Naître & Grandir
en languedoc roussillon

naître
en languedoc roussillon

RAPPORT D'ACTIVITÉ 2016

Table des matières

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

I. Historique 7

II. Les naissances en Languedoc-Roussillon – Midi-Pyrénnées 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 9
III.1. Les instances de l'association NGLR 9
III.2. La cellule de coordination de NGLR 12

IV. Projet de Mutualisation et ouverture vers la grande région 14
IV.1. Contribution de NGLR au collectif Résod'Oc 14
IV.2. Rapprochement de NGLR avec Matermip et P'titmip 15

Le réseau « Naître en Languedoc-Roussillon » 17

V. Les objectifs du réseau « Naître en Languedoc-Roussillon » 19
V.1. Objectifs principaux 19
V.2. Plan d'actions 2016 19
V.3. Financement 19

VI. Organisation du réseau « Naître en Languedoc-Roussillon » 20
VI.1. Le comité scientifique du réseau « Naître en Languedoc-Roussillon » 20
VI.2. La cellule de coordination du réseau « Naître en Languedoc-Roussillon » 22

VII. Les adhérents du réseau « Naître en Languedoc-Roussillon » 23
VII.1. Nombre d'adhérents 23
VII.2. Les professionnels adhérents du réseau à titre individuel 23
VII.3. Les structures impliquées dans le réseau 25

VIII. Les missions du réseau « Naître en Languedoc-Roussillon » en 2016 27
VIII.1. Promotion et accompagnement à la mise en place du Dossier Commun Périnatal Informatisé (DCPI) 27
VIII.2. Analyse rétrospective de dossiers de mortalité et morbidité périnatale (RMM) 33
VIII.3. La Journée du Réseau 38
VIII.5. Elaboration et diffusion de référentiels de soins périnatals 42
VIII.6. Echographie obstétricale et dépistage de la trisomie 21 45
VIII.7. Actions de coordination et de communication 49
VIII.8. Promotion de l'allaitement maternel 54
VIII.9. Périnatalité et addictions 58

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. 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 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.

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.

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.

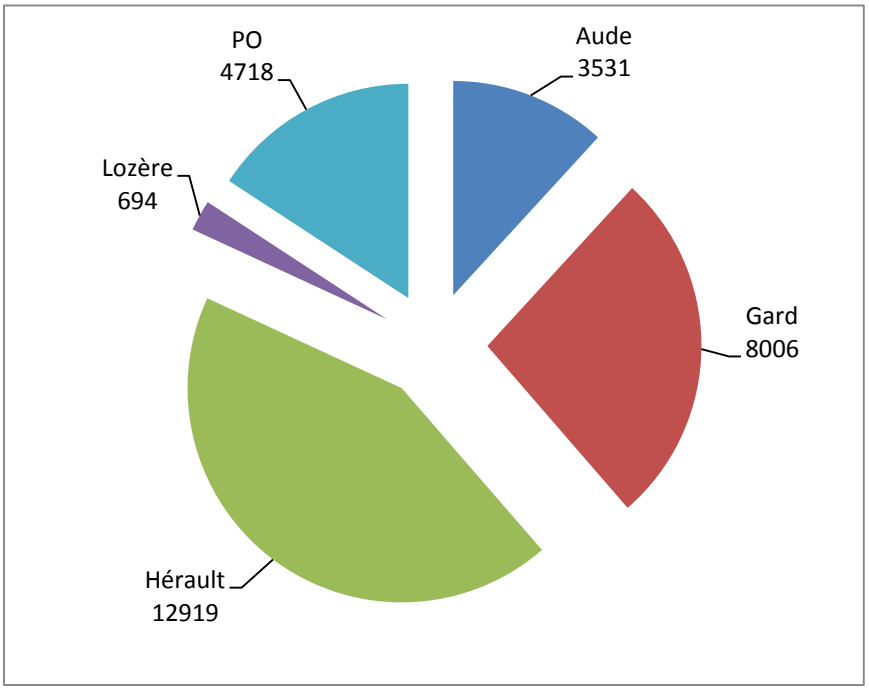
En 2015, le ministère de la santé a publié un nouveau cahier des charges pour les réseaux de santé en périnatalité. Il définit un socle commun de missions : déclinaison locale des parcours de soins de l'HAS, appui méthodologique, formation ainsi que recueil, analyse et diffusion d'information en santé périnatale. Les réseaux se voient également attribuer deux nouvelles priorités : l'amélioration de l'accès à l'IVG et la réduction des inégalités sociales de santé.

Enfin, suite la réforme territoriale, les régions Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées ont fusionné pour former la grande région Occitanie le 1er janvier 2016. Afin d'harmoniser les interventions des réseaux de périnatalité et de suivi des enfants vulnérables en Occitanie, Naître et grandir en Languedoc-Roussillon a entamé un rapprochement avec les réseaux d'ex-Midi-Pyrénées : MaterMip et P'titMip.

II. Les naissances en Languedoc-Roussillon – Midi-Pyrénnées

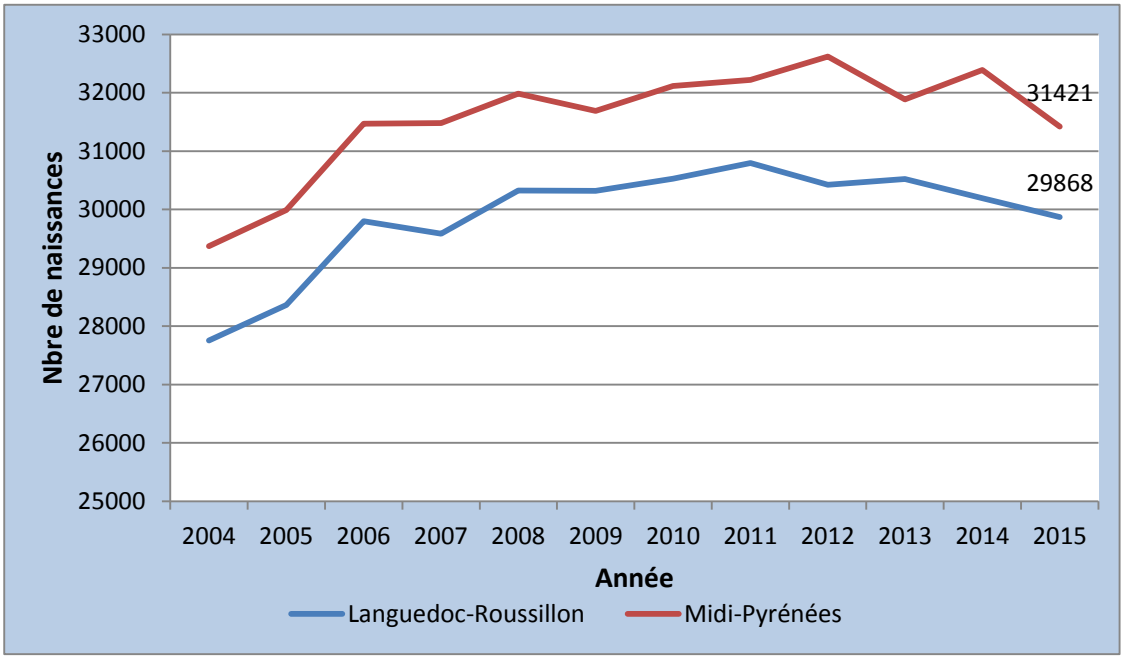
Les derniers chiffres de l'INSEE indiquent un nombre de 29 868 naissances domiciliées en Languedoc-Roussillon au 31 décembre 2015. Après une stabilisation entre 2009 et 2013, le nombre de naissances a donc baissé pour la seconde année consécutive.

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

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 et la coordination régionale du dépistage néonatal des troubles de l'audition ont pour support juridique une association loi 1901 dénommée « Naître et Grandir en Languedoc-Roussillon». Le fonctionnement de NGLR a été assuré en 2016 par :

- Les instances de l'association : Conseil d'administration et bureau composés de bénévoles.
- La cellule de coordination composée de permanents salariés ou mis à disposition.

III.1. Les instances de l'association NGLR

Le conseil d'administration est composé de 34 membres (dont 11 suppléants) représentant l'ensemble des professionnels et des structures de la périnatalité dans la région. Sa composition détaillée est précisée dans le tableau suivant :

Tableau 1 : Les membres du CA suite aux élections de mai 2016

COLLEGE	TITULAIRE	SUPPLEANTS
Echographistes ou radiologues	MOUSTY Eve	LE GAC Marie-pascale
Puéricultrices	MADAMOURS Béatrice	
2 Représentants de la FHP	St-Roch (MAURETTE Pierre) Ste-Thérèse (COURNEDE Nathalie)	Notre Dame d'Espérance (PASINETTI AM) Clémentville (MOUCHARD JD)
Chirurgiens pédiatriques	CAPTIER Guillaume	
Gynécologues obstétriciens	BOULOT Pierre	FORGET Séverine
Représentant d'Institution de formation professionnelle	ALDEBERT Agnès	FAUCHET Pascal
Sages-femmes	CASSÉ Laurence	FERRER Manuel
Représentant d'associations d'usagers	NeoNin's (PUECH Lydia)	
Transporteurs	COTIN Magali	
Représentant d'un Centre Hospitalier Général	CH NARBONNE (ROQUET Olivier)	
Représentant d'un Centre Hospitalier Universitaire	CHU NÎMES (LETOUZEY Vincent)	
Pédiatres	JACQUOT Aurélien	
Un réseau de santé	RESEDA (SAPEDE Elisabeth)	Réseau périnatal nîmois

COLLEGE	TITULAIRE	SUPPLEANTS
		(GAZEILLES Dorothée)
Médecins généralistes	DUNAND Thierry	
Anesthésistes réanimateurs	WERNET Anne	BENAYOUN Laurent
Conseils Généraux 11-30-34-48-66	CG 66 (BARANOFF Brigitte)	
Psychiatres ou psychologues	LASSUS Dominique	
Représentant d'un CAMSP	CAMSP Lunel (WALTER-LOUVIER Ulrike)	CAMSP Gignac (CUNTZ SHADFAR Danielle)
Neurophysiologistes	BRIERE Caroline	GAGNARD LANDRA Corinne
Travailleurs sociaux	REYROLLE Marc	
Rééducateurs de l'enfant	TOURNIER Sophie	
ORL	BLANCHET Catherine	BONNET Marie-Laure

A la suite de ce dernier renouvellement du Conseil d'administration, l'ensemble des membres du Bureau ont été réélus lors du Conseil d'administration organisé à la suite de l'Assemblée générale, le 24 mai 2016.

La composition du ***bureau*** issu de cette élection est la suivante :

Tableau 2 : Composition du bureau suite à l'élection de mai 2016

Fonction	Nom Prénom	Public/Privé	Fonction	Lieu
Présidente	CASSE Laurence	Libérale	Sage-femme	Béziers
Vice-Président	LETOUZEY Vincent	Public	Gynécologue-obstétricien	CHRU Nîmes
Trésorier	JACQUOT Aurélien	Libéral	Pédiatre	Clinique St-Roch, Montpellier
Trésorier adjoint	HUET-TOURNIER Sophie	Libérale	Kinésithérapeute	Nîmes
Secrétaire	LAURIN-ROURE Catherine	Privé	Directrice générale	Polyclinique Kenval, Nîmes
Secrétaire-adjoint	DUNAND Thierry	Libéral	Médecin généraliste	Béziers

L'activité des instances de l'association est détaillée dans le tableau ci-dessous.

Tableau 3 : Activités des instances de l'association en 2016

Organe	Nbre de réunions	Date des réunions	Nombre total de participants	Thèmes des réunions
Assemblée générale ordinaire	1	24 mai 2016	Adhérents : 84 Présents : 25 Représentés : 23	▪ Rapport moral du Président ▪ Rapport financier du Trésorier ▪ Rapport du Commissaire aux Comptes ▪ Approbation des comptes 2015 ▪ Budget prévisionnel 2016 ▪ Montant des cotisations 2017 ▪ Résultat du vote pour le renouvellement des membres du Conseil d'Administration dont les mandats arrivent à terme
Conseil d'administration	3	4 février 2016	CA commun réseaux périnatals d'Occitanie 20 présents NGLR, 1 présent CROP, 21 présents Matermip, 7 présents P'titMip	▪ Présentation des structures des réseaux (Naitre et Grandir en LR, Matermip, P'titMIP, cellule de régulation des transferts en LR) ▪ Echanges sur les actions opérationnelles à mener en communs, méthodologie ▪ Question de la formalisation de ce rapprochement
		12 avril 2016	14 présents ou représentés	▪ Validation du rapport de gestion et arrêté des comptes 2015 ▪ Présentation du bilan moral et financier 2015 ▪ Présentation et validation du rapport d'activité 2015 ▪ Présentation du budget prévisionnel 2016 ▪ Organisation de l'AG du 24 mai 2016
		13 décembre 2016	17 présents ou représentés	▪ Réflexions stratégiques du Réseau face à la grande région ; élaboration de propositions de rapprochement des Réseaux NGLR/Matermip et P'titMip pour l'ARS ▪ Nouvelle organisation du Réseau suite au départ de la Coordinatrice Générale de NGLR / Coordinatrice de NAITRE en LR ▪ Validation du calendrier 2017
Bureau	8	Concertations téléphoniques et par mail, réunions les 25 janvier, 16 février, 15 mars, 24 mai, 5 juillet, 6 septembre, 4 octobre et 15 novembre	Tous les membres	▪ Vie associative : élections, CA et de l'AG ▪ Suivi financier et suivi des actions ▪ Organisation des réunions et manifestations ▪ Point sur les actions (NLR, GLR, Audition) ▪ Décisions RH ▪ Mise en place d'un comité de coordination ▪ Réflexion sur les orientations stratégiques de NGLR suite à la fusion des régions
	1	11 avril	Bureau téléphonique commun réseaux périnatals d'Occitanie	▪ Discussion sur les orientations communes et les modalités d'organisation

III.2. La cellule de coordination de NGLR

La cellule de coordination était composée en 2016 de :

- 8 salariés : 1 ETP de coordinatrice générale de NGLR et médicale du réseau Naître en LR, 1 ETP de Responsable suivi et évaluation, 1 ETP de Responsable administratif et financier, 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 coordinateur médical du réseau Grandir en LR composé de 0,6 ETP de pédiatre coordinatrice GLR, mis à disposition du réseau par le CHU de Nîmes complété par 0,2 ETP de pédiatre coordinatrice pour les troubles des apprentissages à partir de février 2016 et 0,2 ETP de pédiatre coordinatrice pour le bassin biterrois à partir de juin 2016 ;
- 0,2 ETP de sage-femme mise à disposition du réseau par l'Hôpital de Bagnols-sur-Cèze pour l'accompagnement des utilisateurs du DCPI remplacé en juillet par une sage-femme libérale exerçant à Montpellier ;
- 1 ETP de puéricultrice mise à disposition du réseau dans le cadre du suivi des nouveau-nés vulnérables. L'ETP est réparti sur les 3 établissements de type 3 de la région : le CHU de Montpellier, le CHU de Nîmes et le CH de Perpignan ;
- 30 % ETP sage-femme addictologue mise à disposition du réseau par le CHU de Montpellier pour le projet « Périnatalité et addictions » ;
- 20 % ETP consultante en lactation exerçant en indépendant pour le projet de « Promotion de l'allaitement maternel ».

Suite à l'annonce du départ de Gisèle CRIBALLET (en janvier 2017) qui assurait la coordination générale de l'association et la coordination médicale de NLR, et à la réunion de bureau du 6 septembre 2016 qui a largement discuté du devenir de la coordination générale, une coordination collégiale a été mise en place sur les 2 derniers mois de l'année 2016.

Il a, en effet, été décidé de tester un comité de coordination composé de l'ensemble des cadres ou coordinateurs de l'association :

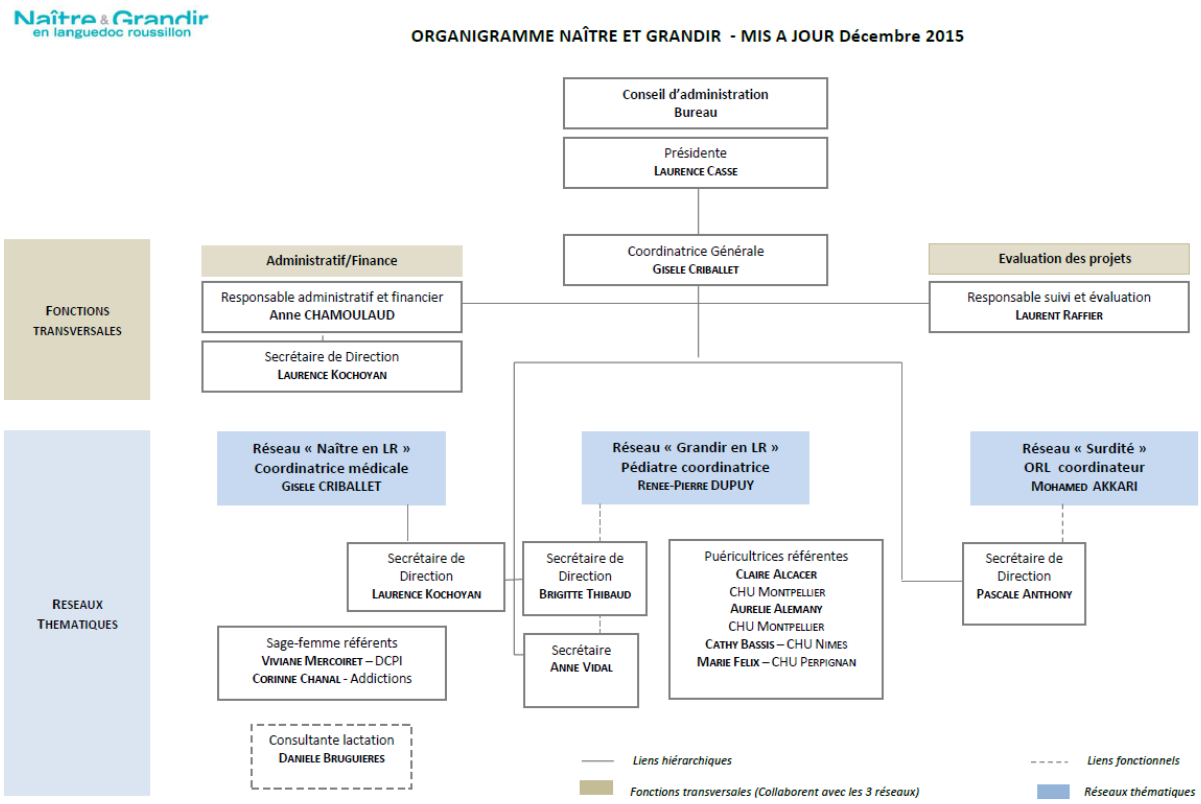
- Les coordinateurs médicaux des réseaux Naître et Grandir en Languedoc-Roussillon et du dépistage de la surdité,
- La responsable administrative et financière de l'association
- Le responsable du suivi-évaluation des projets

Ce comité de coordination a pour objectifs :

1. d'alimenter la réflexion stratégique des instances de l'association,
2. de développer une vision transversale globale des activités et du fonctionnement de l'association,
3. d'assurer la coordination de l'ensemble des actions et des projets de l'association,
4. de faciliter la gestion quotidienne de l'association.

