages-femmes référentes des maternités

Les postes de SF référentes vulnérabilités/addictions sont des sages-femmes de consultation formées spécifiquement. Elles peuvent être partiellement dégagées des consultations pour assurer le temps de coordination nécessaire à un travail en réseau et à la collaboration avec l'ELSA de leur établissement. Le réseau extérieur aux Centres Hospitaliers a besoin de les joindre facilement pour améliorer la coordination : bureau, téléphone portable ou répondeur personnalisé. Ces sages-femmes doivent avoir un délai de rendez-vous suffisamment court avec la possibilité de répondre rapidement en cas d'urgences et d'hospitalisation. Elles sont soutenues par l'équipe d'addictologie de liaison de leur établissement et par le psychologue de maternité. Il est nécessaire de mieux positionner ces postes dans chaque établissement en fonction des spécificités et des temps dédiés. En 2014, deux maternités n'ont pas mis en place ces postes malgré un financement dédié de l'ARS.

Le réseau anime le groupe régional des sages-femmes référentes avec l'organisation de deux journées 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 2014, 2 journées de regroupement régional ont été organisées et sont décrites dans le tableau suivant. Une évaluation a été faite après chacune d'entre elle et la journée suivante organisée selon les besoins exprimés. Lors de la 2e journée, à la demande des sages-femmes référentes, nous avons invité les psychologues de maternité ou d'addictologie avec lesquels elles collaborent le plus.

	Journée du 16 avril	Journée du 2 octobre
Objectifs	Se sentir plus à l'aise dans le suivi d'une femme enceinte consommatrice de substances psychoactives	Améliorer le soutien des sages-femmes référentes lors de la prise en charge des femmes enceintes en extrême vulnérabilité et/ou addictes
Méthode	Débriefing sur les difficultés rencontrées dans l'abord de ces patientes. Reprises de cas cliniques. Apport de connaissances.	Invitation à participer à la journée aux psychologues de maternité. Exposés. Reprise de situation en direct. Cas cliniques.
Animation	Corinne Chanal, sage-femme coordinatrice du projet Dr Rafi Kojayan, pédopsychiatre	Corinne Chanal, sage-femme coordinatrice du projet Dr Rafi Kojayan, pédopsychiatre Dr Rose-Marie Toubin, pédopsychiatre
Nbre de participants	11 sages-femmes	26 participants (15 SF + 11 psy)

- Activité des sages-femmes référentes

Le réseau suit également l'activité des sages-femmes référentes. Une série d'indicateurs ont été élaborés à partir de leur fiche de poste et un outil pratique de suivi de leur activité leur a été proposé. A la date de rédaction du présent rapport, 10 maternités sur 11 ont transmis leur rapport d'activité au réseau. Les principaux indicateurs qui en sont issus sont présentés dans le tableau ci-dessous avec l'évolution observée entre 2013 et 2014 pour les mêmes maternités. Ces chiffres doivent toutefois être interprétés avec prudence. Les variations observées peuvent notamment s'expliquer par une modification de l'indicateur, par exemple l'item médicament est en forte hausse tandis que l'indicateur autres drogues est en forte baisse, cela s'explique par la nouvelle comptabilisation des traitements de substitution. En réalité s'il l'on considère les deux indicateurs ensemble ils restent stables. De même, ce tableau régional masque les fortes disparités existantes entre établissement. Une analyse plus fine de ces indicateurs est réalisée chaque année avec les sages-femmes référentes à l'occasion d'une journée de regroupement régional.

