



Société française de  
MÉDECINE  
PÉRinataLE

**Fédération Française des Réseaux de santé en périnatalité  
(FFRSP)  
Société de Médecine périnatale (SFMP)**

**3<sup>ème</sup> Journée  
des Réseaux de Santé  
en Périnatalité**

**Judi 19 mars 2009**  
Lieu : **ASIEM** de 10 h à 17 h  
**6, rue Albert de Lapparent - 75007 Paris**  
Métro Ségur

<http://www.asiem.fr/contact.html>

Tél. : 01 42 73 13 36

Fax : 01 45 67 56 98

Contact e-mail [asiem@wanadoo.fr](mailto:asiem@wanadoo.fr)



**FFRSP**

Siège social : Réseau Sécurité Naissance, 1, allée Baco - 44000 NANTES  
[bernard.branger@naitre-ensemble-ploire.org](mailto:bernard.branger@naitre-ensemble-ploire.org)

# Programme

**Matin 10 h – 13 h**

## **A- Les RSP dans le nouveau paysage actuel**

Modérateurs : *D. LEMERY, X. HERNANDORENA*

L'avis de la CNN

Réseaux et recomposition des activités de soins

Organisation régionale de l'offre de soins

Le travail en Réseau

*F. PUECH, CNN*

*J. MALIBERT, DHOS*

*A-N. MACHU, DHOS*

*G. POUTOUT, CNEH*

**11 h15 – 11h 30 Pause**

## **B- Hémorragies du post-partum (HPP) (10 min/ communication)**

Modérateurs : *P. BOULOT, A. MIGNON*

1. Programme de gestion des risques sur les HPP  
*L. CONNAN, S. FAVRIN, B. GUYARD-BOILEAU, B. BOSSARD, D. PAQUIEN, Midi-Pyrénées*
2. Audit de conformité des ressources et des pratiques dans 24 maternités  
*B. BRANGER, Ph. GILLARD, S. VIOT, N. WINER, Pays de la Loire*
3. Impact d'un programme d'amélioration des pratiques sur la morbidité maternelle par HPP  
*JC. DUCLOY, G. DELATTRE, AS. J. SICOT, B. SICOT, E. CLOSSET, A. EGO, AS. DUCLOY-BOUTHORS, OMBREL, Lille*
4. Stratégies de prévention des HPP en Languedoc-Roussillon  
*E. MORAU, P. BOULOT, G. CRIBALLET, Y. BEKRAR, Languedoc-Roussillon*

**12 h 30 : Déjeuner libre**

**Après-midi 14 h – 17 h**

## **C- Suivi des enfants vulnérables (10 min/ communication)**

Modérateurs : *M. DAUTZENBERG*

1. Satisfaction des parents dans un réseau de suivi en Pays de la Loire  
*B. BRANGER, V. ROUGER, I. BERLIE, C. BOUDERLIQUE, Pays de la Loire*
2. Expérience du réseau PAULINE  
*M. POHER, P. TILMONT, Réseau PAULINE, Calais*
3. Logiciel obstétrico-pédiatrique partagé  
*C. RICHELME, A. CLAQUIN, S. SIX, E. SCARDINA, D. KROMER, JC. PICAUD, PACA-ESt, Haute-Corse, Monaco*

## **D- Démarche-qualité (10 min/ communication)**

Modérateurs : *A. SERRY, A. CLAQUIN*

1. Echange de pratiques sur l'allaitement : changer les comportements  
*F. BILLIAERT, JC. SOULARY, Naître dans le Douais, Douai*
2. Satisfaction des mères dans 22 maternités d'un RSP  
*B. BRANGER, F. LECOZ, N. WINER, M/ GASSIOT, E. MEROT, Réseau des Pays de la Loire*

3. Missions d'un Réseau périnatal de proximité  
*M. FILDORI, S. CASSET, M. FAUTRIER, Haut Nivernais, Clamecy*

### **E- Evaluation des RSP (10 min/ communication)**

Modérateurs : *M. GREMY, E. COMBIER*

1. Intérêt des comparaisons de pratiques de 3 RSP sur la grande prématurité  
*A. BURGUET, Bourgogne, Poitou-Charentes, Franche-Comté*
2. Recueil minimum d'indicateurs au service de l'évaluation épidémiologique  
*A. EGO, S. CARPENTIER, OMBREL, Lille*
3. Evaluation externe : participer, s'approprier, ne pas subir !  
*S. MILLOT, AC. MARCHAND, M. PALOT, Champagne-Ardenne*

### **F- Conclusion : Perspectives de la FFRSP**

- **Site Internet et systèmes d'information**  
= Echanges de travaux entre les RSP
- **Ateliers thématiques annuels et groupes de travail**  
= Journée des coordinateurs le vendredi 5 juin 2009 à Montpellier  
= Suivi des prématurés  
= Modèle d'évaluation (externe et interne) des RSP
- **Programmes de recherche en cours ou prévus**