Sur ces différents axes de travail, le comité de coordination ne se substitue pas aux instances de l'association mais il assure la gestion des affaires courantes et prépare les points de discussion à leur soumettre dans une optique d'aide à la décision.

Figure 1 : Organigramme NGLR 2016



Au cours de l'année 2016, le réseau a donc procédé à une série de recrutement :

1. Sophie CHAMINADE, neuro-pédiatre directrice du CAMSP d'Albi a été mise à disposition pour le réseau Grandir comme pédiatre coordinatrice pour les troubles des apprentissages à 0,2 ETP à compter du 1er février 2016,
2. Blandine SUAU, neuro-pédiatre exerçant en libéral, à l'Hôpital et en CAMSP à Béziers a été mise à disposition pour le réseau Grandir comme pédiatre coordinatrice sur le bassin biterrois pour 0,2 ETP à compter du 1er juin 2016.
3. Viviane MERCOIRET, sage-femme référente du DCPI a quitté ses fonctions au 1er juillet 2016 et a été remplacée par Elsa CAUMETTE sage-femme libérale à Montpellier, pour 0,2 ETP.
4. Suite à l'annonce du départ de Gisèle CRIBALLET début 2017, le Réseau a lancé, dès le mois d'octobre 2016, une procédure de recrutement de la nouvelle coordinatrice médicale du Réseau Naitre en LR. Hélène BLARD, alors en poste au Conseil départemental du Gard, a été choisie pour assumer ces fonctions à temps plein à compter du 1/01/2017.

IV. Projet de Mutualisation et ouverture vers la grande région

IV.1. Contribution de NGLR au collectif Résod'Oc

L'association NGLR est membre fondateur du collectif Résod'Oc et a joué un rôle actif au sein de ses instances et de ses groupes de travail en 2016 :

- Laurence CASSE, présidente de NGLR, a siégé au Conseil d'administration,
- Gisèle CRIBALLET, coordinatrice générale de NGLR, a siégé au Conseil d'administration et au Bureau en tant que trésorière. Elle a également participé aux réunions des groupes de travail gestion des ressources humaines et démarche qualité,
- Laurent RAFFIER, responsable suivi et évaluation de NGLR, a participé au groupe de travail démarche qualité.

Le réseau a donc participé à l'ensemble des réunions suivantes.

Organe	Date des réunions
Assemblée générale ordinaire	19 mai 2016
Conseil d'administration	11 février 2016
	12 mai 2016
	20 octobre 2016
Bureau	28 janvier 2016
	17 mars 2016
	14 avril 2016
	9 juin 2016
	19 septembre 2016
	21 novembre 2016
	8 décembre 2016
Groupe de travail « Gestion des ressources humaines »	5 avril 2016
Groupe de travail « Démarche qualité »	15 février
	11 avril 2016
	2 mai 2016
	20 septembre 2016
	7 novembre 2016

Le réseau a également pu profiter des formations organisées par Résod'Oc :

1. Anne CHAMOULAUD a suivi deux jours de formation sur le thème « Accompagnement collectif sur la fonction employeur ».
2. Laurent RAFFIER a suivi une journée de formation « Conduite de l'audit interne » organisée en partenariat avec Résomip.

IV.2. Rapprochement de NGLR avec Matermip et P'titmip

Suite à la création de la grande région Occitanie regroupant les anciennes régions Languedoc-Roussillon Midi-Pyrénées, NGLR s'est rapproché des réseaux Matermip (équivalent de NLR) et P'titmip (équivalent de GLR) dès 2015 afin de mieux se connaitre et d'identifier des éléments de convergences. En 2016, NGLR a rencontré régulièrement ses homologues afin de formaliser des projets communs.

Sur le plan institutionnel, les instances des 3 associations se sont réunies à 2 reprises en 2016 (cf. ci-dessus Les instances de l'association NGLR) :

1. Les conseils d'administration des 3 associations se sont réunis le 4 février au CH de Carcassonne pour faire un premier état des lieux des actions et discuter d'une méthode de rapprochement,
2. Les bureaux des 3 associations se sont réunis en téléconférence le 11 avril pour discuter des orientations communes et des modalités d'organisation.

Sur le plan technique, NGLR a participé à des réunions bilatérales distinctes avec Matermip et Ptitmip en vue de d'élaborer des projets communs.

Tableau 4 : Rapprochement des réseaux NAITRE EN LR et MATERMIP

Date – Lieu	Objet de la réunion
9 mars 2016 – CHU de Toulouse	Etat des lieux des actions sur la thématique vulnérabilités/addictions définition des modalités de travail en commun
16 juin 2016 – Conseil de l'ordre des médecins	Etat des lieux des systèmes d'information, propositions d'actions communes
21 décembre 2016	Définition des orientations communes et début de rédaction du document « Collaboration des réseaux de santé en périnatalité d'Occitanie : Etat des lieux et perspectives »

Tableau 5 : Rapprochement des réseaux GRANDIR EN LR et P'TITMIP

Date – Lieu	Objet de la réunion
20 janvier – CAMSP Narbonne	Etat des lieux des missions et fonctionnement de chacun, Définition d'axes de travail en commun, Mise en place d'un comité de pilotage
8 juin – CAMSP Narbonne	1ère rencontre ARS : Présentation des réseaux et de leurs spécificités, discussion des orientations envisagées
23 novembre	2ème rencontre ARS : Devenir et structuration des réseaux, Contractualisation et financement, Priorités communes, Contribution à l'élaboration du nouveau PRS

Le réseau « Naître en Languedoc-Roussillon »

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

V.1. Objectifs principaux

Le 3 juillet 2015, le ministère de la santé a actualisé le cahier des charges des réseaux de santé en périnatalité qui définit un socle commun de missions : déclinaison locale des parcours de soins de l'HAS, appui méthodologique, formation ainsi que recueil, analyse et diffusion d'information en santé périnatale. Les objectifs du réseau Naître en Languedoc-Roussillon s'inscrivent naturellement dans ce nouveau cadre :

- 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 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'actions de santé publique périnatale.

Le cahier des charges définit également de nouvelles priorités nationales concernant l'amélioration de l'accès à l'IVG et la réduction des inégalités sociales de santé. Le réseau sera donc amené à renforcer ces actions dans ces champs et aura besoin pour cela de moyens supplémentaires.

Par ailleurs, la convention pluriannuelle d'objectifs et de moyens signée entre l'ARS et l'association NGLR pour la période 2013-2017 définit 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
- 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

V.2. Plan d'actions 2016

Les priorités engagées en 2016 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 ;
3- élaborer, actualiser et diffuser des référentiels régionaux de soins périnatals dans les domaines de l'obstétrique, de l'allaitement et des addictions ;
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.

V.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.

Les laboratoires suivants ont apporté leur soutien au réseau « Naître en Languedoc-Roussillon » en 2016 : *Natech, Iprad santé, Medusims et GEMS*. L'association Naître et Grandir en Languedoc-Roussillon veille à ce que ce soutien ne donne pas lieu à conflit d'intérêts.

VI. 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 2016 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 8 permanents.

VI.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 comprenant beaucoup de membres volontaires répartis sur l'ensemble du territoire régional, il est difficile de le réunir dans un même lieu. Il n'y a donc pas eu de réunion en 2015 les échanges ont été effectués par mails entre l'ensemble des membres pour les propositions de programme des journées, les relectures, avis sur protocoles, appel à dossiers RMM et la validation des programmes DPC.

Par ailleurs les catégories de professionnels (GO, SF, Pédiatres, anesthésistes, pédopsychiatres, secteur social et autres) sont sollicitées pour leur expertise en fonction des thématiques spécifiques (Dépistage T21, contenu scientifique des journées d'échographie, HPP césarienne programmée, groupe de travail des sages-femmes cadres, avis pédiatrique..). Des réunions de travail ont ensuite eu lieu avec des référents pour la validation des programmes scientifiques des journées, la préparation des groupes de travail sur les protocoles, la validation des dossiers reçus pour les RMM.

Tableau 6 : Liste des membres du comité scientifique en 2016

NOM	PRENOM	PROFESSION	LIEU D'EXERCICE	REFERENT
ANDRE	Bérengère	Sage-femme	CH Bagnols sur Cèze	
BADR	Maliha	Pédiatre	CHRU Montpellier	CROP
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	Protocoles obstétrique
BOYER	Agnès	Sage-femme libérale	libérale Montpellier	
BURLET	Gilles	Gynéco-obstétricien	CHRU Montpellier	CROP
CAPTIER	Guillaume	Chirurgien pédiatrique	CHRU Montpellier	Chirurgie pédiatrique
CASSÉ	Laurence	Sage-femme	libérale	Sage-femme
CHANAL	Corinne	Sage-femme addiction	CHRU Montpellier	Addictologie
COHEN	Maurice	Gynéco-obstétricien	CH Alès/libéral	
COLLON	Marie-Christine	Sage-femme cadre	Clinique St Thérèse Sète	
DI MAIO	Massimo	Pédiatre	CHRU Nîmes	Néonatalogie
DUNAND	Thierry	Médecin généraliste	libéral Béziers	Médecine généraliste
DUPUY	Renée-Pierre	Pédiatre	Réseau NGLR	
FORGET	Séverine	Gynéco-obstétricien	CH Perpignan	Protocoles obstétrique
FORT	Béatrice	Anesthésiste	CH Béziers	
FUCHS	Florent	Gynéco-obstétricien	CHRU Montpellier	Echographie
GALLAND	Pascal	Addictologue	CH Béziers	
GIRAUD	Isabelle	Transporteur	SAMU 34	Transferts
GUITTON	Sébastien	Sage-femme échographiste	CH de Béziers	
JACQUOT	Aurélien	Pédiatre	St Roch	Néonatalogie
KALHIL	Nada	Gynéco-obstétricien	Libérale Clinique Champeau	
LAURENT	Stéphanie	Sage-femme	CHRU Nîmes	
LETOUZEY	Vincent	Gynéco-obstétricien	CHRU Nîmes	Protocoles obstétrique
LIEBENS	Sophie	Gynéco-obstétricien	Clinique Ganges	
MARTINEZ	Mathieu	Sage-femme	Montpellier Conseil de l'ordre des SF	
MASIA	Florent	Gynéco-obstétricien	CHRU Nîmes	
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	Protocoles anesthésie
REYROLE	Marc	travailleur social	maison maternelle	Médico-social

NOM	PRENOM	PROFESSION	LIEU D'EXERCICE	REFERENT
RACHEDI	Nadia	GO PMI	Conseil départemental	Médico-social
ROQUEFEUIL	Sophie	Sage-femme	CH Perpignan	
ROY	Joël	pédopsychiatre	CHRU Nîmes / AFREE	
SAUCA	Bénédicte	Pédiatre	CH Perpignan	Néonatalogie
SLETH	Jean-Christian	Anesthésiste réanimateur	libéral Clinique St Roch	
TORRALBA	Dominique	Sage-femme	libérale CATLLAR (PO)	
WERNET	Anne	Anesthésiste réanimateur	CH Perpignan	Protocoles anesthésie
ZIMMERMANN	Rachel	Sage-femme cadre	Ecole SF Nîmes	

VI.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 personne exerce en libéral.

Tableau 7 : Effectifs de l'équipe de coordination du réseau Naître en Languedoc-Roussillon en 2015

Libellé du poste	% ETP financé	Date d'embauche	Statut	Noms
Coordinatrice médicale	100 %	07/01/2005	Salariée CDI	**Gisèle CRIBALLET**
Responsable suivi et évaluation (Poste mutualisé)	50 %	7/11/2011	Salarié CDI	**Laurent RAFFIER**
Responsable administrative et financière (Poste mutualisé)	50 %	10/08/2015	Salariée CDI	**Anne CHAMOULAUD**
Assistante de direction	100 %	09/11/2015	Salariée CDI	**Laurence KOCHOYAN**
Sage-femme pour la promotion du DPCI auprès des établissements et des professionnels de la périnatalité du LR	100 %	01/07/2015 0,2 ETP	Mise à disposition par le Centre Hospitalier de Bagnols sur Cèze puis exercice en libéral	**Elsa CAUMETTE remplace Viviane MERCOIRET**
Secrétaire (Poste mutualise)	20%	03/01/2013	Salariée CDI	**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	Libéral	**Danièle BRUGUIERES**

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

VII.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).

1605 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 2015 pour les personnes physiques, 100 € pour les personnes morales). En 2016, 90 membres du réseau sont également membres cotisant à l'association « Naître et Grandir en Languedoc-Roussillon ».

VII.2. Les professionnels adhérents du réseau à titre individuel

Le tableau 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.

Tableau 8 : Adhérents par profession et mode d'exercice au 31 décembre 2016

Mode d'exercice		Libéraux		Hospitaliers		Salariés privés		Mixte		Conseil départemental / PMI		Retraités		NC	
Professions	**Total**	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Anesthésiste-Réanimateur	39	8	21%	30	77%							1	3%		
Echographiste	46	32	70%	8	17%			4	9%			1	2%	1	2%
Endocrinologue	19	11	58%	7	37%			1	5%						
Gynécologue Obstétricien	191	100	52%	69	36%	3	2%	13	7%	1	1%	3	2%	2	1%
Médecin Généraliste	85	68	80%	1	1%	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%	36	42%	4	5%	5	6%	6	7%			2	2%
Radiologue	42	37	88%	3	7%							1	2%	1	2%
Autres médecins[1]	43	9	21%	24	56%	3	7%	6	14%	1	2%				
Total Médecins	***572***	***305***	***53%***	***187***	***33%***	***16***	***3%***	***31***	***5%***	***18***	***3%***	***7***	***1,2%***	***8***	***1,4%***
Sage-femme	628	155	25%	294	47%	99	16%	23	4%	38	6%	5	1%	14	2%
Elève Sage-Femme	71			63	89%									8	11%
Infirmière DE	44	1	2%	23	52%	10	23%			8	18%			2	5%
Psychologue	32	6	19%	13	41%	6	19%	5	16%	2	6%				
Puéricultrice	105	1	1%	49	47%	16	15%			35	33%	1	1%	3	3%
Auxiliaire puéricultriste	62			26	42%	33	53%			1	2%			2	3%
Autres professionnels de santé[2]	18	2	11%	13	72%	1	6%							2	11%
Secteur Social	4			3	75%					1	25%				
Autres[3]	27	14	52%	8	30%	1	4%	1	4%			1	4%	2	7%
Non-communiqué	42	4	10%	15	36%	12	29%			3	7%			8	19%
Total	**1 605**	**488**	**30%**	**694**	**43%**	**194**	**12%**	**60**	**4%**	**106**	**7%**	**14**	**1%**	**49**	**3%**

Le réseau compte donc parmi ses adhérents :

- 572 médecins (toutes spécialités confondues) ;
- 628 sages-femmes soit environ 65 % des SF exerçant dans la région[4] ;
- 191 gynécologues-obstétriciens soit environ 70 % des GO exerçant dans la région ;
- 86 pédiatres soit environ 30 % des pédiatres exerçant dans la région.

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

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

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

[4] 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 formations 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.

VII.3. Les structures impliquées dans le réseau

39 structures étaient à jour de cotisation au 31 décembre 2016 dont 10 centres hospitaliers, 10 cliniques privées, 5 conseils généraux, 2 ordres professionnels départementaux, 3 associations, 2 réseaux de santé et 5 CAMSP. 7 de ces structures sont particulièrement impliquées au sein de l'association en tant que membres titulaires du CA.

Tableau 9 : Structures adhérentes du réseau au 31 décembre 2016

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	

Département	Liste des structures	Nombre total
Aude	21. Conseil départemental de l'Aude, Direction PMI 22. Ordre des sages-femmes de l'Aude 23. CAMSP de Narbonne	**3**
Gard	24. Conseil départemental du Gard, Direction PMI 25. Réseau de périnatalité du Bassin Alésien (RESEDA) 26. Centre Départemental d'Accueil des familles (Nîmes) 27. CAMSP d'Alès	**4**
Hérault	28. Ordre des sages-femmes de l'Hérault 29. Conseil départemental de l'Hérault, Direction PMI 30. Association de Formation et de Recherche sur l'Enfant et son Environnement (AFREE) 31. Institut Saint-Pierre 32. ABRI Languedocien 33. Réseau Maladies Rares Méditerranée 34. CAMSP de Béziers 35. CAMSP de Sète	**8**
Lozère	36. Conseil départemental de la Lozère, Direction PMI	**1**
P-O	37. Conseil départemental des PO, Direction PMI 38. CAMSP Saint-Estève 39. Association NeoNin's	**3**
Total		**39**

VIII. Les missions du réseau « Naître en Languedoc-Roussillon » en 2016

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

Tableau 10 : 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 d'accompagner les utilisateurs du DCPI *via* la formation des professionnels à son utilisation et le suivi technique du dossier. L'année 2016 a été marquée par les problèmes rencontrés dans le renouvellement de son infrastructure technique.	
Nombre de nouveaux utilisateurs en 2016	100
Nombre d'interventions de la sage-femme référente	217
Nombre d'utilisateurs actifs en 2016	638
Principaux résultats (indicateurs d'évaluation)	
Part des grossesses de la région suivies dans le DCPI	34 %
Principales perspectives pour 2017	
○ La mise à jour de l'infrastructure technique du DCPI. ○ Le développement d'un projet commun avec le réseau Matermip.	