Tableau 31 : Activité régionale des sages-femmes référentes

		2014	% des patientes / moyenne	Evolution 2013-2014
Nbre de patientes vues au moins une fois		**1223**	-	31,9%
Nombre de patientes vues plus d'une fois		**573**	46,9%	5,7%
Nombre de consultations	Ambulatoire	**2233**	3 cs / femme suivi	13,7%
	Pdt Hospitalisation	**568**	1 cs / femme suivi	228,3%
Nombre d'appels tél. aux patientes		**816**	66,7%	78,2%
Nombre de patientes vues pour	Pb psycho-social	**623**	50,9%	42,9%
	Tabac	**499**	40,8%	-3,1%
	Alcool	**41**	3,4%	-16,3%
	Cannabis	**92**	7,5%	-20,7%
	Médicament	**195**	15,9%	44,4%
	Autres drogues	**57**	4,7%	-52,1%
	Déjà suivi addicto.	**42**	3,4%	-20,8%
Nombre de patientes orientées vers	Tabacologie	**250**	20,4%	-20,9%
	Addictologie	**59**	4,8%	5,4%
	PMI	**389**	31,8%	30,5%
	Psychologue / psychiatre	**271**	22,2%	24,9%
	Assistante sociale	**149**	12,2%	40,6%
	Autre	**234**	19,1%	69,6%
Patientes suivies en indirect	Nbre de patientes	**97**	np	54,0%
	Nbre d'interventions	**141**	np	131,1%
Nombre de participations aux réunions	Staff maternité	**254**	25/sage-femme	27,6%
	Staff addictologie	**50**	5 par sages femme	150,0%
	Réunion bassin de naissance	**21**	2/sage-femme	61,5%
	Intervention en formation	**36**	3,5/sage-femme	-21,7%
	Journée des sages-femmes référentes	**20**	2/sage-femme	33,3%

On observe donc une augmentation de l'activité qui reste assez modeste avec une augmentation des patientes bénéficiant d'un suivi (+5,7 % patientes vues plus d'une fois). La principale évolution par

rapport à l'année dans la prise en charge a trait aux consultations en cours d'hospitalisation qui sont devenus presque systématiques.

Au niveau des problématiques repérées, on observe une baisse notable du repérage des consommations d'alcool et du cannabis et une forte augmentation des problèmes psycho-sociaux. Cette évolution se traduit en termes d'orientation avec une nette augmentation des orientations vers les assistantes sociales, les psychologues et psychiatres et la PMI.

Le rôle de coordination des sages-femmes référentes semblent également s'être renforcé avec une forte augmentation du nombre de patientes suivies en indirects. De même, la participation des sages-femmes référentes aux staffs, en particulier en addictologie, a connu une forte augmentation tout comme la participation aux réunions hors de l'établissement dans le bassin de naissance.

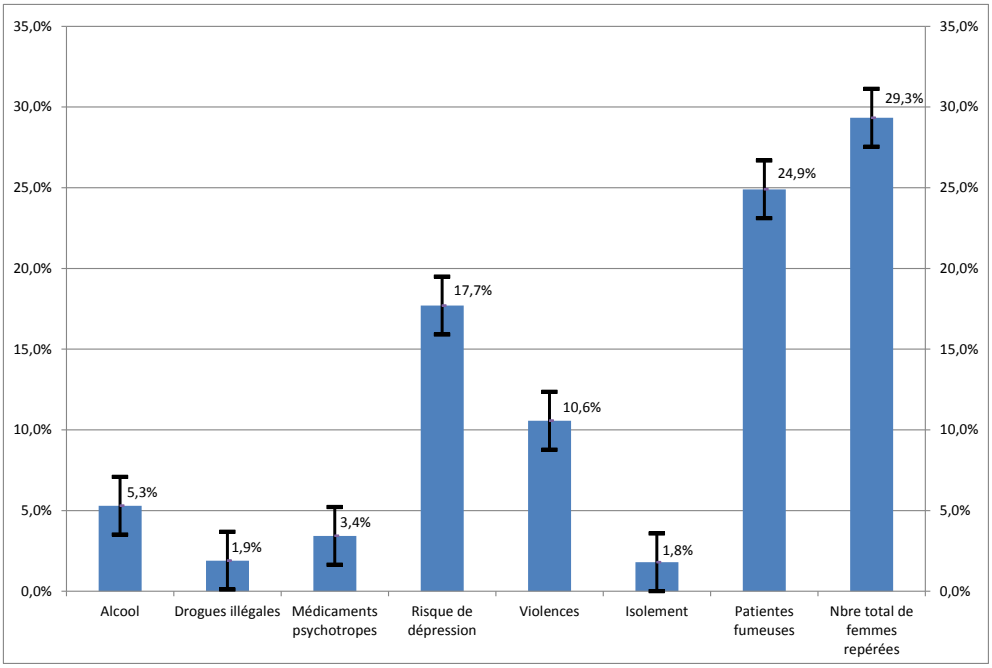
- **Suivi d'indicateurs de visibilité des comportements addictifs dans les maternités**