**Fin à 17 h**

---

### **Communications dont le texte est joint**

- Stratégie de suivi des HPP autour d'un dossier-protocole  
*S. CHALONS, Martinique*
- Politique de réduction de la morbi-mortalité maternelle par HPP  
*A. BERTRAND, F. VENTIDELLI, D. LEMERY, Auvergne*
- Audit HPP dans le Réseau Périnat Sud (Marseille)  
*V. ZARKA, PACA-OUEST, Corse du Sud, Marseille*
- Evaluation de la prise en charge des HPP  
*C. CRENN-HEBERT, C. MENGUY, E. LEBRETON, A. LEFEBVRE, JM. MURAY, P. GARANCE, YM. FEVRIER, Réseau Val d'Oise, Ile de France*
- Entretien prénatal précoce  
*H. ROBERT, F. ROUGET, P. PLADYS, Ille-et-Vilaine, Rennes*
- Registre informatisé des naissances  
*S. CHALONS, Martinique*

**Fédération Française des Réseaux de santé en  
périnatalité (FFRSP)  
Société de Médecine périnatale (SFMP)**

**3<sup>ème</sup> Journée des Réseaux de Santé  
en Périnatalité**

**Hémorragies du post-partum**

## **Programme de gestion des risque en Midi Pyrénées sur les hémorragies du post partum**

*Laure CONNAN, Serge FAVRIN, Béatrice GUYARD-BOILEAU, Bertrand BOSSARD, Dominique PAQUIEN – Midi-Pyrénées*

Les hémorragies du post partum (HPP) représentent aujourd'hui un problème majeur en matière de santé publique en France. Le réseau de périnatalité de la région Midi-Pyrénées, MATERMIP, a donc entrepris un travail de gestion des risques sur ce thème. Nous avons dans un premier temps réalisé une étude rétrospective sur 2004 qui nous a servi de base à la diffusion d'outils d'amélioration des pratiques (protocoles, fiche spécifiques de surveillance, affiche, film...). Des audit ciblés ont également été réalisés sur ce thème dans certains établissements de la région. Après ces actions d'amélioration, une nouvelle évaluation des pratiques professionnelles dans la prise en charge de ces HPP a été conduite sous la forme d'une étude prospective en 2006-2007.

Sur 30298 accouchements enregistrés, 102 cas d'hémorragies graves ont donc été répertoriés au cours de cette étude prospective avec comme critères d'inclusion : les HPP survenues entre la naissance et 42<sup>ème</sup> jour post partum associées soit à une transfusion sanguine ou de produits dérivés du sang, soit à une co-intervention (chirurgie ou embolisation), soit à une hospitalisation en réanimation.

L'objet de ce travail est non seulement la présentation descriptive des résultats de l'étude au niveau des caractéristiques de la population prise en charge (parité, âge), le déroulement de l'accouchement, le diagnostic porté ainsi que les aspects organisationnels, les pratiques professionnelles, mais aussi la comparaison à la première étude de 2004.

L'étude note une tendance à l'amélioration en ce qui concerne les délais pour le diagnostic (30 min en 2007 versus 64 min en 2004), la mise en place d'un sac de recueil et d'une sonde vésicale, et le taux d'examen du tractus génital sous valve. Par contre, le suivi des recommandations du traitement médical et de révision utérine (encore ¼ des patientes sans RU) paraissent toujours à améliorer.

Les résultats de ce travail a été diffusé à l'ensemble des établissements du réseau avec mise en exergue des points à encore améliorer. De nouveaux protocoles sont en voie de rédaction. A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009, la déclaration au réseau des HPP graves est systématique.

La poursuite des actions et des évaluations dans notre région nous semble donc indispensable pour poursuivre l'amélioration de la prise en charge de ce type de pathologie.

## Audits de ressources et de pratiques dans la prévention et la prise en charge des hémorragies du post-partum dans les 24 maternités du Réseau « Sécurité Naissance - Naître ensemble » des Pays de la Loire

B. BRANGER, RSN ; Ph. GILLARD, responsable de la Commission Obstétricale du RSN, gynéco-obstétricien CHU Angers ; Ch. MONRIGAL, anesthésiste-réanimateur, CHU Angers ; Ph. DAVID, gynéco-obstétricien, CL Jules Verne, Nantes ; P. RADANNE, gynéco-obstétricien, CL Parc, Cholet ; C. PILLOT, cadre sage-femme, CH Le Mans ; D. CLOAREC, sage-femme, CL Anjou, Angers ; R. COLLIN, sage-femme, CHU Nantes ; S. VIOT, étudiante sage-femme, Nantes.

### Méthodes

La Commission obstétricale du RSN a décidé de réaliser les audits à partir de 2006 sur les ressources et les pratiques de la prise en charge et la prévention de l'hémorragie du post-partum (HPP). Une équipe d'audit a été constituée. Une séance d'audit commençait par un rappel des recommandations par le gynéco-obstétricien et l'anesthésiste qui réalisaient cette visite, puis continuait par le remplissage d'une grille de ressources, et le remplissage d'une grille de procédures à propose de 4 à 5 cas sélectionnés par les équipes. Les visites ont débuté en mai 2006 et se sont terminées en octobre 2008 soit 29 mois pour les 24 maternités, au rythme d'une visite par mois environ.