VIII.1.a. Contexte et historique

Le cahier des charges des réseaux périnatals stipule que ces derniers ont pour mission « la mise en œuvre d'un dossier commun obstétrico-pédiatrique, et notamment la mise en œuvre de dossiers communs informatisés ». 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. 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 (jusqu'en 2015), Gisèle Criballet, coordinatrice du réseau Naître en LR et le président du réseau en 2007, le Professeur Pierre Boulot.

Entre 2009 et 2012, le réseau a assuré le pilotage du projet sur les plans techniques et juridiques avec des représentants de chaque établissement. En janvier 2011, devant les difficultés de développement des interfaces avec les logiciels libéraux, la majorité des établissements privés se s'est retirée du projet. Le déploiement du DCPI a été important au cours de cette période : 7 établissements l'ont adopté. Toutefois, depuis 2012, le DCPI n'a plus été implanté dans aucun nouvel établissement en raison des réticences des équipes et des services informatiques liées en particulier aux problèmes d'interfaçage.

Une nouvelle version du DCPI a été mise en place fin 2013 et un audit du GCS e-santé a été réalisé en 2014. Suite à cet audit, le réseau a interpellé l'ARS pour qu'elle mette en place un pilotage technique et juridique du DCPI par un acteur ayant les compétences requises. En réponse, l'ARS a demandé au réseau la réalisation d'une « étude sur la sécurisation du recueil et des échanges de données en périnatalité » qui a conclu que :

- Les systèmes d'information en périnatalité intègrent des supports multiples : DCPI, DI, autres logiciels, dossiers papiers. Cette multiplicité des supports induit les problèmes suivants :
    - Difficulté pour avoir une vision globale,
    - Problèmes d'identito-vigilance.
- Tous les supports peuvent poser des problèmes d'accès à l'information mais aucun dysfonctionnement majeur n'a été observé.
- Lorsque les patientes sont suivies dans le même établissement, l'organisation du recueil et des échanges d'information est satisfaisante ; elle est moins satisfaisante quand des transmissions sont nécessaires entre les maternités publiques et les gynécologues libéraux. En revanche, l'organisation est optimale entre PMI, sages-femmes libérales et établissements en cas d'utilisation du DCPI.
- Le recueil d'information au cours du séjour ne pose pas de problème majeur.
- Les transmissions en post-natal ne sont pas systématiques dans tous les établissements.

VIII.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.

VIII.1.c. Méthodologie et réalisations

Cette mission consiste essentiellement à la promotion du DCPI par la formation et l'accompagnement des professionnels à son utilisation et à suivre des évolutions techniques du dossier. En l'absence d'une nouvelle infrastructure capable de répondre aux impératifs d'interfaçage avec les systèmes d'information des établissements, le déploiement du DCPI sur de nouveaux sites est impossible. Pour une promotion efficace, une sage-femme est à la disposition des professionnels utilisateurs afin de trouver avec eux, de manière individuelle, la meilleure utilisation du dossier informatique et identifier globalement les évolutions techniques nécessaires.

L'année 2016 a été marquée par deux évènements principaux :

1. Les difficultés rencontrées par l'infrastructure du DCPI et sa mise à jour,
2. Le départ, fin juin, de Viviane Mercoiret, sage-femme assurant la promotion du DCPI, et son remplacement par Elsa Caumette en juillet.

➢ **Pilotage technique et juridique**

Bien qu'il n'ait pas les compétences en interne et ne soit pas missionné pour cela, le réseau a assuré en 2016, le pilotage technique et juridique du DCPI. Suite à l'étude réalisée en 2015 et face aux

multiples pannes du DCPI liées au vieillissement de son infrastructure, le réseau a sollicité l'ARS afin de clarifier l'avenir du projet. Plusieurs rencontres s'en sont suivie présentées dans le tableau ci-après.

Date	Participants	Conclusions
31 Mars	ARS : J. Falerne, Responsable des Système d'information NGLR : G. Criballet, L. Raffier	Nécessiter de sécuriser l'infrastructure technique du DCPI : programmation d'une réunion avec l'ARS, le GCS e-santé, un responsable SI d'un établissement, NGLR et la société IDO-In L'avenir du DCPI ne peut être pensé qu'à l'échelle de la nouvelle grande région en lien avec le système d'information du réseau Matermip
13 Avril	ARS : S. Cabanes, C. Bonnier, J. Falerne GCS e-santé : B. Poujoulat CH Bagnols : P. Barbot NGLR : G. Criballet IDO-In : R.Gatty	L'ARS LRMP indique sa volonté que la sécurisation technique du DCPI puisse se faire en appui sur le marché régional signée en 2015 par le GCS e-santé LR concernant la plate-forme régionale. Amélioration globale de la gouvernance du projet, à travers un interlocuteur technique unique (GCS e-santé LR), un interlocuteur métier unique (réseau NGLR) et un montage financier sécurisant pour les établissements et l'éditeur (marchés subséquents de maintenance / hébergement formalisés à travers la fonction centrale d'achat du GCS).
2 juin	ARS : J. Falerne NGLR : G. Criballet, L. Raffier	Point sur l'utilisation du DCPI dans différents établissements et sur le projet commun avec Matermip
16 novembre	ARS : J. Falerne NGLR : G. Criballet, L. Raffier	Point sur la sécurisation DCPI : la procédure lancée en mai a été arrêtée. Nécessité de relancer le GCS e-santé sur cette question
14 décembre	CHU de Montpellier : J. Euvrard, Responsable SI et représentant du directeur du CHU à la fonction de vice-administrateur du GCS e-santé. NGLR : L. Raffier	Point sur les difficultés d'interfaçage entre le DCPI et le SI du CHU de Montpellier liées aux limites de l'infrastructure technique. Relance du GCS e-santé sur les conclusions de la réunion du 13 avril : sécurisation de l'infrastructure technique du DCPI et pilotage technique et juridique du dossier.

Malgré les efforts déployés par le réseau, l'infrastructure du DCPI n'a pu être sécurisée au cours de l'année 2016. Les problèmes techniques de l'application persistent au détriment des professionnels et des patients :

1. Lenteur de l'application,
2. Pannes récurrentes,
3. Impossibilité d'effectuer les dernières mises à jour,
4. Impossibilité d'interfacer le logiciel avec les SI des établissements.

- **Rapprochement avec le réseau Matermip et réflexion sur la convergence de nos solutions**

Les 2 réseaux se sont rencontrés le 16 Juin 2016 à Toulouse afin de définir des propositions pour un projet commun en matière de système d'information. Chaque réseau a pu présenter son dossier informatisé de suivi de grossesse. Le dossier informatisé de Matermip (MédyCS) est principalement implanté dans les maternités privées de l'ex-Midi-Pyrénées, il est très utilisé par les gynécologues libéraux. Le DCPI étant pour sa part essentiellement implanté dans les établissements publics de l'ex-Languedoc-Roussillon, les deux réseaux ont conclu à la complémentarité de leurs solutions respectives. Le projet commun envisagé consisterait à interfacer les deux solutions et à poursuivre leurs déploiements respectifs à l'échelle de la grande région.

Le 20 décembre 2016, les deux réseaux se sont à nouveau réunis à Toulouse et ont pu mieux préciser leurs orientations communes. Sur le plan des SI, l'orientation commune retenue consiste à :

Constituer un Système d'information périnatal commun à la grande région :

- en utilisant une plateforme commune permettant l'échange des données entre les logiciels DCPI et MEDYCS sur la grande région (en lien avec le projet GCS en cours)
- en proposant aux professionnels et aux établissements une offre leur laissant le choix entre les deux logiciels métiers existants (DCPI et MEDYCS) en fonction de leurs problématiques

Avec pour objectifs de:

- Favoriser l'échange d'information entre professionnels dans le cadre d'un suivi pluri-professionnel, inter-établissement du parcours de soin des patientes et de leur enfant, permettre la transmission d'informations ville/hôpital via notamment une synthèse du suivi de grossesse,
- Partager les informations médicales intégrant l'aval de la naissance
- Permettre le suivi du transfert mère et enfants,
- Assurer le recueil systématique d'informations statistiques et d'indicateurs sur tous les accouchements, et autres items ciblés selon les projets des réseaux (HPP, EPP, EIAS, addictions, etc.)

Le calendrier indicatif suivant a été retenu :

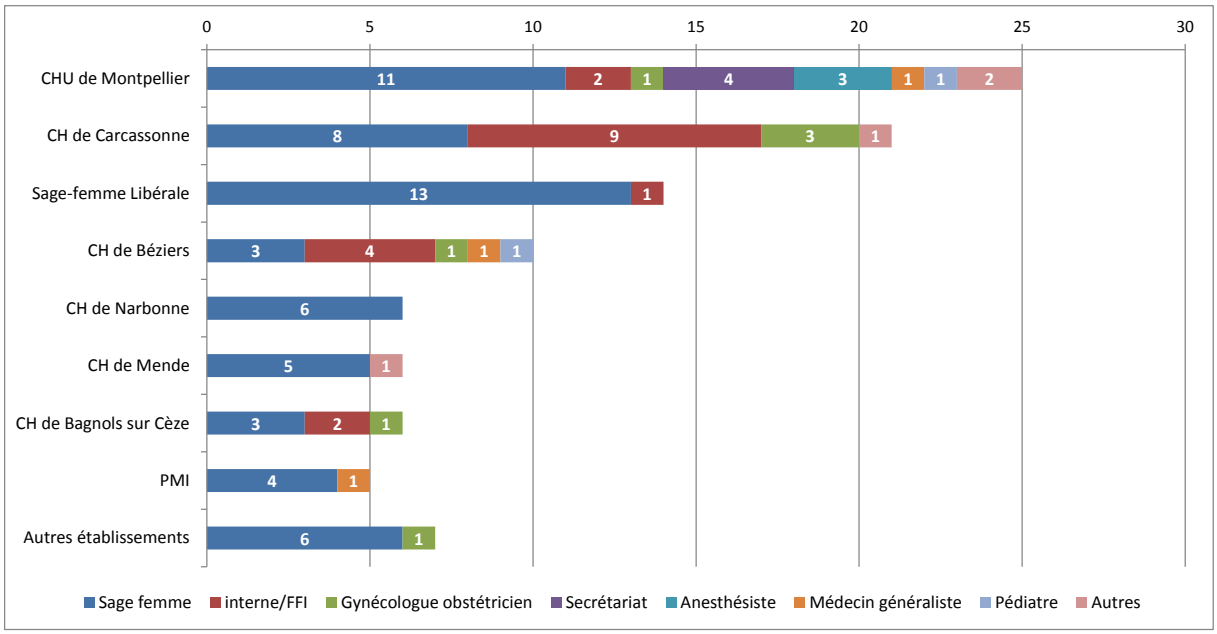
Actions	Court terme	Moyen terme
Constituer un système d'information commun	Analyse de l'existant et étude technique 2017	Plateforme Régionale interopérable Poursuite du déploiement dans les établissements non-utilisateurs 2018

- **Accompagnement des professionnels à l'utilisation du DCPI**

En 2016, le réseau a développé un guide d'utilisateur complet afin de faciliter la prise en main par les utilisateurs. L'essentiel des interventions de la sage-femme référente du dossier a été réalisé à distance par téléphone.

Une part importante de l'activité de la sage-femme référente consiste à créer des comptes utilisateurs. Pour chaque nouveau professionnel utilisateur, elle crée donc un nouveau compte utilisateur, transmet le guide d'utilisateur et accompagne l'utilisateur par téléphone dans la prise en main du logiciel. Les principaux éléments de cette activité sont précisés ci-après. Au total, comme l'illustre le graphique ci-dessous, le DCPI compte 100 nouveaux utilisateurs en 2016 dont 59 sont des sages-femmes, 18 sont des internes, 7 sont des gynécologues.

Graphique 3 : Nombre d'utilisateurs formés par site en 2016



En moyenne, la sage-femme référente est sollicitée au moins une fois par jour pour des créations de dossiers ou pour d'autres formes d'accompagnement. Il s'agit principalement de demandes de modification du compte utilisateurs, de problèmes d'identitovigilance (doublons de dossiers notamment) ou d'aide technique comme l'illustre le tableau suivant.

Tableau 11 : Nombre d'intervention d'accompagnement

Type d'intervention	Nombre d'interventions
Modification du compte utilisateur	40
Doublon d'identité / de dossier	39
Accompagnement utilisateur	23
Dysfonctionnement du logiciel	19
Autre	61
Total	**182**

VIII.1.d. Evaluation des résultats

- **Déploiement du DCPI**

En 2016, 7 établissements utilisent totalement ou partiellement le DCPI (6 publics, 1 privé), tout comme les services de PMI proches d'établissements utilisateurs. Le déploiement est arrêté depuis 2013.

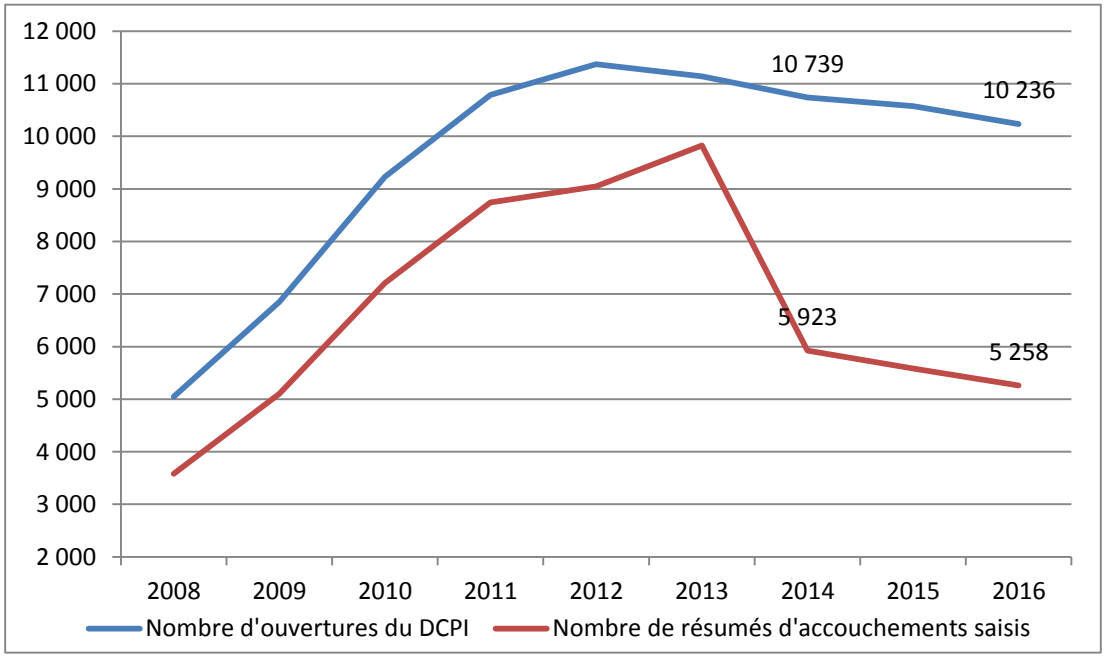
Tableau 12 : Etablissements où le DCPI est implanté

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		

Après une nette baisse d'activité en 2014 liée à l'arrêt de l'utilisation du DCPI dans les 2 maternités de Sète et l'arrêt de la saisie des accouchements au CHRU de Montpellier, les indicateurs d'utilisation du DCPI se sont stabilisés. En 2016, l'activité se caractérise par :

- le nombre d'ouvertures de dossiers est de 10 236 ;
- le nombre de consultations saisies est de 60 008 ;
- le nombre de résumés d'accouchements est de 5 586.

Graphique 4 : Déploiement du DCPI 2008 - 2016



VIII.1.e. Conclusions et perspectives 2017

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 utilisateurs mais son déploiement dans d'autres établissements est à l'arrêt. L'avenir du DCPI est désormais lié à la mise à jour de son infrastructure technique et au lancement d'un projet commun avec le réseau Matermip intégrant le développement d'interfaces avec les logiciels d'établissement.

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

Tableau 13 : 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 2016, chacune dans un département différent.	
Nombre de RMM organisées	2
Nombre de dossiers présentés	11
Nombre de participations	151
Principaux résultats (indicateurs d'évaluation)	
Appréciation générale des participants (Très satisfaisant / Satisfaisant)	29e RMM : 24 % / 66 % 30e RMM : 41 % / 38 %
Principales perspectives pour 2017	
Organisation d'une RMM régionale par trimestre **Développement d'un système de déclaration des évènements indésirables avec Matermip** **Organisation de RMM à la demande des établissements**	

VIII.2.a. Contexte et historique

Depuis sa création, le réseau a été missionné par ses tutelles pour organiser des analyses rétrospectives de cas régionales. Le nouveau cahier des charges des réseaux de santé périnatale stipule que ces derniers contribuent à l' « Amélioration de la coordination entre les acteurs » en apportant « une aide méthodologique notamment pour […] l'organisation de revues de morbidité/mortalité (RMM) ». 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 ».