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 régionale pour la consommation des différents produits. Ces niveaux de référence, bien que basés sur un échantillon de 3 000 femmes issues principalement des maternités publiques, permettent de comparer les indicateurs de repérage annuels. Ces niveaux sont présentés dans le graphique suivant.

Graphique 15 : Niveau de référence - Taux de repérage des consommations de produits psychotropes pendant la grossesse dans les maternités publiques du Languedoc-Roussillon en 2012

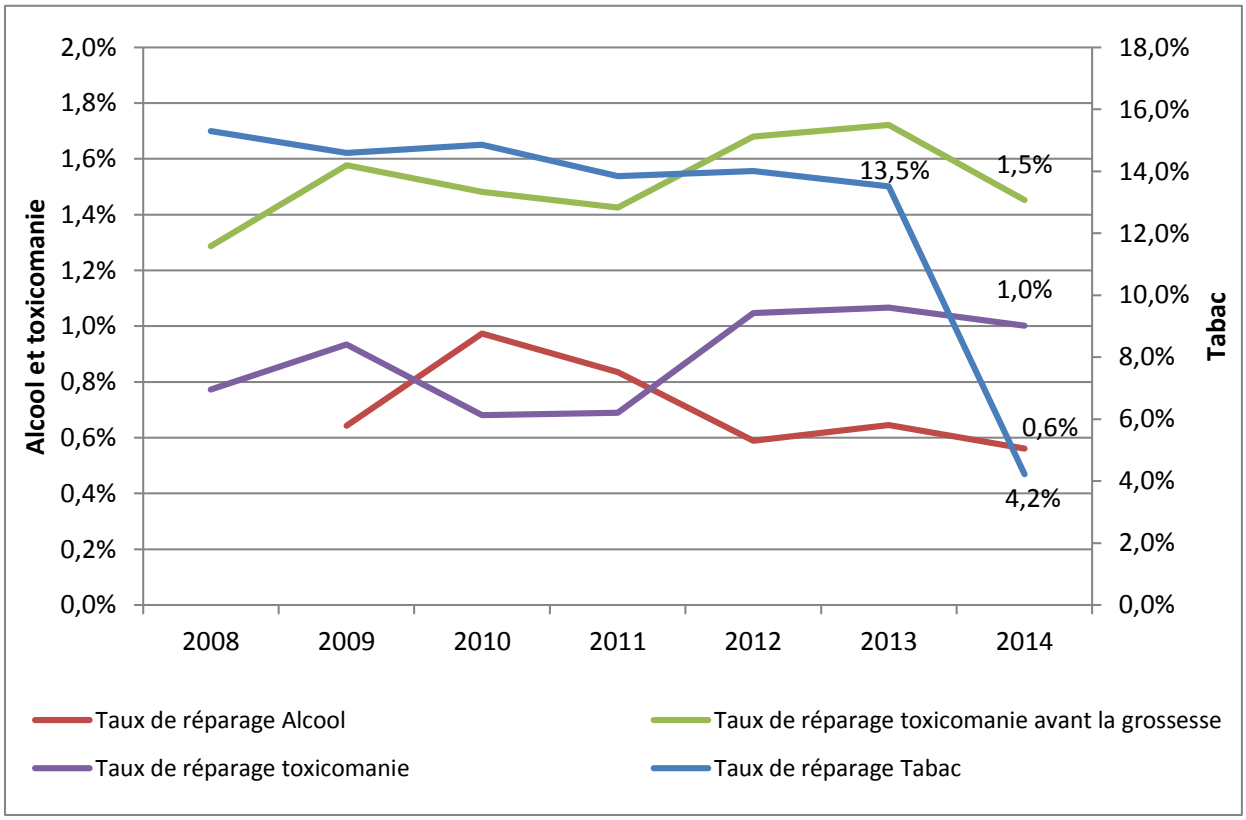


- Indicateurs issus du DCPI

Le DCPI permet de produire une série d'indicateurs sur le repérage des consommations de produits psychotropes pendant la grossesse. Les données sont disponibles depuis 2008, toutefois ces données ne sont pas totalement cohérente d'une année sur l'autre. Entre 2008 et 2011, l'utilisation du DCPI a beaucoup progressé, les nouveaux établissements et professionnels n'avaient pas forcément la même utilisation que les anciens utilisateurs (plus faible attention aux addictions notamment). Par ailleurs, une seconde version du DCPI a été mise en place en décembre 2013 avec une nouvelle présentation, de nouvelles fonctionnalités, de nouveaux champs et de nouveaux items. Du fait de ces évolutions, les modalités d'utilisation ont changé. Enfin, le format de la base de données a également évolué. Par conséquent, les requêtes ont dû être adaptées et produisent des résultats parfois incohérents (ces incohérences sont actuellement à l'étude).

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 était relative car principalement liée à l'augmentation du nombre de DCPI ouvert chaque année qui a plus que doublé sur la période. En 2014, ce taux est passé à 50 %, cette nouvelle baisse est probablement imputable à la nouvelle ergonomie du logiciel dans laquelle les consommations de produits psychotropes apparaissent de manière beaucoup moins évidente (page séparée) et sont donc moins renseignées.
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 16 : Taux de repérage des addictions par rapport au nombre total de DCPI ouverts



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 total de DCPI ouvert[13]. Il montre :

1. une stabilisation du repérage des patientes fumeuses à plus de 13 % depuis 2011, soit moins de la moitié du taux de référence. La forte baisse en 2014 semble liée à la nouvelle version du DCPI (vérifications en cours) ;
2. une nette augmentation du repérage des patientes toxicomanes pendant la grossesse entre 2011 et 2012 et une stabilisation depuis. Cette augmentation est directement liée à l'utilisation de l'auto-questionnaire et à la création du poste de sages-femmes référentes. Elle 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 en 2012 avec une stabilisation depuis. Toutefois, le taux de repérage des patientes ayant une consommation quotidienne ou excessive est en augmentation (non-visible sur le graphique). L'évolution observée est donc ambivalente.

- <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.