VIII.2.b. Finalité

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

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

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

VIII.2.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 déterminent le thème de chaque RMM et recrutent 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. 10 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 14 : Thématiques des dossiers présentés en RMM

29ème RMM, 15 mars 2016 l'espace Perréal à Béziers. Expert : Pr Jean-Charles PICAUD, pédiatre chef de service à l'hôpital de la Croix Rousse, Lyon	
Malformation rénale	1 pédiatre du service de néonatologie du CH de Carcassonne
A propos d'un cas d'éclampsie	1 GO, 1 FFI du CH de Béziers
Transport d'un NNé avec suspicion de pneumothorax	1 pédiatre néonatologie du CHU de Montpellier, 1 pédiatre du CH Béziers
A propos d'un cas d'anoxo-ischémie périnatale sur probable thrombose du cordon	1 Interne en pédiatrie au CHU de Nîmes
Né trop tôt, trop vite…	1 pédiatre du service de néonatologie du CH de Perpignan

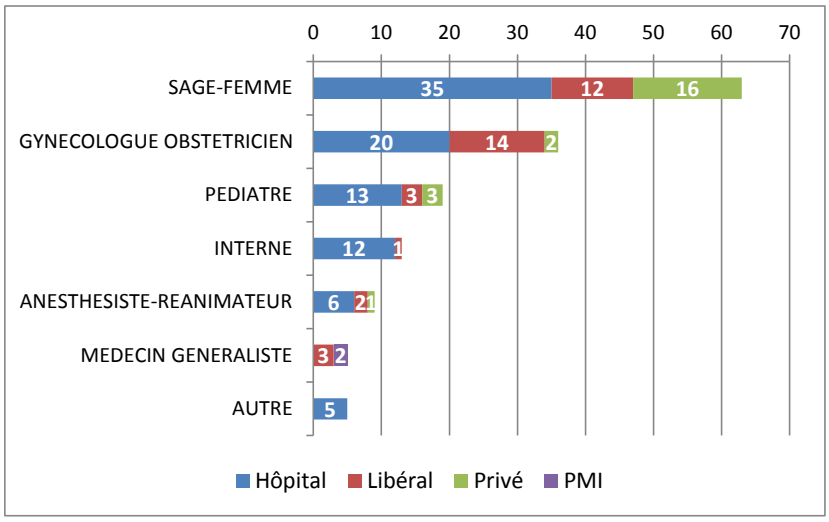
Une enfant née « endormie »…	1 pédiatre du service de néonatologie du CH de Béziers
Dossier non transmis pour confidentialité	1 pédiatre du service de néonatologie du CHU de Montpellier
30ème RMM, 4 octobre 2016 à l'hôtel Kyriad Prestige de Montpellier. Expert invité : Dr Olivier DUPUIS, Gynécologue-obstétricien au centre hospitalier Lyon-Sud.	
Césarienne code vert pour stagnation dilatation et hyperthermie : le code vert était-il adapté à la situation ?	1 GO Clinique Clémentville
Césarienne sur utérus cicatriciel : DC enfant par asphyxie périnatale. Délais important entre décision et extraction : Difficultés opératoires et organisation	1 GO CHU ADV
Césarienne en urgence sur hématome retro placentaire (HTA) Patiente isolée et éloignée transport hélicoptère Enfant DCD	1 GO Clinique St Pierre Perpignan
Césarienne sur procidence du cordon lors de la RAM sur hydramnios Enfant DCD à J15	1 GO Clinique Ste Thérèse Sète

- **La participation aux analyses rétrospectives**

Date	Lieu	Participation
15 mars 2016	Espace Perréal de Béziers	73
4 octobre 2016	l'hôtel Kyriad Prestige de Montpellier	78
	Total Participation	**151**

En 2016, le nombre de participations s'élève à 151. Les participants sont principalement des sages-femmes (42 %), gynécologues-obstétriciens (24 %) et des Pédiatres (13 %). 57 % des participants exercent à l'hôpital, 23 % en libéral et 15 % en établissement privé.

Graphique 5 : Professions des participants aux RMM organisées en 2016



Les participants aux revues de dossiers exercent principalement dans l'Hérault (67 %) dans l'Aude et les PO (24 %) du fait de l'organisation à Montpellier et Béziers.

VIII.2.d. Evaluation des résultats

➢ **Appréciation des professionnels**

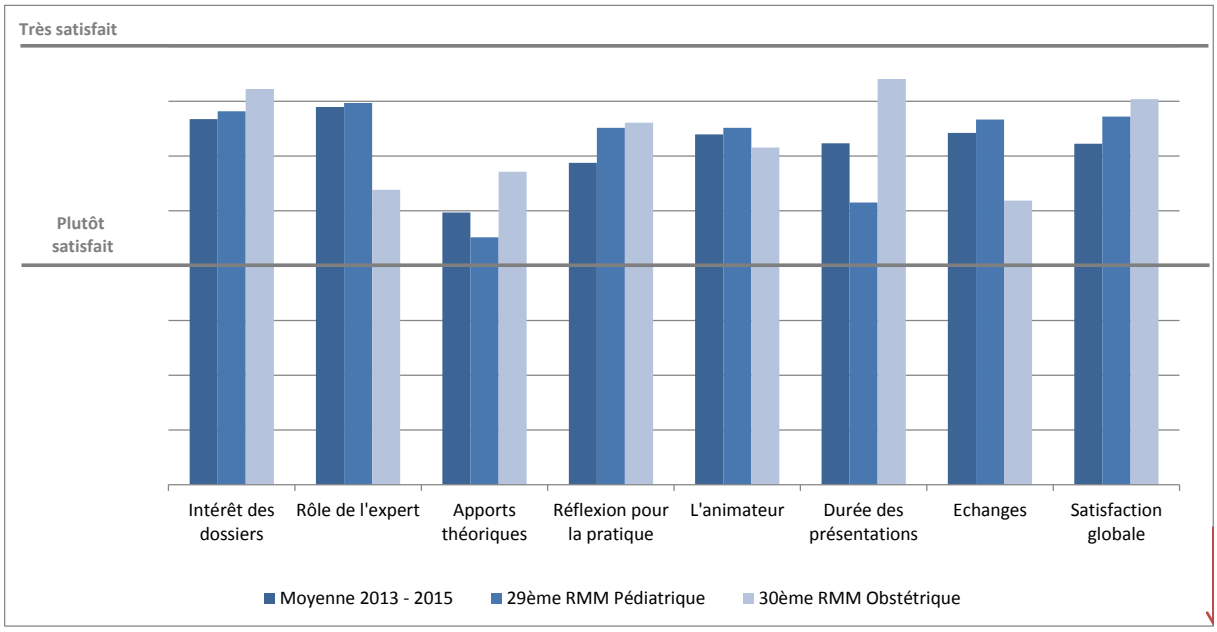
Une évaluation de la satisfaction des participants a été réalisée pour chacune de ces revues de dossiers par le biais d'enquêtes en ligne envoyées aux participants dans les 5 jours suivants la RMM. 45 % des participants ont répondu à ces questionnaires, ce taux est similaire à celui de l'an passé.

Tableau 15 : Taux de réponse aux enquêtes de satisfaction pour chaque RMM

	Nombre de participants	Nombre de réponse	% de réponse
27e Analyse Rétrospective de dossiers	73	16	46 %
28e Analyse Rétrospective de dossiers	78	13	35 %
Total	**79**	**29**	**39 %**

Les réponses aux questionnaires témoignent d'un niveau global de satisfaction relativement élevé pour la 29e RMM comparée à la 30e RMM supérieur à la moyenne des années précédentes. Le point fort de la 29e RMM résidait dans la qualité de l'expert invité et le point fort de la 30e RMM dans l'intérêt des dossiers présentés. Pour cette dernière, la position de l'expert très tranchée a été moins appréciée qu'à d'autres occasions mais les apports théoriques sur les codes couleurs des césariennes, qui ont fait l'objet d'une présentation ont été très bien accueillis.

Graphique 6 : 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 16 : Conclusions et recommandations issues des RMM de 2016

RMM	Conclusions et recommandations
29e RMM - Pédiatrique	✓ Formaliser les échanges et la communication entre le CH de Carcassonne et le CPDPN du CHU de Toulouse ✓ Récupérer les recommandations de transport d'un enfant avec suspicion d'un pneumothorax faites par les transporteurs (SAMU 34) et diffuser ✓ Création d'une fiche de liaison spécifique pour les transferts pour hypothermie thérapeutique (voir avec les pédiatres) ✓ Solliciter un référent éthique extérieur quand décision difficile d'arrêt des soins dans une équipe divisée.
30e RMM – Obstétrique (Césarienne)	✓ Délais appel GO ✓ Adaptation du code d'urgence en fonction de situations (cf. exposé expert) ✓ Communication dans l'équipe ✓ Terme de programmation de la césarienne en fonction du risque ✓ Problème d'évaluation du diabète gestationnel : Diffusion protocole MAJ en 2016 ✓ RAM en cas d'hydramnios : précautions : o Vessie vide o Expression fundique o GO sur place o Bloc libre o RAM pendant une CU

VIII.2.e. Perspectives 2017

- Le réseau programme d'organiser au moins 3 RMM.
- Réaliser un suivi des recommandations issues des RMM.
- Mise en place d'un système de déclaration d'évènements indésirables en lien avec le réseau Matermip
- Appui aux maternités qui le souhaitent pour reprendre les évènements déclarés

VIII.3. La Journée du Réseau

VIII.3.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 1 rencontre par an sur un thème obstétrico-pédiatrique avec la venue d'un ou plusieurs experts et de mobiliser des professionnels de la région pour qu'ils interviennent lors de ces journées. En 2016, la journée a été consacrée au bas risque en périnatalité.	
Nombre de professionnels participants	169
Principaux résultats (indicateurs d'évaluation)	
Appréciation générale des participants (Très satisfaisant / Satisfaisant)	53 % / 45 %
Acquisition / Actualisation des connaissances (Tout à fait / Plutôt d'accord)	63 % / 34 %
Principales perspectives pour 2017	
• Une journée obstétrico-pédiatrique DPC	

VIII.3.b. Contexte et historique

Le réseau NLR organise chaque année une journée régionale dédiée à des thèmes d'actualité de la périnatalité. Cette action entre dans le cadre du chapitre dédié à la formation des professionnels de la santé périnatale du nouveau cahier des charges. Depuis 2015, cette journée obstétrico-pédiatrique est proposée sous forme d'un programme de développement professionnel continu (DPC) aux professionnels qui en ont fait la demande. Ces journées contribuant à la formation et à l'information des professionnels de santé, elles restent donc dans le cadre des missions du réseau en la matière.

VIII.3.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.

VIII.3.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.

La journée intitulée « le bas risque en périnatalité » s'est tenue le 15 janvier 2015 au Palais des congrès de Palavas-les-Flots.

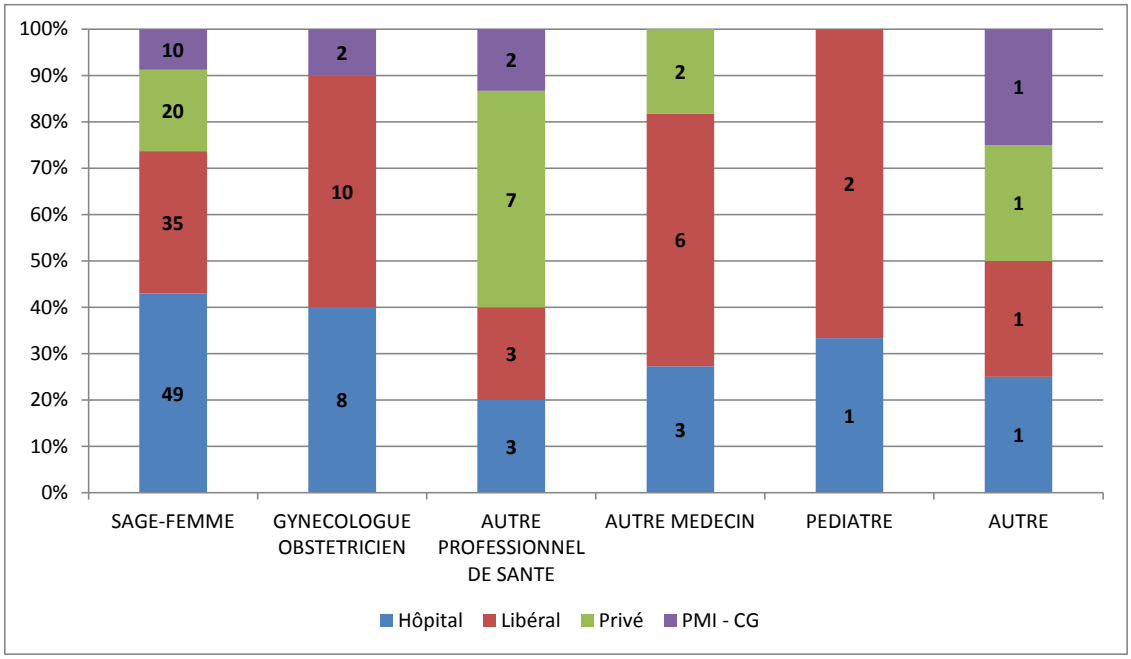
- **Participation aux deux journées**

Au total, 169 professionnels ont participé en tout ou en partie au programme de formation, dont 62 professionnels, soit 37 % des participants, ont validé leur participation au programme de DPC associé en validant toutes les étapes.

La majorité des participants était constitué de sages-femmes (68%). Les gynécologues, exerçant principalement en libéral, représentaient 12 % des participants. Les autres médecins (généralistes, anesthésistes et pédiatres) représentaient environ 10 % des participants.

Au total, 38 % des participants exerçaient à l'hôpital, 34 % exerçaient en libéral, 18 % dans le privé et 9 % en PMI. La participation des différents modes d'exercice étaient donc relativement équilibrée.

Graphique 7 : Professions et modes d'exercice des participants



Sur le plan de l'origine géographique, un peu plus d'un participant sur deux exerce dans l'Hérault, 15 % exercent dans le Gard, 15 % exercent dans les PO et 11 % exercent dans l'Aude.

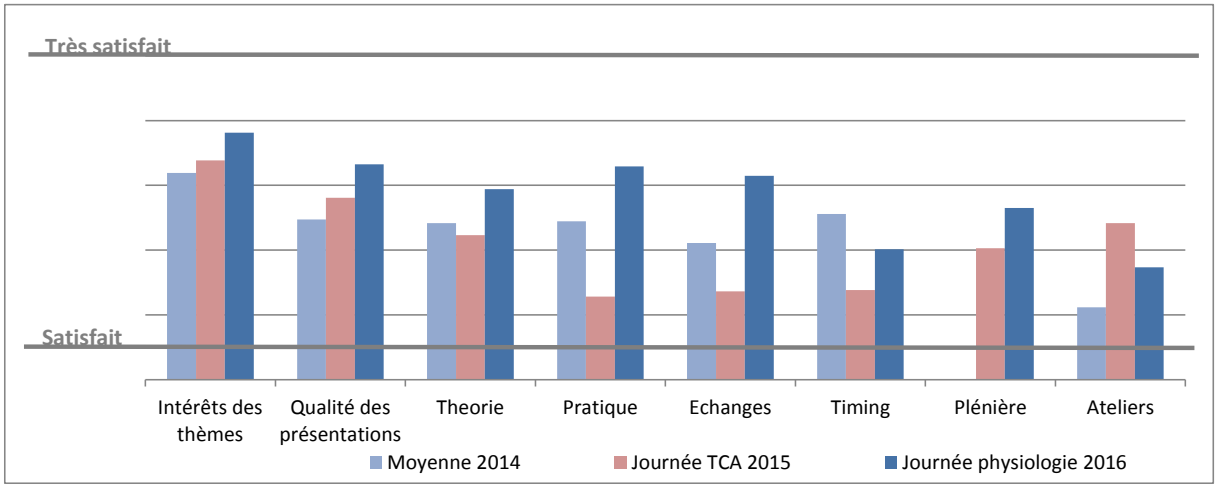
VIII.3.e. Evaluation

- **Evaluation de la satisfaction des participants**

Afin de disposer d'éléments de comparaison et de référence, les taux et indices de satisfaction sur les différentes composantes évaluées sont comparés avec les indices de satisfaction obtenus pour les questions similaires lors des précédentes journées de même type organisées par le réseau.

Le contenu de la séance plénière a été très apprécié. Pour tous les items concernés, les indices de satisfaction sont supérieurs à ceux des précédentes journées. On notera notamment le bon équilibre trouvé entre apports théoriques et réflexions sur la pratique professionnelle et la qualité des échanges entre la salle et les intervenants. Le point le moins satisfaisant concerne la gestion du temps (timing) sur lequel il faut rester vigilant.

Graphique 8 : Indices de satisfaction sur le contenu de la journée

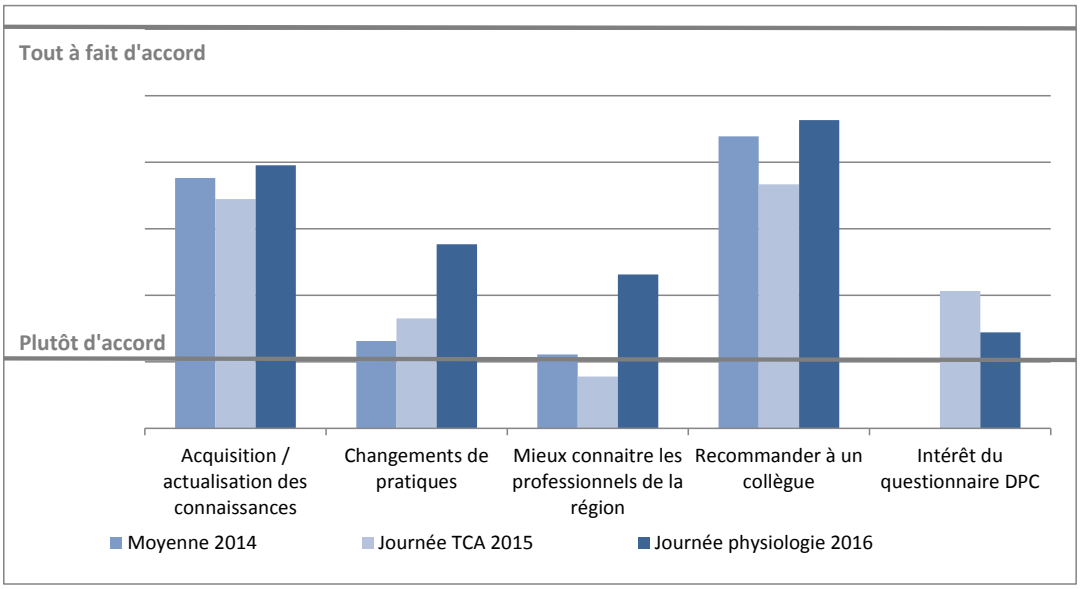


Les ateliers ont reçu globalement un accueil plus mitigé. En réalité, cela concerne essentiellement l'atelier intitulé « Bas risque médical / Haut risque psychosocial à partir de cas cliniques ». Le contenu de cet atelier n'était pas suffisamment cohérent avec son intitulé (un seul cas clinique présenté, sans lien avec la problématique médicale).

Pour les répondants au questionnaire, les retombées de la formation en terme d'acquisition de connaissances sont à des niveaux équivalents aux journées précédentes. Les retombées attendues en terme de changement de pratiques sont nettement plus importantes que lors des journées précédentes. Ce constat est cohérent avec les réponses des participants concernant la séance plénière. L'effet potentiel en terme de changements de pratiques est donc le point fort de cette journée.

Concernant l'intérêt de la formation, la recommandation à un collègue est à un niveau légèrement supérieur par rapport aux journées précédentes. Il s'agissait de la seconde journée proposée sous la forme d'un programme de DPC avec un questionnaire pré et post-test. L'intérêt de ce questionnaire semble un peu moins élevé que lors de la première journée consacrée aux troubles alimentaires. L'un des éléments explicatifs de ce décalage tient peut-être au fait que lors de la précédente journée une documentation (les référentiels du réseau) avait été jointe au questionnaire pré-test et à la cohérence des questions avec le contenu de la journée (cf. ci-après).

Graphique 9 : Indices de satisfaction sur le contenu de la journée



- **Evaluation des connaissances acquises**

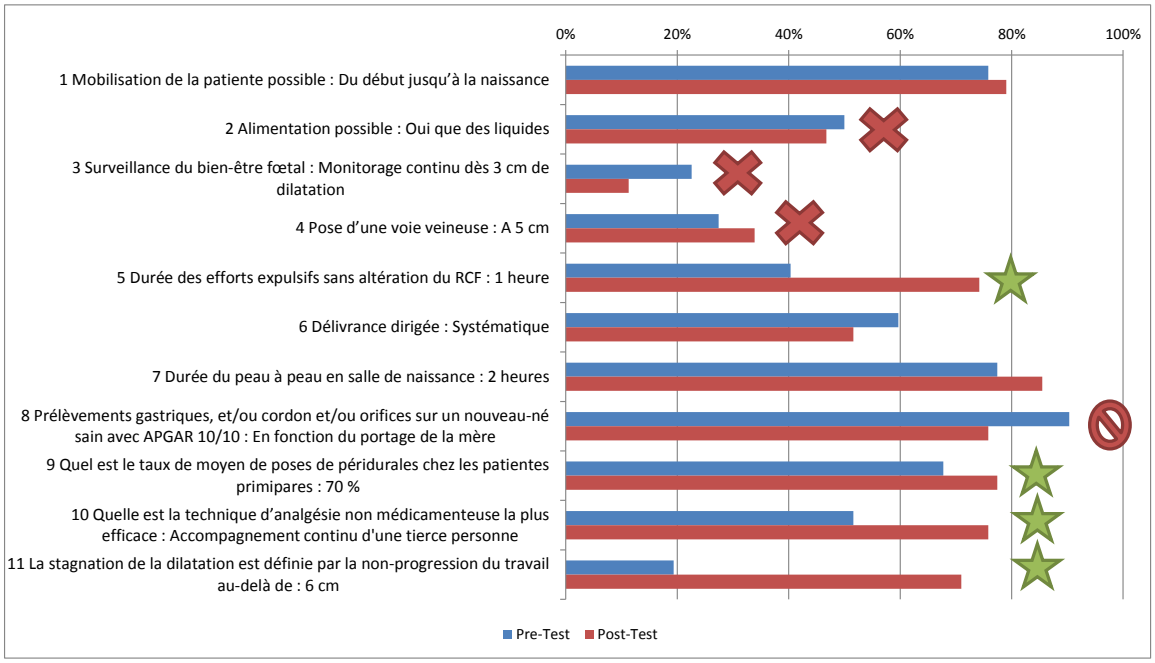
Le principal intérêt des journées du réseau concerne la mise à jour des connaissances des professionnels. Sur la question de la physiologie, la journée visait en particulier à montrer que l'évolution des caractéristiques démographiques des femmes qui accouchent a modifié la définition de l'accouchement physiologique allant même jusqu'à contredire certaines recommandations de bonne pratique.

Comme le montre le graphique suivant, le questionnaire pré-test / post-test, permet de bien évaluer la mise à jour des connaissances des professionnels. Les questions 5, 9, 10 et 11 montrent une réelle progression du taux de réponses valides entre le pré-test et le post-test. Sur ces points, la formation a été véritablement efficace.

Les questions 2,3 et 4 présentent des taux de réponses valides faibles et qui n'évoluent pas entre pré et post-test. Ces questions n'ont pas été abordées directement au cours de la journée. Il conviendra donc à l'avenir d'être vigilant à la cohérence entre contenu des questionnaires d'évaluation et contenu de la formation.

Enfin, la question 8, sur les prélèvements en salle de naissance, présente un taux plus faible de bonnes réponses dans le post-test. La réponse qui progresse « Aucun prélèvement en salle de naissance » ne correspond pas au message diffusé : « Aucun prélèvement systématique ». Deux hypothèses peuvent expliquer ce résultat surprenant : soit la question a été mal comprise, soit le message a été mal compris. Il sera important à l'avenir d'être attentif à ces deux éléments. Enfin, il faut relativiser le problème car le taux de bonnes réponses reste très élevé dans le post-test.

Graphique 10 : Taux de bonnes réponses aux questionnaires pré-test et post-test



VIII.3.f. Conclusions

Sur le plan de la satisfaction globale, cette journée arrive en seconde position parmi les 7 journées organisées au cours des 4 dernières années. Elle est donc d'un très bon niveau de qualité et peut servir de référence à bien des égards.

En 2017, une journée sera organisée avec la possibilité de la suivre sous la forme d'un programme de DPC.

VIII.5. Elaboration et diffusion de référentiels de soins périnatals

Tableau 17 : 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'emails et peut donc difficilement être quantifiée bien qu'elle constitue un engagement important de la part des professionnels qui y participent. Afin de renforcer la qualité et l'appropriation des référentiels d'obstétrique, une réunion régionale dite « de consensus » a été organisée en 2015 avec tous les établissements et toutes les professions représentées.	
Nombre de réunions organisées	3
Nombre de participations	91
Principales perspectives pour 2016	
Poursuite de la méthode de validation par consensus régional, finalisation et diffusion des référentiels d'obstétrique.	

VIII.5.a. Contexte et historique

L'élaboration et la diffusion de référentiels de soins périnatals fait partie des missions du réseau. A ce titre, le nouveau cahier des charges des réseaux de périnatalité mentionne que « promeut, facilite et accompagne l'utilisation d'outils de coordination : […] les protocoles et outils conçus par le réseau (par exemple concernant la prise en charge coordonnée des femmes présentant des addictions, l'accompagnement de l'allaitement maternel ou des femmes souhaitant recourir à une IVG)».

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 ».

VIII.5.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.

VIII.5.c. Méthodologie et réalisations

➢ **Identification des problématiques**

Les problématiques de soins faisant l'objet d'un référentiel sont identifiées à l'occasion de réunions du Conseil 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**

L'année 2016 a été principalement consacrée à la mise à jour des référentiels d'obstétrique et psychopathologie et grossesse. Expérimentée en 2015, la méthode retenue a consisté à organiser 2 journées de travail dites de « consensus régional » au cours desquelles sont invités au moins un gynécologue-obstétricen, une sage-femme, un anesthésiste et un pédiatre par établissement. Cette méthode :

- favorise l'appropriation des référentiels par les professionnels y participant,
- confère une plus grande légitimité à ces référentiels et
- contribue à la dynamique de réseau.

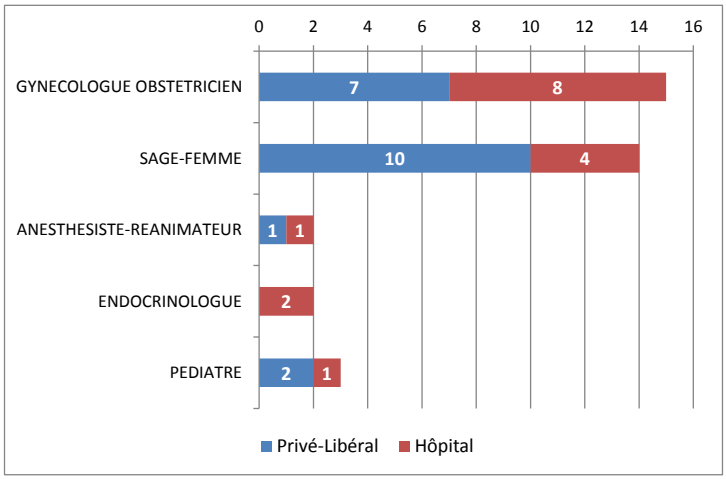
La journée du réseau (voir ci-dessus) a également été l'occasion d'organiser une après-midi d'atelier sur les protocoles.

Trois réunions ont été organisées en 2016 :

1. Le 15 janviers, lors de la Journée du réseau à Palavas, 55 participants,
2. Le 14 avril, réunion de consensus, 16 participants,
3. Le 25 novembre, réunion de consensus, 20 participants.

Les deux réunions de consensus intégraient des participants représentant les différentes composantes des acteurs de la périnatalité dans toutes leurs diversités : 18 établissements étaient représentés dont 9 privés, 15 gynécologues, 14 sages-femmes, 3 pédiatres ainsi que 2 anesthésistes et 2 endocrinologues.

Tableau 18 : Participation aux réunions régionales en 2016



Suite à ces rencontres, 9 référentiels ont été finalisés et 18 référentiels ont été mis en ligne début janvier 2017.

Tableau 19 : Référentiels d'obstétrique mis en ligne début 2017

Thématique	Année de validation
Accouchement sur utérus cicatriciel	Mars 2013
Cholestase gravidique	Avril 2016
Déclenchement du travail à partir de 37 SA	Novembre 2016
Diabète gestationnel	Novembre 2016
Diagnostic échographique d'engagement de présentation	Mars 2013
Grossesse après 40 ans	Mars 2013
Mort fœtale in utero	Mars 2013
Oligoamnios	Septembre 2016
Poster Hémorragie de la délivrance	2015
Prévention des infections materno-fœtales strepto B antibioprophylaxie	Janvier 2016
Prise en charge des enfants nés vivants avant 24 SA	Juin 2012
Prise en charge de la douleur périnéale en suites de couches	Juin 2012
Infections urinaires	2016
Grippe et grossesse	2016
Conduite à tenir diagnostique devant une métrorragie au 1er trimestre grossesse	Avril 2016
Principes de la réhabilitation post césarienne	Avril 2015
Prise en charge des fausses couches inférieures à 14 SA	Avril 2016
Utilisation du ballon de Bakri	Mars 2013

- **Diffusion des protocoles**

Tous les référentiels validés sont publiés en ligne sur notre site www.nglr.fr. 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 tableau ci-dessous présente le nombre de téléchargements par thématique effectués sur le site internet du réseau.

Tableau 20 : Nombre de téléchargements de protocoles effectués

Thématiques	Nbre de téléchargements	
	2015	2016
Addictions	207	1 875
Allaitement	587	1 767
Pathologies-endocriniennes	38	71
Hépatites	18	29
Chirurgie-Pédiatrique	4	10
Total	**854**	**4 149**

Le tableau précédent montre la montée en charge du site internet comme centre ressources pour les référentiels : le nombre de téléchargement a été multiplié par 5. Ces progrès considérables s'expliquent notamment par des campagnes d'emailing plus régulières.

VIII.5.d. Conclusions et perspectives 2017

- Mise à jour des protocoles de chirurgie pédiatrique
- Mise en commun avec les référentiels de Matermip

VIII.6. Echographie obstétricale et dépistage de la trisomie 21

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

Finalité de l'action	
Cette action vise à améliorer les compétences de professionnels et la qualité du dépistage de la trisomie 21.	
Principales réalisations (indicateurs de suivi)	
Organisation du dépistage : 1/ Délivrer les numéros d'identifiant aux échographistes qui en font la demande et répondent aux critères. 2/ Réaliser le suivi la qualité des mesures échographiques et des mesures correctrices selon la méthode arrêtée dans le guide méthodologique de l'HAS. Formation : journée d'échographie obstétricale	
Nombre de numéros d'identifiant délivrés en 2016	20
Nombre total de numéros d'identifiant délivrés depuis 2009	222
Nombre de participants à la journée d'échographie	87
Principaux résultats (indicateurs d'évaluation)	
A partir des mesures 2015 : • 97 échographistes ont été informés, • 49 échographistes ont été alertés, • 17 échographistes ont été informés de la nécessité pour eux de suivre une formation	
Principales perspectives pour 2017	
Attribuer les numéros d'identifiant aux échographistes en font la demande. Mettre en œuvre les nouvelles recommandations de l'HAS : démarche qualité et comité d'évaluation réunissant le réseau et les CPDPN	

VIII.6.a. Contexte et historique

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

L'évaluation des stratégies de dépistage de la trisomie 21 (HAS, 2007) a montré que le dépistage combiné du 1er trimestre permet d'améliorer les taux de détection de la trisomie et de diminuer les taux de faux positifs susceptibles de conduire à une amniocentèse. Suite à ce constat, de nouvelles modalités d'organisation impliquant les réseaux de périnatalité ont été mises en place.

La HAS a publié en mai 2016 ses recommandations concernant la Démarche d'assurance qualité des pratiques professionnelles en matière de dépistage combiné de la trisomie 21. Ce guide précise que les réseaux de santé doivent "informer les échographistes des résultats de leur analyse quantitative des pratiques, les alerter si les résultats ne sont pas conformes aux résultats attendus (deux rappels possibles à six mois d'intervalle), les inviter à suivre une formation si besoin, suivre l'amélioration des

pratiques à l'issue des formations et les informer qu'ils sortent du dispositif en fonction des résultats et de leur suivi" (p.17).

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.
- Guide méthodologique HAS : Démarche d'assurance qualité des pratiques professionnelles en matière de dépistage combiné de la trisomie 21, Avril 2016

VIII.6.b. Finalité

Cette action intègre deux composantes complémentaires :

1. La contribution à l'organisation du dépistage de la T21 afin d'en améliorer la qualité *via* la mise en place d'un système d'assurance qualité pour la mesure de la clarté nucale.
2. L'organisation d'une journée régionale d'échographie obstétricale qui vise à informer les professionnels sur les évolutions nationales et régionales et à améliorer leurs compétences.

VIII.6.c. Organisation du dépistage

- **Méthodologie**

Dès novembre 2009, le réseau périnatal NLR 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.

En 2016, le réseau a attribué 20 nouveaux numéros identifiant pour le dépistage de la T21 dans la région. Sur les 222 numéros délivrés, 15 échographistes ont été radiés à l'occasion de déménagement ou de départ à la retraite. Au 31 décembre 2016, 207 échographistes étaient actifs sur le territoire d'ex-LR.

En parallèle, le réseau anime un comité d'évaluation des pratiques en échographie obstétricale réunissant les responsables des 2 CPDPN et des représentants des échographistes du Languedoc-Roussillon. Il a pour mission de suivre les médianes des mesures de la clarté nucale dans le cadre du dépistage de la T21 (voir ci-dessous), d'élaborer les référentiels régionaux d'échographie et de concevoir le programme scientifique des journées de formation. Le comité s'est réuni le 30 mars 2016 (8 participants).

Avec l'aide de ce comité de pilotage, le réseau a communiqué les résultats des analyses quantitatives des pratiques des échographistes :

- Individuellement par courrier : le réseau informe et suit spécifiquement les échographistes présentant des résultats insatisfaisants selon les règles définies par l'HAS : « les échographistes dont la médiane est inférieure à 0,8 MoM ou supérieure à 1,1 MoM seront alertés. Les échographistes dont la médiane est inférieure à 0,7 MoM ou supérieure ou égale à 1,2 MoM devront réaliser une formation ».
- Collectivement : à l'occasion des journées annuelles d'échographie obstétricales au cours desquelles les résultats nationaux et régionaux sont présentés et analysés (voir ci-dessous).

➢ **Résultats**

En 2016, la procédure d'information des échographistes et de suivi des actions correctrices (cf. ci-dessus) a donc été mise en place pour la première fois sur la base des mesures 2015 :

1. 97 échographistes ont été informés,
2. 49 échographistes ont été alertés,
3. 17 échographistes ont été informés de la nécessité pour eux de se « rapprocher rapidement d'un Organisme d'Analyse des Pratiques en matière de mesure de la clarté nucale ».

Globalement, la médiane des échographistes du réseau pour la mesure de la Clarté Nucale s'est sensiblement améliorée : de 0,83 en 2014, celle-ci a progressé à 0,84 en 2015. Toutefois, la médiane des échographistes du réseau reste en deçà de la médiane nationale : 0,88 en 2015 et de la médiane de référence à 1.