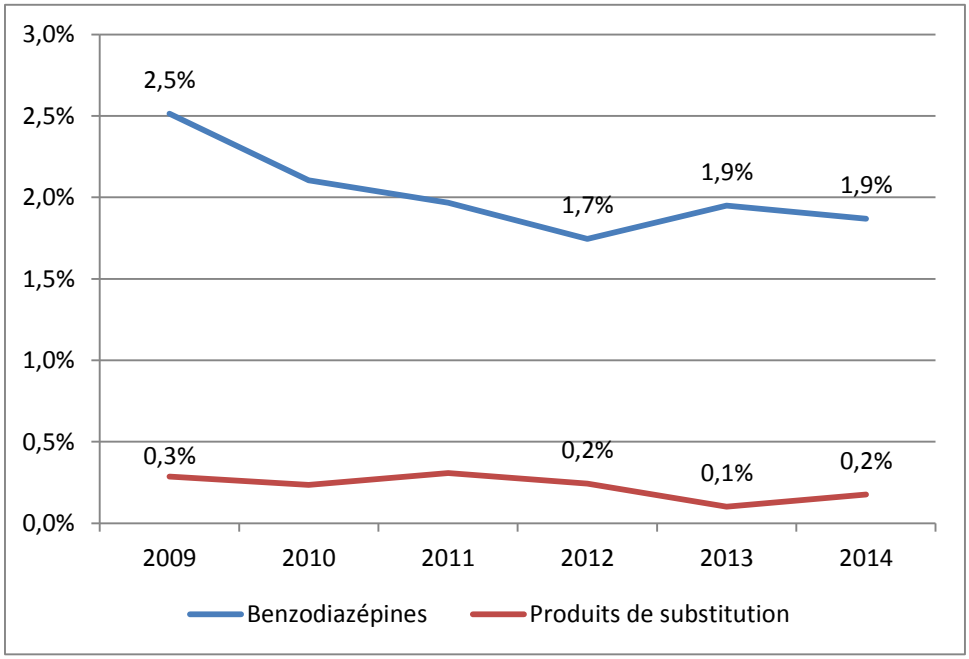
Toutefois, ces taux sont extrêmement faibles puisqu'ils sont inférieurs à 0,5 % pour la plupart des consommations (sauf pour le tabac pour lequel l'indicateur s'établit autour de 3 %). Ce constat est lié à l'usage essentiellement économique du PMSI et démontre le peu d'intérêt de ces données pour suivre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

- <u>Indicateurs issus des données de l'assurance maladie</u>

Les données de l'assurance maladie permettent d'établir annuellement le taux de patientes consommant des médicaments psychotropes prescrits en cours de grossesse. Cet indicateur peut être détaillé par médicaments 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. Depuis 2010–2011, ce taux est relativement stable, en 2014, il représente 600 patientes. Le nombre de femmes vues par les sages-femmes référentes pour ce motif est de 195 ce qui représente donc environ 1/3 des femmes consommant ce type de médicaments sur prescription médicale.

[13] Auparavant nous utilisions le nombre de DCPI avec la question addictions renseignés, mais l'année de transition 2013 offrait des résultats incohérents avec les autres années.

Graphique 17 : 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).

Lors de l'actualisation de l'annuaire du réseau périnatal régional et de sa mise en ligne, nous avons ajouté les coordonnées des sages-femmes référentes vulnérabilités/addictions dans les établissements.

Tableau 32 : dynamique des réseaux de proximité par bassin de naissance (2014)