VIII.6.d. Journée régionale d'échographie obstétricale

➢ **Programme de la formation**

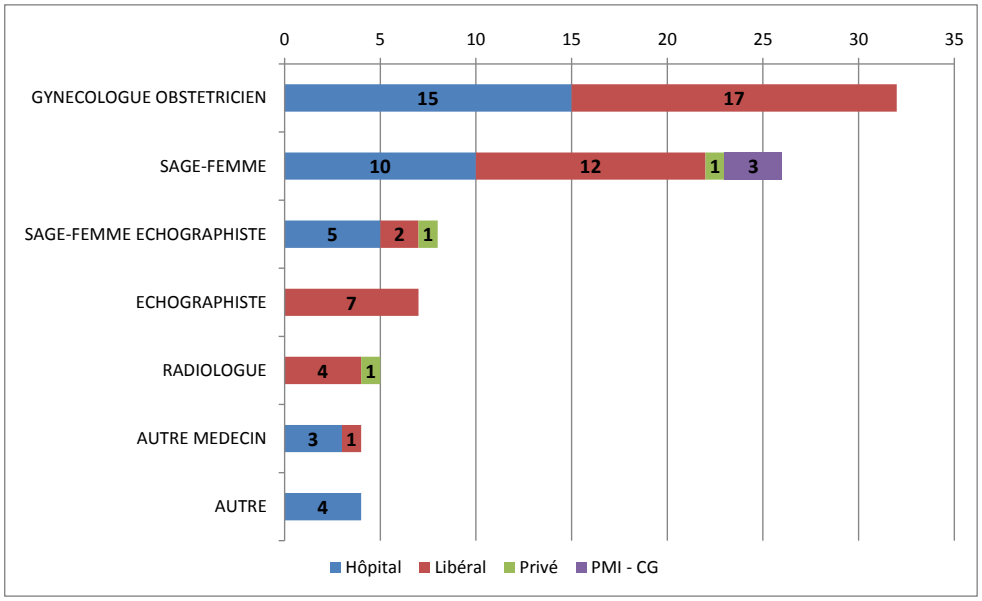
La formation s'est déroulée le 7 octobre 2016 à la Maison de l'hospitalisation privée à Castelnau-le-Lez. Elle s'est tenue sur une journée avec :

1. Le matin, une séance plénière consacrée :
   a. A l'évolution des pratiques de dépistage de la trisomie 21,
   b. Aux conduites pratiques en matière d'échographie anténatale,
   c. A des cas cliniques de médecine fœtale.
2. L'après-midi était consacrée à des ateliers de pratique :
   a. Cas cliniques d'échographie,
   b. Cas cliniques de médecine fœtale,
   c. Mesure de la clarté nucale.

➢ **Participations à la formation**

Au total, 87 professionnels ont participé à la formation avec une proportion relativement équilibrée entre sages-femmes et médecins échographistes d'une part, et entre professionnels hospitaliers et libéraux d'autre part. Plus de la moitié des participants exercent dans l'Hérault, 18 % dans le Gard, 8 % dans l'Aude, 7 % dans les PO et 10 % dans d'autres départements, essentiellement du Vaucluse.

Graphique 11 : Professions et modes d'exercice des participants



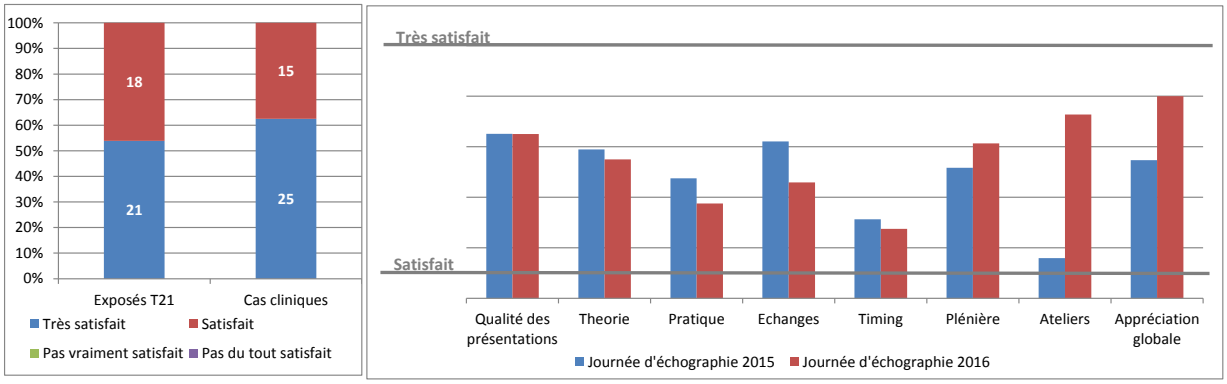
➢ **Evaluation de la formation**

41 personnes ont répondu au questionnaire d'évaluation soit 47 % des participants.

Globalement, la journée 2016 obtient un très bon niveau de satisfaction, nettement supérieur à la journée de 2015. Ce progrès s'explique par la qualité de la séance plénière mais aussi et surtout par la qualité des ateliers.

Le contenu de la séance plénière a été bien apprécié et atteint un niveau de satisfaction légèrement plus élevé que l'an dernier, ce qui s'explique essentiellement par le choix des thèmes. La présentation de cas pratiques en particulier semble avoir été d'avantage appréciée que les présentations sur la T21. Le seul point qui s'avère nettement plus faible qu'en 2015 concerne la qualité des échanges.

Graphique 12 : Indices de satisfaction sur le contenu de la journée



Les ateliers ont reçu un très bon accueil, meilleur que celui de l'an dernier et que la plénière du matin. L'atelier consacré aux cas cliniques d'échographie fœtale a rencontré un très grand succès tant du point de vue du nombre de participants que de la qualité. A l'inverse, l'atelier consacré à la mesure de la clarté nucale a été nettement moins apprécié.

Pour les répondants au questionnaire, les retombées de la formation en termes d'actualisation des connaissances sont à de bons niveaux, nettement supérieurs à l'an dernier. Les retombées attendues en termes de changement de pratiques sont nettement plus faibles, ce qui est souvent le cas lors de journées de formation.

Concernant l'intérêt de la formation, la recommandation à un collègue est à un niveau élevé légèrement supérieur par rapport à la journée précédente.

Les points forts de la journée sont :

1. La qualité des ateliers, notamment celui consacré aux cas cliniques d'échographie,
2. La présentation de cas pratiques lors de la plénière semble assez appréciée avec 2 professionnels qui se sont portés volontaires pour présenter des cas.
3. De bons résultats attendus en termes d'actualisation des connaissances.

VIII.6.e. Conclusions et perspectives 2017

- Assurer la mission de suivi de la qualité des mesures de la clarté nucale et des actions correctives
- Organiser une journée d'échographie obstétricale

VIII.7. Actions de coordination et de communication

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

- 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.

VIII.7.a. 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 en demande d'échanger 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 la motivation principale pour la création de ce groupe de travail dédié à l'élaboration d'un outil commun (cf. ci-après).

2 réunions ont pu être organisées, dont une consacrée à l'Initiative hôpital ami des bébés (IHAB) et élargie aux membres des équipes les plus concernées par cette problématique.

Date et lieu	Nbre de participants	Nbre d'établissements représentés
2 mai – Clinique Saint-Roch	**20**	**14**
2 décembre – Locaux de NGLR à Montpellier	**10**	**9**

En 2016, les principaux thèmes de travail du groupe étaient les suivants :

- Attentes communes en matière de formation et mutualisation possibles
  - Allaitement
  - Violences faites aux femmes
  - RPIB
  - Espaces physiologiques
- Point d'évaluation sur l'activité des SF référentes addictions et vulnérabilités
- Travaux du GRAM sur l'allaitement et l'IHAB
- Actualités du réseau périnatal :
  - nouveau cahier des charges et grande région
  - Assemblée générale
- Avancement et besoins en matière de référentiels régionaux
- Projet autour de l'organisation des sorties de maternité
- Retour d'expérience en matière de réhabilitation post césarienne

VIII.7.b. 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.

Afin d'affiner ces indicateurs, 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.

Le réseau a proposé également aux cadres de personnaliser le tableau en fonction de leurs attentes en ajoutant des indicateurs importants pour leur établissement. Au cours de l'année écoulée, l'implication des maternités a été la suivante :

- 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 11 maternités ont utilisé le tableau de bord pour l'année 2016 dont 9 avaient transmis au réseau un bilan finalisé à la date de rédaction du présent rapport.

Les résultats de l'enquête annuelle et de l'utilisation du tableau ont fait l'objet d'une synthèse pour la période 2011 – 2015 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 perspective ses propres indicateurs avec ceux des établissements de même type et de l'ensemble de la région. Une synthèse régionale a également été présentée lors de l'assemblée générale du réseau.

Suite à la réunion de juin avec le réseau Matermip (cf. Promotion et accompagnement à la mise en place du Dossier Commun Périnatal Informatisé (DCPI)), le tableau de bord a été refondu de manière à faciliter la mise en commun des données avec le réseau Matermip : un certain nombre de variables communes ont été harmonisées, de nouvelles variables déjà utilisées par Matermip ont été ajoutées. Les variables communes correspondent aux indicateurs PERISTAT tels que définis au niveau européen. Les variables spécifiques au réseau NLR ont été conservées ainsi que les modules IHAB et espaces physiologiques. Le tableau a été testé en décembre dans deux maternités et transmis dans la foulée aux maternités afin qu'elles puissent l'utiliser dès le 1er janvier.

Parallèlement, les travaux de la FFRSP et de l'ATIH sur les indicateurs de périnatalité ont été mis en ligne sur scan santé (http://www.scansante.fr/applications/indicateurs-de-sante-perinatale). Ces données sont relativement cohérentes avec celles du réseau.

L'objectif pour 2017 consiste à :

1. Généraliser l'utilisation du tableau de bord à toutes les maternités de l'ex-LR, soit à partir de l'outil proposé par le réseau, soit à partir d'extraction des systèmes d'information des établissements.
2. Mettre en commun nos données avec celles du réseau Matermip afin d'obtenir un tableau de bord Grande région Occitanie.
3. Accéder et exploiter la base de données PMSI en lien avec les travaux de la FFRSP.

VIII.7.c. Formation Violences faites aux femmes et périnatalité

Partant du constat que :

1. Les violences subies par les femmes sont reconnues comme l'un des déterminants majeurs influant sur leur santé.
2. Les professionnels de santé sont les premiers auxquels les femmes s'adressent,
3. La grossesse est une période propice à l'instauration et à l'intensification des violences dans le couple,

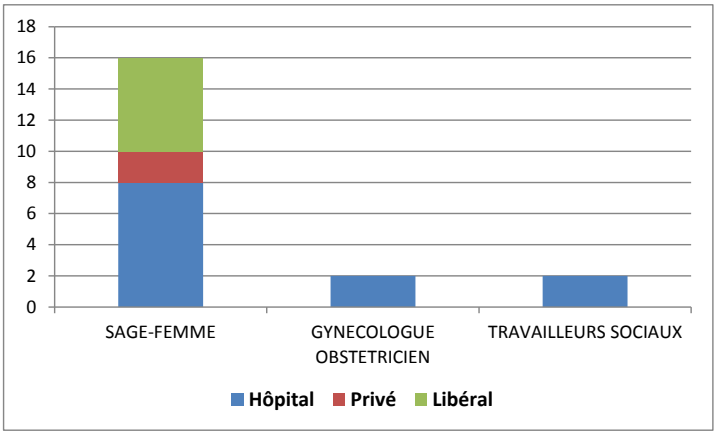
Le réseau a organisé une formation sur les violences faites aux femmes et périnatalité en partenariat avec le Centre d'information sur les droits des femmes et des familles de l'Hérault (CIDFF 34) avec pour objectifs :

- Mieux connaître les phénomènes des violences au sein du couple

- Savoir identifier et mesurer l'impact des violences sur la santé
- Mettre en place un accompagnement adapté des victimes

La formation s'est tenue les 28 et 29 novembre 2016 dans les locaux du réseau, complétée par une demi-journée de retours d'expériences et d'évaluation programmée en juin 2017. 20 professionnels ont participé à cette formation, principalement des sages-femmes.

Graphique 13 : Participants à la formation Violences faites aux femmes et périnatalité



VIII.7.d. Autres actions de coordination

➢ **Relations avec le CROP**

Dans le contexte du rapprochement avec le réseau Matermip qui assure la mission de régulation des transferts in-utero, le réseau s'est rapproché du Centre de régulation et d'orientation périnatal (CROP). Une analyse des flux de transferts en ex-LR a été présentée par le CROP lors du conseil d'administration commun aux associations Matermip, P'titmip et NGLR le 4 février 2016.

➢ **Interventions locales**

Le réseau est amené à intervenir localement à la demande des acteurs du territoire ou de l'ARS. En 2016, le réseau est intervenu dans 3 territoires.

Lieu d'intervention	Object de l'intervention
Plateau cerdan	Appui à l'organisation des parcours de soin en lien avec la maternité de l'hôpital transfrontalier de Cerdagne et les professionnels de santé du plateau cerdan
Pays Cœur d'Hérault	Aide à la définition d'un axe « Parcours de santé en périnatalité » dans le contrat local de santé et réflexion sur la mise en place d'un centre périnatal de proximité
Polyclinique Grand Sud	Appui à la réorganisation de la maternité

VIII.7.e. Actions de communication

➢ **Actions de communication régionale**

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

- la promotion des actions du réseau auprès des professionnels, des établissements et des institutions ;

- l'envoi de mailing (Plaquettes) à l'ensemble des professionnels de la région concernés par une des actions organisées par le réseau selon la thématique ;
- 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 : 1 instance ministérielle (CNNSE) et 1 société savante (société française de médecine périnatale) d'envergure nationale.

Le tableau ci-après liste ses interventions.

Tableau 22 : Liste des interventions du réseau au niveau national en 2016

Instances	Finalités	Principales activités 2016
Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant (CNNSE)	Réunion plénière, réflexion sur la politique nationale	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 Indicateurs de santé périnatale	Assemblée générale, réunions du CA & réunions de bureau Cours pour le Master Périnatalité Management et Pédagogie
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 participation aux journées annuelles

VIII.7.f. Perspectives 2017

Pour l'année 2017, le réseau a prévu de travailler sur les axes suivants :

- Indicateurs PERISTAT à l'échelle de la grande région ;
- Développement d'un partenariat avec le CROP sur l'analyse des transferts ;
- Finaliser et démarrer la mise en œuvre d'un projet commun grande région avec le réseau Matermip ;
- Contribuer à la définition du nouveau Projet régional de santé (PRS) ;
- Faire un état des lieux sur l'accès à l'IVG en LR et un protocole commun avec le réseau Matermip ;
- Développer avec le réseau Grandir en LR un projet sur l'amélioration du repérage et de la prise en charge des vulnérabilités en anténatal et en postnatal ;
- Faire un état des lieux sur l'organisation des sorties de maternité afin d'en dégager des axes d'amélioration ;
- Continuer notre travail sur la prise en charge des populations vulnérables et défavorisées dans un contexte de périnatalité.

Ces actions, qui relèvent toutes de la compétence du réseau périnatal, seront menées à bien en fonction des moyens supplémentaires qui seront accordés au réseau NGLR, afin de remplir au mieux les missions confiées au réseau dans l'instruction N°DGOS/PF3/R3/DGS/MC1/2015/227 du 3 juillet 2015 relative à l'actualisation et à l'harmonisation des missions des réseaux de santé en périnatalité.

VIII.8. Promotion de l'allaitement maternel

VIII.8.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 %[5].

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[6].

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 spécifique 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 5 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 2014, ces actions sont déclinées localement dans le cadre du contrat local de Pays Cœur d'Hérault.

[5] 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.

[6] 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

VIII.8.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.

VIII.8.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 mobilisation des professionnels pour la promotion et le soutien de l'allaitement maternel au sein des maternités ;
- la formation continue des professionnels de santé intervenant dans le suivi de la grossesse, en maternité et en post-natal ;
- la sensibilisation des professionnels travaillant dans les structures d'accueil du jeune enfant.

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.

En 2016, le référentiel a été téléchargé 135 fois sur notre site internet.

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

Le réseau a entrepris une démarche de soutien auprès des maternités pour la mise en œuvre des pratiques recommandées concernant l'information prénatale, le soutien de l'allaitement pendant le séjour et le travail en réseau pour le suivi ultérieur. Après une enquête auprès de toutes les maternités de la région en 2010, un Groupe régional sur l'allaitement maternel (GRAM), composé d'une trentaine de professionnels de toute la région, a été constitué avec pour objectif l'élaboration d'un référentiel, incluant des fiches techniques et des documents pour le suivi de l'allaitement pendant le séjour en maternité. Ce travail a été finalisé et mis en ligne en 2013[7]. 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. En 2015, une réunion du GRAM avait conclu au besoin de révision du référentiel.

En 2016, le réseau a organisé une réunion pour relancer les travaux du GRAM le 26 juin 2016. 9 personnes ont participé à cette réunion dont voici les principales conclusions :

- Besoin de travailler avec les pédiatres impliqués dans le référentiel régional de pédiatrie pour élaborer une fiche sur les critères de sortie de maternité.

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

- La fiche d'information pour les mères afin de préparer la sortie du service n'est quasiment pas utilisée et le travail en réseau avec les SF libérales ou les puéricultrices de PMI est très limité pour ce qui concerne l'allaitement.
- Besoin de travailler sur les informations à proposer en prénatal suite au constat de pratiques actuellement très hétérogènes.

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

Lors de la journée du 15 janvier 2016 sur le thème du bas risque en périnatalité, un atelier a été consacré à la rédaction d'un document de référence sur la présence du père en salle de naissance, au bloc césarienne, en néonatalogie. Un groupe pluridisciplinaire de 27 professionnels intégrant notamment 15 sages-femmes, 4 anesthésistes, 4 auxiliaires de puériculture a mené ce travail. Le document a ensuite été finalisé par Danièle Bruguières et mis en ligne sur le site internet depuis lequel il a été téléchargé 28 fois.

➢ **Formations sur l'allaitement maternel**

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

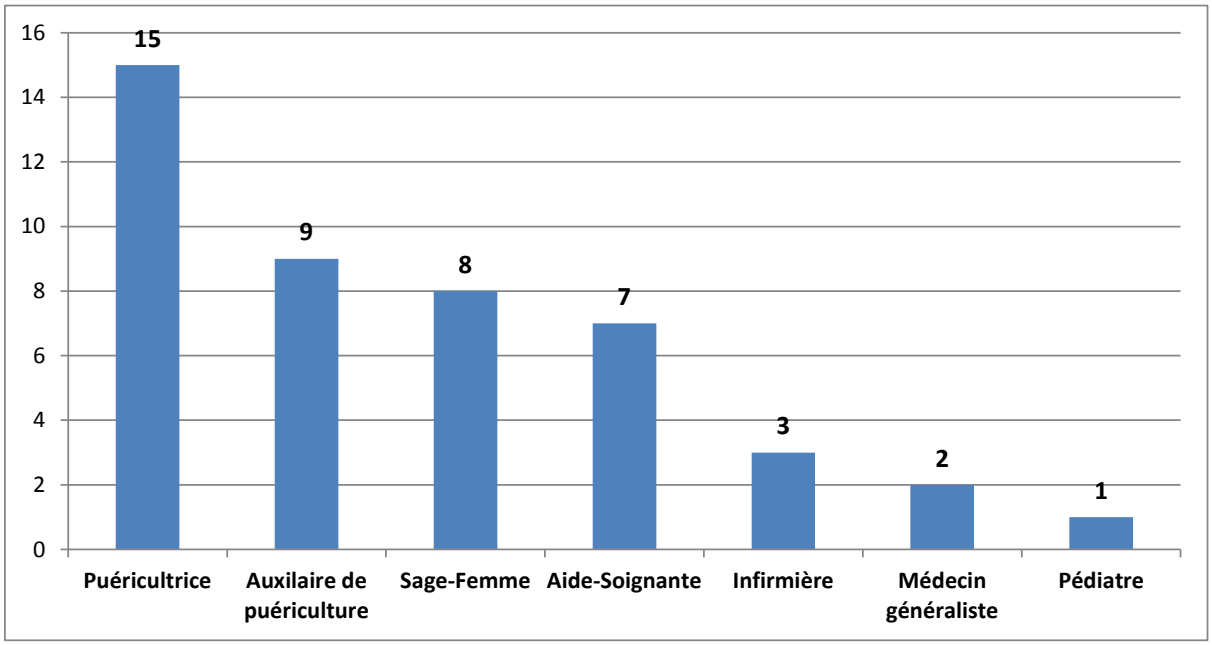
- Réactualiser les connaissances et les compétences nécessaires à l'accompagnement de l'allaitement ;
- Favoriser le travail en réseau pour assurer une continuité dans le soutien aux mères avant, pendant et après le séjour en maternité.

Cette formation se déroule sur 4 jours avec des petits groupes d'environ 15 professionnels. Elle est animée par deux formatrices du CREFAM.

Cette année, 3 formations de ce type ont été organisées. Deux formations étaient ouvertes à tous les professionnels de la région. L'une s'est déroulée dans les locaux du réseau et l'autre dans le centre de gériatrie de Narbonne ; une formation a été organisée à la demande du CHRU de Nîmes sur site.

Au total, 45 professionnels ont participé à ces formations, principalement des puéricultrices exerçant en PMI et à l'hôpital et des sages-femmes exerçant à l'hôpital.

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



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

À la suite de l'analyse des besoins locaux de 2014 et des formations organisées en 2015, le réseau a contribué à l'élaboration d'une plaquette sur les ressources locales.

VIII.8.d. Perspectives pour 2017

Danièle Bruguières a annoncé qu'elle quittait ses fonctions de référente allaitement. Le réseau souhaite poursuivre ce travail en s'appuyant sur le bilan de son expérience pour redéfinir le projet de manière à :

- Elargir son périmètre à la bientraitance, dans le prolongement sur ce qui a été fait autour de l'IHAB et de la présence du père en salle de naissance,
- Renforcer les dynamiques locales en développant des réseaux de proximités sur la base des conclusions du GRAM et en s'inspirant de ce qui a été fait dans le domaine Périnatalité et addictions.

VIII.9. Périnatalité et addictions

VIII.9.a. Contexte et historique

Le réseau périnatal régional « Naître en Languedoc-Roussillon » mène depuis 2008 un programme intitulé « Périnatalité et addictions en Languedoc-Roussillon : programme régional de prévention des addictions en périnatalité et de mutualisation des dynamiques locales ». L'ensemble des actions menées a permis l'élaboration en 2009 d'un état des lieux de l'existant et des besoins dans l'ex-région Languedoc-Roussillon qui a servi ensuite de base de travail. Une actualisation a été faite en 2011.

La prise en charge des femmes enceintes et de leurs enfants a été sécurisée dans tous les bassins de naissance. Le travail en réseau pluridisciplinaire s'est amélioré. D'importants besoins demeuraient toutefois en matière de repérage des addictions et de coordination dans les maternités.

Le réseau Naître en Languedoc-Roussillon a réalisé en 2011 - 2012 un projet intitulé « Repérage précoce des conduites addictives pendant la grossesse chez les femmes en situation de vulnérabilité ». Ce projet a été cofinancé par la Direction Générale de la Santé (DGS) et l'Agence régionale de santé (ARS) du Languedoc-Roussillon. Il s'articulait autour de 2 axes :

- L'utilisation d'un auto-questionnaire de repérage des addictions en maternité,
- Une sage-femme référente vulnérabilités et addictions en maternité.

L'ARS a soutenu cette expérimentation par le financement de temps de sage-femme (MIGAC d'addictologie). Le réseau périnatal est chargé de former et de soutenir ces référentes dont les postes ont été maintenus.

VIII.9.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 par le renforcement de la collaboration entre professionnels de la périnatalité et ceux du champ des addictions, l'amélioration des liens inter-régionaux des réseaux collatéraux (hépatites, toxicomanies, précarité…) et l'harmonisation des pratiques.

VIII.9.c. Méthodologie et résultats

- **Pilotage du programme**

Le projet est conduit par :

- Corinne Chanal, sage-femme mise à disposition du CHRU de Montpellier à hauteur de 30 %, référente « périnatalité et addictions » au sein du réseau NLR.
- Gisèle Criballet, coordinatrice médicale NLR
- Laurent Raffier, responsable suivi et évaluation NLR.
- Le groupe de pilotage régional pluridisciplinaire « périnatalité et addictions ».

Le groupe de pilotage est actuellement constitué d'une quinzaine de professionnels (addictologues, sages-femmes, psychologues, pédiatres, puéricultrices de PMI) et il s'est réuni 5 fois en 2016.

Tableau 23 : Réunions régionales du groupe de pilotage « Périnatalité et grossesse » en 2016

Dates	Lieu	Nombre de participants
28 janvier	CH de Sète	12
17 mars	NGLR Montpellier	8
26 mai	CH de Sète	4
30 juin	CH de Sète	7
6 octobre	CHU de Montpellier	6

Ce groupe développe une réflexion pluridisciplinaire à l'échelle de la région. Il est animé par Corinne Chanal. 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 des projets.

Une trentaine de professionnels participent aux travaux de ce groupe par échange de courriels ou lors de réunions de proximité en fonction des travaux en cours. Cette organisation permet d'avoir plus d'acteurs de terrain impliqués.

Les addictions étant une étiologie potentielle de pathologies obstétricales, la sage-femme coordinatrice « périnatalité et addictions » de NLR a participé à la mise à jour des protocoles régionaux d'obstétrique afin d'y préciser la place des additions et leur abord (relecture des protocoles et participation aux réunions régionales du 14 avril et du 25 novembre).

➢ **Prévention et prise en charge de la consommation de tabac pendant la grossesse**

- 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 2016, 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.

- Outils pratiques aux professionnels : fiche techniques et référentiel « Tabac et grossesse »

Les référentiels sont des textes de 5 à 12 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 ou d'addictologie. En 2016, le groupe de pilotage s'est consacré à l'élaboration du référentiel « tabac et addictions ».

Les fiches techniques sont des documents concis, pratiques pour les consultants de la grossesse. Ils sont uniques en France et sont souvent repris par d'autres réseaux périnatals ou d'addictologie. En 2016, le groupe de pilotage s'est consacré à l'élaboration de la fiche technique « tabac et addictions ».

- Actions nationales

Corinne Chanal a contribué aux travaux de la Commission nationale de la naissance et de la sante de l'enfant dans le cadre de l'élaboration du programme national de réduction du tabagisme 2016 – 2019. Elle a participé à 4 réunions téléphoniques : les 19 mai, 6 septembre, 4 octobre et 17 novembre 2016.

Nos outils ont été retenus comme base de travail national et notre expertise a été reconnue par la CNNSE et la FFRSP (fédération des réseaux de santé en périnatalité) qui nous ont sollicités pour coordonner le travail de rédaction de la fiche « grossesse » en 2017.

Le réseau a également largement diffusé les outils du mois sans tabac aux sages-femmes référentes et à tous nos adhérents.

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

Les référentiels et fiches techniques de conduites à tenir ont été mis en ligne au fil de leur validation sur le site de NGLR à l'adresse suivante : http://www.nglr.fr/ref-addictions.

La rubrique « périnatalité et addictions » du site internet est un véritable centre de ressources régional sur la thématique sur laquelle on trouve :

- les sages-femmes référentes vulnérabilités/addictions via l'annuaire en ligne,
- l'auto-questionnaire de repérage vulnérabilités/addictions avec le guide de lecture, les organigrammes et les résultats du projet de 2012,
- la fiche de transmission,
- la fiche de synthèse sur l'entretien prénatal précoce (EPP),
- des documents, liens et site de références nationales (HAS, INPES, RESPADD, GEGA etc.).

En 2016, la page du site internet sur périnatalité et addictions a été consultée 392 fois ; la page consacrée aux référentiels périnatalité et addictions a été consultée 1 198 fois et les différents référentiels et fiches techniques totalisent 1 875 téléchargements.

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

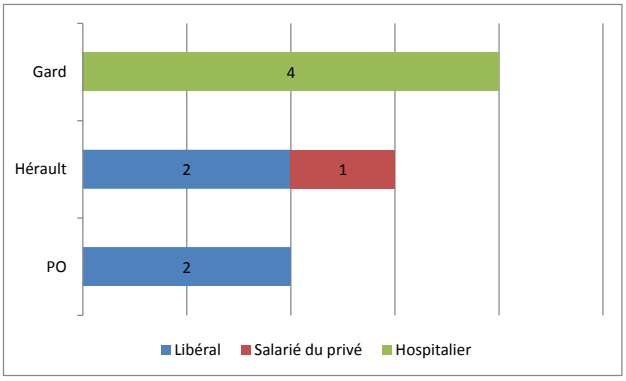
  - Formation des professionnels de la région

Le réseau a organisé, en partenariat avec l'ANPAA 34, une journée de formation intitulée « Aborder les consommations d'alcool avec les femmes enceintes : Que dire ? Que faire ? Que proposer ? ». La journée s'est tenue le 8 décembre 2016. Elle avait pour objectifs :

- Connaître les outils de repérage validés et savoir les intégrer harmonieusement dans sa consultation.
- Aborder avec simplicité et à propos la question des consommations avec les patientes : prendre confiance et lever ses résistances.
- Savoir l'informer sur les effets des consommations d'alcool pendant la grossesse.
- Connaître et appliquer les stratégies d'entretien adaptées au stade motivationnel de la patiente : intervenir de façon adaptée.
- Citer et utiliser les principes de l'intervention brève : s'approprier la méthode et les attitudes.
- Coordonner les actions nécessaires autour de la patiente grâce aux relations partenariales avec les intervenants familiaux, sociaux, soignants : s'approprier le réseau.

9 sages-femmes du Languedoc-Roussillon ont participé à cette formation.

Graphique 15 : Mode d'exercice des sages-femmes participantes à la formation



Corinne Chanal a également assuré la coordination de la formation « Violences faites aux femmes et périnatalité » organisée en partenariat avec le CIDFF les 28 et 29 novembre 2016. Elle est intervenue dans cette formation sur les relations de causalité entre addictions et violences faites aux femmes en périnatalité.

- <u>Accompagnement des sages-femmes référentes vulnérabilités/addictions des maternités</u>

Les référentes vulnérabilités/addictions sont des sages-femmes de consultation formées spécifiquement pour suivre et orienter les femmes avec des addictions ou des vulnérabilités. Cette organisation est opérationnelle dans 12 établissements (9 publics et 3 privés). Dans un de ces établissements, le poste est assuré par un médecin.

Un temps de coordination doit être prévu dans leur activité en plus du temps de consultation pour assurer les transmissions écrites, orales, les appels téléphoniques et courriels aux professionnels afin d'optimiser le travail en réseau et la collaboration avec l'ELSA de leur établissement.

Le réseau de professionnels extérieurs de chaque établissement a besoin de les joindre facilement pour améliorer la coordination : bureau, téléphone portable ou répondeur personnalisé sont nécessaires. Ces sages-femmes doivent avoir un délai de rendez-vous suffisamment court avec la possibilité de répondre rapidement en cas d'urgence et d'hospitalisation. Elles sont soutenues par l'équipe d'addictologie de liaison de leur établissement et par le psychologue de maternité.

Ces postes sont maintenant mieux positionnés dans chaque établissement en fonction des spécificités et des temps dédiés. En 2016, une seule maternité publique demeure absente du projet faute de temps attribué en interne et malgré un financement dédié de l'ARS et 4 maternités utilisaient toujours régulièrement l'auto-questionnaire de repérage expérimenté en 2012.

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 2016, 2 journées de regroupement régional ont été organisées et sont décrites dans le tableau suivant. A la demande des sages-femmes référentes, nous avons invité les psychologues de maternité ou d'addictologie lors de la journée de mars. Des sages-femmes salariées de 3 cliniques privées qui ne bénéficient pas de postes financés participent également à ces journées.

Tableau 24 : Programmes des journées de regroupement des sages-femmes référentes

	Journée du 6 mars 2016	Journée du 3 octobre 2016
Objectifs	Mieux prendre en charge les patientes avec des troubles psychiques Aider à la mise en place des staffs mère-enfant	Mieux dépister le VHB chez la femme enceinte Mieux prendre en charge les patientes consommatrices de cannabis
Contenus	Présentation du référentiel « grossesse et troubles psychiques » Staff mère-enfant échange d'expériences sur l'organisation Point sur les rapports d'activité : profil des patientes vues en 2015 et utilisation de l'auto-questionnaire	Dépistage VHB chez la femme enceinte et vaccination de l'entourage par les sages-femmes. Cannabis pendant la grossesse ; comment faire ? Entretien motivationnel et applications cliniques.
Méthode	Débriefing sur les difficultés rencontrées dans les établissements et dans les pratiques Apport de connaissances. Reprises de cas cliniques.	
Animation	Corinne Chanal, sage-femme coordinatrice du projet Dr Rafi Kojayan, pédopsychiatre	Corinne Chanal, sage-femme coordinatrice du projet Dr Didier RIBARD, Hépatologue, réseau régional Hépatites Dr Sonia Mérigeaud, médecin généraliste, tabacologue, ELSA, CHU Montpellier
Nbre de participants	29 participants (18 SF + 11 psy)	18 sages-femmes

- Activité des sages-femmes référentes

Le réseau suit également l'activité des sages-femmes référentes. Une série d'indicateurs a été élaborée 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 2016 pour les mêmes maternités.

Tableau 25 : Activité régionale des sages-femmes référentes

Indicateurs		2013	2014	2015	2016
Nbre de patientes vues au moins une fois		927	1201	1276	1310
Nombre de patientes vues plus d'une fois		542	473	771	746
Nombre d'interventions	Nombre de consultations	1964	1733	2836	2957
	Pdt Hospitalisation	173	568	531	557
	Nombre d'appels tél. aux patientes	458	816	786	842
Nombre de patientes repérées pour :	Pb psycho-social	436	623	700	694
	Tabac	515	499	508	532
	Alcool	49	41	60	65
	Cannabis	116	92	132	173
	Opiacés et TSO	0	6	65	44
	Médicament psychotropes	135	189	119	131
	Autres drogues et/ou TCA	119	57	38	60
Nombre de patientes prises en charge par :	Déjà suivi par addicto.	53	42	35	46
	Initialisation suivi tabacologique	327	250	288	332
	Initialisation suivi en addictologie	56	59	95	53
	Médecin généraliste	0	0	83	56
	Pédiatre anténatal	0	0	144	126
	PMI	298	389	466	453
	Psychologue / Psychiatre / Pédopsychiatre	217	436	387	337
	Assistante sociale	106	131	19	14
	Autre	177	234	38	18
Patientes suivies en indirect	Nombre de patientes	63	147	154	103
	Nbre d'interventions	84	191	227	132

** indicateurs ajoutés dans le rapport d'activité depuis 2015*
*** indicateurs supprimés dans le rapport d'activité depuis 2015*

Globalement, on observe une stabilisation de l'activité : stabilisation du nombre de patientes vues (1 310, soit environ 4,3 % des femmes accouchant au cours de l'année), du nombre de patientes vues plus d'une fois, avec en moyenne 3 consultations par patiente, du nombre d'interventions lors des hospitalisations et du nombre d'appels aux patientes. Cette stabilisation sur les 2 dernières années montre que les sages-femmes référentes ont atteint la limite de leurs capacités de prise en charge dans le temps qui leur est imparti.

Au niveau des problématiques repérées, le tabac et les problèmes psychosociaux restent les principales problématiques repérées. Le repérage de l'alcool qui a connu une forte augmentation en 2015 tend à se stabiliser, et représente 4 % des femmes vues. Les consommations d'opiacés représentent 5 % des patientes vues.

Activités de coordination

Le rôle de coordination des sages-femmes référentes semble également s'être renforcé. Les principaux interlocuteurs professionnels des sages-femmes référentes sont les agents de PMI, les psychologues et psychiatres et les pédiatres.

La participation des sages-femmes aux staffs de parentalité et aux staffs d'addictologie est globalement positive. C'est l'occasion pour ces sages-femmes de discuter des prises en charges optimales avec d'autres professionnels et de transmettre des informations aux équipes d'hospitalisation des maternités.

Mais le réseau a constaté que beaucoup de sages-femmes référentes se trouvent en difficultés dans la mesure où toutes les situations de vulnérabilités psycho-sociales sont orientées vers elles. Les sages-femmes référentes vulnérabilité occupent ainsi un poste à haut risque psycho-social comme en témoignent les nombreux arrêts de travail et démissions. 6 sages-femmes/13 ont changé depuis 2012.

Elles sont submergées de situations de vulnérabilités. Elles observent un désengagement de leurs collègues sur ces situations et se retrouvent souvent seules à les gérer. Elles se plaignent du manque de reconnaissance de leur activité très chronophage. Le temps de coordination n'est pas compris comme du temps de travail indispensable. Leur soutien est trop peu pris en compte, les psychologues de maternité sont peu habitués aux reprises de situation. Les supervisions ou intervisions (travail en indirect) sont insuffisantes. Plusieurs sages-femmes sont en burn-out.