Bassin de naissance	Référents locaux	Type d'intervention	Niveau d'autonomisation et thèmes d'intervention	Partenaires
Narbonne	**SF Référente CH :** P. Courp **Pédiatre :** D. Banegas, **Addictologue :** A.Picon	17/11 réunion intra établissement CH. Participation de la SF et du psy aux journées des SF référentes.	**En réorganisation, demande d'aide de NGLR :** Participation à une 1ere rencontre ELSA/Mater/pédiatrie/PMI	CH (Maternité, service d'addictologie, pédopsychiatrie)
Sète	**SF Référente CH :** C. Lobraïco **Pédiatre :** A. Cavalier **Addictologue :** D. Teuma	Intervention annuelle formation du CH. Participation de la SF et du psy aux journées des SF référentes	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	**SF Référente CH :** ML. Mercier **Pédiatre :** B. Veit **Addictologue :** V. Delmas	Participation de la SF et du psy aux journées des SF référentes	**Autonomisation complète**: Collaboration par téléphone et mail, envoi de documents et d'informations	CG 66, addictologie hospitalière, Association des SF 66
Alès	**SF Référente CH :** V. Cotte **Pédiatre :** MF Durand **Addictologue :** S. Orcel	Participation de la SF et du psy aux journées des SF référentes	**Autonomisation complète** : Soutien du groupe local périnatalité et addictions. Sage de PMI coordinatrice du réseau périnatal alésien.	CG 30, CH, RESEDA, réseau périnatal alésien
Bagnols sur Cèze	**SF Référente maternité :** Karine Joanny **Pédiatre :** Aucun spécifique **Addictologue :** Dr Lopez **Généraliste :** Dr Gabbaï	Participation de la SF et du psy aux journées des SF référentes	**En réorganisation** : changement d'organisation interne de la maternité et de sage-femme référente	CH, réseau RIPOSTE, Correspondants locaux
Nîmes	**Référents maternités :** M. Oziol (CHRU), C. Auriol (clinique PGS) **Pédiatre :** J. Dendalle **Addictologie :** Les Capitelles **Référente CDAF :** F. Ozil	Demande d'aide au réseau NGLR. réunion de réseau de proximité : 18/03+27/11 Pôle promotion santé (CLS) : 15/10+24/11. Participation de 2 SF et des psy aux journées des SF référentes	**En voie d'autonomisation** : Intégration de la problématique addiction dans les réunions du réseau périnatal nîmois en 2014. Formation d'un réseau de proximité périnatalité et addictions coordonné par la SF du CDAF et les Capitelles. Implication du CDAF dans le comité de pilotage régional.	Réseau périnatal nîmois, CG 30, CHU, Clinique PGS, structures d'addictologie dont Les Capitelles et correspondants locaux
Béziers	**SF Référente maternité CH :** C. Dechambre **Pédiatre :** T. de Pertat **Addictologue :** P.Galland	Reprises de situations cliniques avec la sage-femme référente Participation de la SF aux journées des SF référentes	**Autonomisation complète**. Forte implication des référents locaux au comité de pilotage régional.	CH de Béziers, clinique Champeau, Correspondants locaux
Carcassonne	**SF Référente CH :** P. Commessie **Pédiatre :** Dr Letsigo **Addictologue :** Dr Plas	Participation de la SF et du psy aux journées des SF référentes	**Autonomisation complète**. Implication+++ de la SF référents dans le comité de pilotage régional.	COPIL est-audois

Bassin de naissance	Référents locaux	Type d'intervention	Niveau d'autonomisation et thèmes d'intervention	Partenaires
Mende	**SF Référente CH :** poste non dégagé par l'administration **Pédiatre** : Aucun **Addictologue :** Dr Cunnac	Pas de collaboration en 2014 car poste non dégagé par l'administration du CH	**En voie d'autonomisation :** bonne collaboration addictologie-maternité. Le réseau addicto utilise les mailings de NGLR pour communiquer avec la périnatalité.	CH (maternité + service d'addictologie) + Maison Ste Marie + CSAPA + Correspondants locaux
Ganges	**SF Référente maternité :** E.Lagouardette **Addictologie :** La Draille **Médecin psycho-périnatalité :** M. Durant	Collaboration par téléphone et email Participation de la SF et du médecin psychopérinat aux journées des SF référentes.	**Autonomisation complète** Réunions régulière du réseau local vulnérabilités en périnatalité	Maternité, PMI, Sages-femmes et gynécologues libéraux
Montpellier	**Référents maternités :** C.Chanal, M.Azoulay, M.F.Donadille (CH), I. Lacroix (Clémentville), K. Havasi (St Roch) **Pédiatre :** E.Mazurier, M.Misraoui **Addictologue :** 1 par structure	1 réunion Contrat Local de Santé. Participation aux 21 ans de Réduire les risque et aux 20 ans UTTD. Participation de 5 SF et des psy aux journées des SF référentes.	**Autonomisation complète** Animation de la formation périnatalité et addictions du CHU ouverte à tous les professionnels public-privé-libéral-PMI. Implication importante des référents locaux au comité de pilotage régional.	Correspondants locaux, ex-P3SM, services d'addictologie

Narbonne : A l'occasion de la prise de poste du Dr Picon, addictologue dans une mission ELSA au CH de Narbonne, une réunion a été organisée le 17/11/2014 pour établir un premier contact de l'ELSA avec les différents intervenants en périnatalité (CH et PMI) et mettre en place des actions communes. Les axes de travail dégagés sont les suivants :

- définir et coordonner le rôle de chacun dans la prise en charge de la femme enceinte présentant des conduites addictives ;
- redéfinir les missions et les moyens de la SF référente ;
- redéfinir l'outil de repérage de ces femmes : auto-questionnaire, consultations et liens avec les autres professionnels de la maternité dans ce repérage ;
- définir l'organisation des relais avec l'équipe ELSA et la pédiatrie ;
- organiser des sessions de sensibilisation auprès des professionnels ayant un lien avec cette problématique.

Une mise en place intra CH est envisagée dans un premier temps avec les intervenants des différents services pour ensuite travailler avec les acteurs extra hospitaliers (PMI, SF libérales, gynécologues de ville, centres maternels, CSAPA, Médecins libéraux…) de dépistage des consommations de produits psycho-actifs chez les femmes enceintes et suivi pluridisciplinaire.

Nîmes : L'intégration de la problématique addictions dans les réunions du réseau périnatal nîmois en 2014 a abouti à la constitution d'un réseau informel de proximité périnatalité et addictions coordonné par la sage-femme du CDAF et le directeur des Capitelles. Cette dynamique a été soutenue activement par la sage-femme référente du réseau NGLR qui y a participé directement.

- **Projet de l'INVS : « Peut-on surveiller le SAF en France avec le PMSI? »**

Il s'agit d'un projet de l'INVS qui a sollicité la participation des réseaux périnatals. Nous avons accepté de participer. Ce projet devrait nous permettre de reprendre le repérage des alcoolisations pendant la grossesse avec les professionnels des maternités de la région. Nous avons commencé à

travailler sur le protocole de mise en place mais ce projet a été repoussé d'un an et devrait débuter fin 2015.

IV.11.d. Perspectives 2015

- Poursuite de la formation et du soutien des sages-femmes référentes vulnérabilités/addictions des maternités.
- Coordination et animation des réseaux de proximité.
- Actualisation de la page « périnatalité et addictions » du site internet de NGLR avec mise en avant des professionnels les plus impliqués comme référents régionaux.
- Aide au repérage des consommations de substances psychoactives et notamment d'alcool par les professionnels de périnatalité.
- Mise à jour des référentiels « périnatalité et addictions » en lien avec les fiches techniques « consommation de… pendant la grossesse ».
- Poursuite de la participation à la rédaction de protocoles régionaux d'obstétrique afin d'y préciser la place des addictions et leur abord.

VIII. Annexe : Affiche de la journée d'hiver du 28 novembre 2014

Naître & Grandir
en languedoc roussillon

Journée d'hiver du Réseau Périnatal

Programme : LA CÉSARIENNE DANS TOUS SES ÉTATS

Président de la journée : *Robert MAILLET*

- Point sur les pratiques régionales
- Peut-on encore réduire les taux de césarienne sur les utérus cicatriciels et les sièges ?
- La césarienne améliore-t-elle le pronostic des prématurés ?
- Comment favoriser les liens parents enfants en cas de césarienne ?
- Réhabilitation immédiate post césarienne
- Vécu des patientes
- Rappel du protocole de maturation fœtale

Vendredi 28 novembre 2014
au Palais des congrés de Béziers
8h30 - 17h00

Ateliers l'aprés-midi *(au choix)*

- Atelier A1 : réanimation du nouveau né
- Atelier A2 : prise en charge précoce en rééducation du nourrisson vulnérable
- Atelier A3 : les anémies chez la femme enceinte et risque hémorragique
- Atelier A4 : manoeuvres urgentes en cas de dystocie
- Atelier A5 : comment suivre une grossesse avec un antécédent de MAP ?

Inscription obligatoire avant le 21/11/2014

Naître et Grandir en Languedoc-Roussillon
ZAE Les Verriès - 165 Rue de l'Aven - 34980 ST GÉLY DU FESC
tel : 04 67 04 01 53 naitre.lr@nglr.fr