La référente du réseau est mise à disposition pour conseils et reprises de situations cliniques par téléphone.

- **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 les indicateurs de repérage dans leur maternité au regard d'éléments de la littérature (enquêtes nationales et études épidémiologiques) et en observant leurs évolutions dans le temps.

Le réseau a repris les derniers éléments de la littérature afin de déterminer les niveaux cibles à atteindre sous forme de fourchette (minimum / maximum). Ces éléments vont ainsi être systématiquement repris pour positionner les différents établissements et territoires par rapport à ces niveaux de référence.

En parallèle, le réseau effectue chaque année, depuis 2008, un travail de recueil de données 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.

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

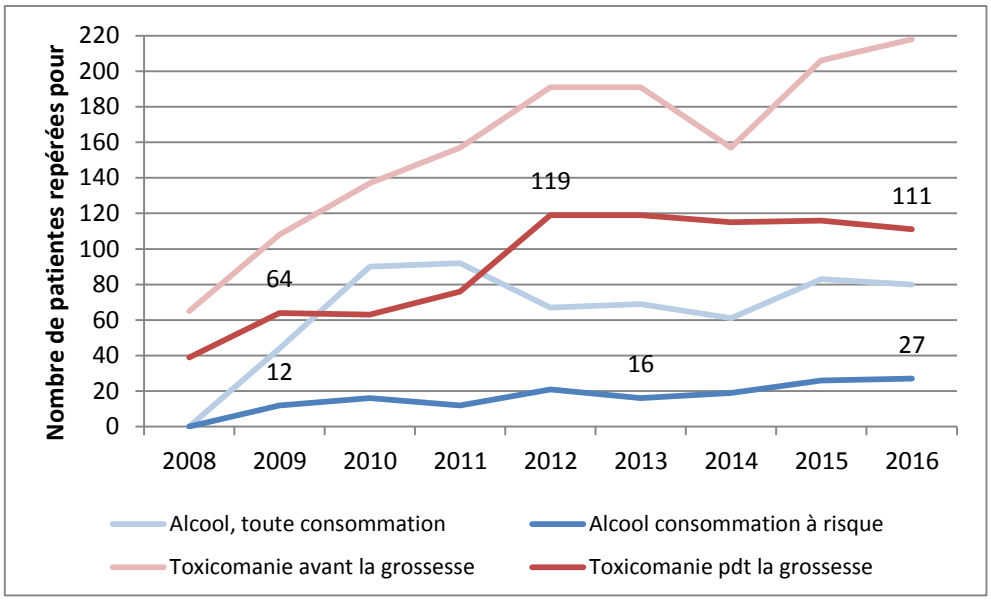
Le DCPI permet de produire une série d'indicateurs sur le repérage des consommations de produits psychotropes pendant la grossesse. Les données sont disponibles depuis 2008. Toutefois, ces données ne sont pas totalement cohérentes d'une année sur l'autre. Entre 2008 et 2011, l'utilisation du DCPI a beaucoup 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 changées. Enfin, le format de la base de données a également évolué.

Les principaux indicateurs utilisés sont les nombres de patientes repérées pour les consommations suivantes :

3. 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.),
4. L'alcool, indicateur qui peut être détaillé selon le type de consommation (occasionnel, quotidienne, > à 3 verres/j.

Graphique 16 : Nombre de femmes repérées pour alcool et toxicomanie dans le DCPI entre 2008 et 2016



Le graphique ci-dessus montre le repérage issu du DCPI pour ces 2 indicateurs. On observe :

1. Une nette augmentation du repérage des patientes toxicomanes pendant la grossesse entre 2011 et 2012 et une stabilisation depuis avec, toutefois, une augmentation du repérage des consommations avant la grossesse. Cette augmentation est directement liée à l'utilisation de l'auto-questionnaire et à la création de postes de sages-femmes référentes. Elle concerne principalement les consommations de cannabis.
2. Une augmentation relativement constante du repérage des consommations à risque d'alcool.

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

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

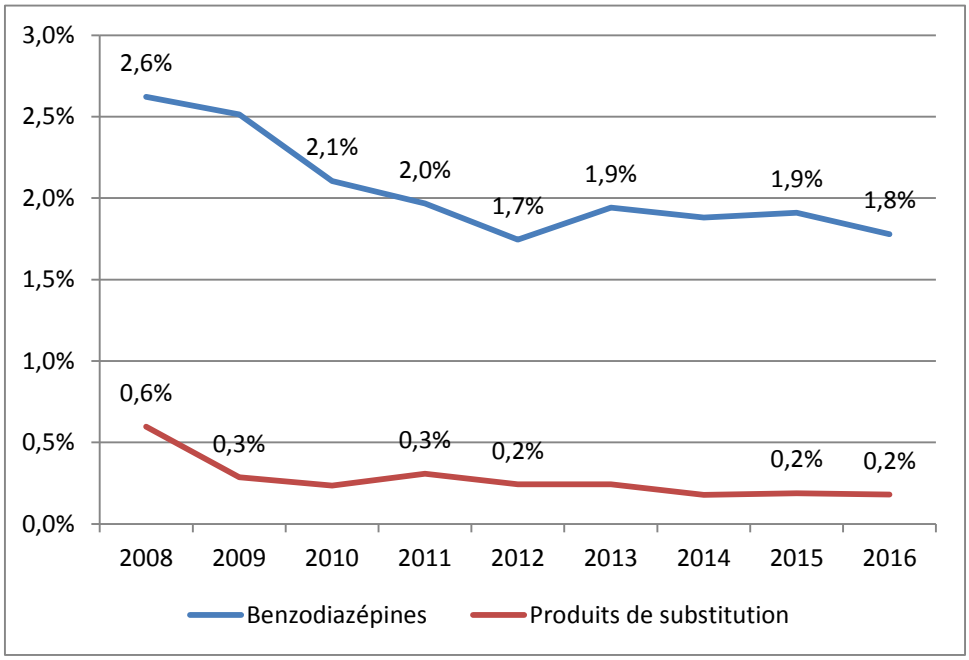
- Le nombre de femmes repérées à l'accouchement pour consommation d'alcool, d'opiacés, de cannabis (THC) et de tabac,
- Le nombre de nouveau-nés repérés à l'accouchement pour consommation de médicaments, d'alcool et de drogues illégales.

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

- Indicateurs issus des données de l'assurance maladie

Les données de l'assurance maladie permettent d'établir annuellement le taux de 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 prescriptions 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 2016, il représente 568 patientes. Le nombre de femmes vues par les sages-femmes référentes pour ce motif est de 171 ce qui représente donc 30 % des femmes consommant ce type de médicaments sur prescription médicale.

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,
- d'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,
- l'existence de référents des champs « périnatalité » et « addictologie»
- un projet commun (exemples : organisation d'une formation, élaboration de protocoles, réunion autour de cas cliniques…).

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 dans le bassin de naissance en invitant les partenaires).
- 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).

Les coordonnées des sages-femmes référentes vulnérabilités/addictions dans les établissements sont mises en ligne.

Tableau 26 : dynamique des réseaux de proximité par bassin de naissance (2016)

Bassin de naissance	Référents locaux	Type d'intervention	Niveau d'autonomisation	Partenaires
Narbonne	**SF Référente CH :** P. Courp **Pédiatre :** D. Banegas, **Addictologue :** A.Picon	-2 réunions de réseau de proximité, élaboration d'une plaquette avec coordonnées locales -Participation de la SF et du psy aux journées des SF référentes.	**En réorganisation, demande d'aide de NGLR** pour animation réseau de proximité	CH (maternité, service d'addictologie, pédopsychiatrie) AID 11 ANPAA Polyclinique Conseil Départemental Contrat local de santé
Sète	**SF Référente CH :** C. Lobraïco **Pédiatre :** A. Cavalier **Addictologue :** D. Teuma **Pédopsychiatre** : Dr Sabas	-Intervention annuelle dans formation du CH organisée par le service d'addictologie. -Participation de la SF et du pédopsychiatre aux journées des SF référentes	**-demande d'aide de NGLR** pour animation réseau de proximité : 1 réunion clinique -Participation des référents locaux au comité de pilotage régional. - Formation addictologie avec volet périnatalité au CH, pas ouverte au réseau ville	CH (Addictologie, Pédiatrie, Maternité) Réduire les Risques, Arc en Ciel, CODES-Portia Clinique sainte Thérèse
Perpignan	**SF Référente CH :** ML. Mercier **Pédiatre :** B. Weit **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	CD 66, Addictologie hospitalière, Association des SF 66
Alès	**SF Référente CH :** V. Cotte **Pédiatre :** MF Durand **Addictologue :** S. Orcel	-Collaboration création de plaquette répérer/orienter -Participation de la SF et du psy aux journées des SF référentes.	**Autonomisation complète** : Soutien du groupe local périnatalité et addictions par sage-femme coordinatrice du réseau périnatal alésien.	CD 30, CH, RESEDA, réseau périnatal alésien
Bagnols sur Cèze	**SF Référente maternité :** Karine Joanny **Pédiatre :** Kamel Boulkaisaim **Addictologue :** Dr Lopez **Généraliste :** Dr Gabbaï	Participation de la SF et du psy aux journées des SF référentes	**-Demande d'aide de NGLR** pour animation réseau de proximité -Difficultés d'organisation interne de la maternité	CH, Réseau RIPOSTE, Correspondants locaux
Nîmes	**SF référente maternité :** M. Oziol (CHU) **Pédiatre :** J. Dendalle (CHU) **Addictologie :** Les Capitelles **Référente grossesse en ville :** F. Ozil	-Poursuite du soutien de NGLR au réseau de proximité qui se met en place, coordonné par le CDAF et Les Capitelles. -Participation de 2 SF et des psychologues aux journées des SF référentes.	**-En voie d'autonomisation** Rencontres régulières d'un groupe pluridisciplinaire « périnatalité et addictions » nîmois, sous-groupe du réseau périnatal nîmois -**Demande d'aide de NGLR pour animation réseau de proximité**, recherche de coordination locale -Implication du CDAF et d'un addicto du CHU dans le comité de pilotage régional.	Réseau périnatal nîmois, CD 30, CHU, 4 CSAPA dont Les Capitelles, Contrat local de santé, ARS
Béziers	**SF Référente maternité CH :** K.Verges **Pédiatre :** T. de Pertat **Addictologue :**	Participation de la SF et de la psy aux journées des SF référentes.	**Autonomisation complète**. -forte implication des référents locaux au comité de pilotage régional. -formation locale organisée par le CH et ouverte PMI, libéraux,	CH de Béziers, Clinique champeau.

Bassin de naissance	Référents locaux	Type d'intervention	Niveau d'autonomisation	Partenaires
	P.Galland		clinique	
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 référente dans le comité de pilotage local et régional. -Formation locale du CH ouverte ville	COPIL est-audois CH
Mende	**SF Référente CH :** poste non dégagé par l'administration **Addictologue :** Dr Cunnac	Participations aux actions du réseau addictologie .	**En voie d'autonomisation :** Bonne collaboration addictologie-maternité. Le réseau addicto communique avec la périnatalité + NGLR -projet ETCAF+SF référente en mater en 2017	Réseau addictologie lozérien -CH (maternité + service d'addictologie), Maison Ste Marie, CSAPA ARS
Ganges	**SF Référente maternité :** E.Lagouardette **Addictologie :** La Draille **Médecin psycho-périnatalité :** M. Durant	-Collaboration par téléphone et email à propos de situations cliniques. -Participation du médecin psycho périnat aux journées des SF référentes.	**Réorganisation :** -2 réunions/an du réseau local « vulnérabilités en périnatalité » -Difficultés de la clinique	Maternité, PMI, Sages-femmes et gynécologues libéraux Conseil Département, Asso La Draille.
Montpellier	**Référents maternités :** C.Chanal, M.Azoulay, M.F.Donadille (CH), I. Lacroix (Clémentville), K. Havasi (St Roch) **Pédiatre :** E.Mazurier, **Addictologue :** ELSA	Participation de 5 SF et des psy aux journées des SF référentes.	**Autonomisation complète** -Formation addiction du CHU ouverte à tous les professionnels public-privé-libéral-PMI. -Implication importante des référents locaux au comité de pilotage régional. -travail indirect des SF du CHU pour PMI, libéral, clinique	CHRU (mater, pédiatrie, addictologie, pédopsychiatrie), CSAPA, CARRUD, Correspondants locaux Réseau addictologie.

Nîmes : L'intégration de la problématique addiction dans les réunions du réseau périnatal nîmois en 2014 a abouti à la constitution d'un réseau informel de proximité périnatalité et addictions. Il manque une coordination dans cette dynamique qui est encore assurée par la sage-femme référente du réseau NGLR. Elle a abouti à la rédaction commune de 2 plaquettes pour les professionnels et d'un projet de formation locale

Narbonne : La plaquette « vulnérabilités de la femme enceinte, conduites addictives, repérer-orienter », développée dans le bassin nîmois, a été adaptée pour le Narbonnais avec les coordonnées des structures locales. 2 réunions de réseau de proximité ont été organisées par NGLR pour cela. Le contrat local de santé a prévu de se charger des envois aux professionnels libéraux.
La maternité du CH expérimente l'utilisation de l'auto-questionnaire de repérage.
Une sage-femme a été dégagée en consultation à la Polyclinique pour les consultations en urgence. Elle peut être un pivot avec les professionnels libéraux dans le repérage et l'orientation des femmes vulnérables. NLR l'a incluse dans le groupe régional des sages-femmes référentes, ainsi elle a pu bénéficier des 2 journées de formation organisées par NLR et de l'expertise de ses collègues.

- **Partenariat Naitre en LR / Grandir en LR / P'titmip / Réseau maladie rares méditerranée (RMRM) pour le suivi des enfants touchés par un Ensemble de Troubles en Contexte d'Alcoolisation Fœtale (ETCAF)**

Partant du constat qu'une partie très minime des enfants touchés par une alcoolisation fœtale bénéficie d'un suivi adapté, l'objectif de cette collaboration est de cibler les partenaires et les actions qui pourraient contribuer à faire évoluer cet état des lieux alarmant.

Les 4 réseaux ont décidé de construire un partenariat pour mobiliser l'ensemble des acteurs. Les réseaux NLR et RMRM sont intervenus conjointement à l'occasion d'une rencontre organisée à Mende par l'ANPAA 48 et la DT ARS le 13 septembre 2016 pour sensibiliser les acteurs locaux à l'ETCAF.

Une réunion de concertation a été organisée le 30 septembre 2016 à Montpellier avec pour objectifs : 1/ de permettre à tous de mieux se connaître et 2/ d'identifier des actions à mettre en place pour le diagnostic et la prise en charge des enfants ETCAF. 32 personnes ont participé à la réunion :

- Les principales institutions concernées étaient représentées :
  - CAMSP
  - Différents services du CHU de Montpellier
  - Conseils départementaux (PMI, handicap)
  - Education Nationale
  - Réseaux périnatals et de suivi des enfants vulnérables (NGLR / P'timip)
  - Réseau maladies rares méditerranée
  - Réseau adolescents
  - Réseau addictologie / ANPAA
  - Professionnels libéraux
- Les principales professions concernées également :
  - Pédiatres
  - Pédopsychiatres
  - Neuro-pédiatres
  - Neuropsychologues
  - Travailleurs sociaux

Les participants ont fait le constat :

- De difficultés profondes :
  - Pour évoquer la prise d'alcool avec les parents
  - Pour diagnostiquer les enfants
  - Pour communiquer entre professionnels de santé
- Mais de ressources existantes :
  - Pour réaliser les diagnostics : services de neuro-pédiatrie et centre de référence Anomalie du développement,
  - Pour la prise en charge : services de PMI et CAMSP.

Une série de propositions d'action a été formulée pour chaque acteur : définition des critères d'inclusion en CAMSP, modalités de suivi en PMI, formation et sensibilisation des libéraux *via* les réseaux de suivi, modalités d'implication des centres de diagnostic. Les 4 réseaux partenaires devront décliner ces propositions sur les territoires.

- **Collaboration Naître en LR / Matermip**

Les réseaux NLR et Matermip ont déjà été amenés à collaborer sur la thématique des addictions par le passé. Dans le cadre des rapprochements des deux réseaux de la nouvelle grande région Occitanie, cette collaboration a pris la forme d'un véritable partenariat dans lequel les expériences et les

ressources sont mises en commun. Dans cette optique, une réunion pour faire un état des lieux des actions de chacun et identifier des points de convergences a été organisée à Toulouse le 9 mars 2016. Les propositions d'actions communes suivantes ont été retenues :

- Extension des postes de sages-femmes référentes addictions/vulnérabilités existant en Languedoc-Roussillon vers Midi-Pyrénées : Identification et formation.
- Inclusion d'un atelier « aborder les consommations d'alcool avec les femmes enceintes » dans la journée du réseau MATERMIP.
- Partages de nos outils respectifs : carte conceptuelle « Violences faites aux femmes » de Matermip et référentiels, fiches techniques et outils de NLR.

Au cours de l'année, les deux réseaux ont régulièrement interagi par mail et par téléphone, notamment autour de la mise en place des postes de sages-femmes référentes inspirée de l'expérience de NLR.

VIII.9.d. Perspectives 2017

- Animation du groupe de pilotage régional « périnatalité et addictions »
- Travail sur les référentiels : « Suivi de grossesse en fonction des addictions », «Anesthésie, analgésie chez les femmes enceintes avec une addiction»,
- Communication régionale : Site internet, diffusion des outils et partenariat avec la Fédération Addiction Sud,
- Animation des réseaux de proximité : lien avec le projet NGLR de repérage et de prise en charge des vulnérabilités, formations locales « périnatalité et addictions »
- Coordination des sages-femmes référentes vulnérabilités/addictions des maternités
- Aide au repérage des consommations de substances psychoactives et notamment d'alcool par les professionnels de périnatalité : formation et plaquette « Repérer et orienter »
- Améliorer le repérage et le suivi des enfants ETCAF en partenariat avec les réseaux Grandir en LR, Ptitmip et Maladies rares Méditerranée
- Collaboration avec Matermip : formation et échanges d'outils
- Formation « Violences faites aux femmes »