### Résultats

#### - Audit des ressources

Les points à noter dans l'audit de ressources étaient les suivants : les protocoles (en fait des fiches techniques) existaient dans toutes les maternités, la plupart ayant été réalisés le plus souvent à l'occasion de la visite ; le sac de recueil était disponible dans presque toutes les maternités, certains avant les recommandations, la plupart depuis cette date ; en l'absence de compétence chirurgicale, les liens avec la chirurgie viscérale étaient rarement formalisés ou organisés ; il y avait peu de séances d'audit ou de débriefing organisés en cas d'HPP constatée ; il y avait peu de maternités avec une fiche spécifique destinée à la surveillance des hémorragies, rendant ainsi difficile l'examen des dossiers.

#### - Audit des pratiques

Les cas étaient laissés au libre choix des maternités. Au total, 95 cas d'HPP ont été présentés (4.3 cas par maternité en moyenne). Les résultats principaux sont montrés dans le tableau de conformité. Les points à améliorer seront listés.

**Tableau : Taux de conformité global**

	AVB n=65	Per- césarienne n=18	Post- césarienne n=18	Total
Délivrance dirigée (%)	70.7	--	--	70.7
Heure de l'HPP notée (%)	61.1	83.3	53.8	66.0
Quantification des pertes de sang (%)	50.8	64.7	23.5	47.9
DA – RU (%)	70.8	--	--	70.8
Examen sous valves (%)	64.6	--	--	64.6
HPP par atonie persistante				
- Sulprostone (% de réalisés)	90.8	86.7	100	91.8
- Délai <30 min (%)	56.0	70.0	40.0	54.5
Feuille de surveillance spécifique (%)	55.0	50.0	33.3	50.9

### Perspectives

Un nouvel audit avec des critères plus ciblés sera organisé en 2009 sur 10 dossiers d'accouchement normal (pour la prévention), et sur les 5 derniers cas d'HPP par voie basse. Des taux de conformité par maternité seront calculés.

## Impact d'un programme d'amélioration des pratiques professionnelles au sein d'un réseau périnatal sur la morbidité maternelle par hémorragie du post-partum.

Jean-Claude DUCLOY\*, Gaëlle DELATTRE \*\*, Jérôme SICOT\*\*, Bérengère SICOT\*\*\*, Emmanuel CLOSSET\*\*\*, Anne EGO\*, Anne-Sophie DUCLOY-BOUThORS\*\*\*.

\*Réseau de soins périnatals OMBREL métropole Nord France, \*\*SAMU régional Nord France, \*\*\*Maternité Jeanne de Flandre Centre hospitalier régional 59037 Lille France ; [asducloy@chru-lille.fr](mailto:asducloy@chru-lille.fr)

**Introduction:** L'hémorragie du post-partum (HPP) est rarement prévisible et peut survenir dans toutes les maternités quel que soit le niveau de soins périnatals. Un programme d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) portant sur la prise en charge de l'HPP a été mis en place au sein du réseau périnatal selon les RPC. Le but de ce travail est de mesurer l'impact de cet EPP sur la morbidité maternelle.

**Matériel et méthode :** L'EPP a comporté:

- En 2004, recueil des protocoles de soins des maternités; comparaison aux RPC et synthèse sous forme d'un protocole commun chronométré, d'une feuille commune de réanimation, d'affiches et d'un document pédagogique.
- En 2005 et 2006, formation et diffusion du protocole auprès des personnels médicaux et soignants des maternités du réseau par des binômes-formateurs obstétriciens /urgentistes /anesthésistes.
- En 2007, mesure comparative de la morbidité maternelle entre 2004 avant l'EPP et 2006 après la formation. Les patientes transférées pour HPP sont sélectionnées à partir de leur fiche de transfert SAMU. Sont recueillis la conformité au protocole, les délais de prise en charge, le nombre de patientes transfusées et embolisées.

**Résultats :** Les résultats sont décrits dans le tableau. Bien que le nombre d'observations soit limité, sont observés une meilleure détection de l'HPP (0.88% vs 1.25%) et une meilleure prise en charge initiale et un transfert plus rapide lorsque l'hémorragie devient sévère. La réduction de la morbidité est attestée par l'absence de signes de choc hémorragique au moment du transfert et par le moindre recours aux transfusions, traitements complémentaires et à l'embolisation. Cette moindre morbidité permet un retour en maternité d'origine plus précoce après 12 heures de surveillance continue.

**Discussion et conclusion :** Améliorer la prise en charge initiale de l'hémorragie peut être un objectif prioritaire des réseaux de soins périnatals. La formation et la mobilisation de l'ensemble des personnels au plus proche de la patiente pourraient réduire l'évolution sévère et la morbidité comme le suggère les recommandations de la FIGO, et l'étude PYTHAGORE. En effet, tout délai de détection et de traitement contribue à la sévérité du choc hémorragique et l'évolution morbide voire mortelle. La place des réseaux dans cette formation et l'EPP semble de ce point de vue capitale aussi bien en France qu'à travers le monde.

Tableau : Comparaison de la prise en charge et de la morbidité relative à l'HPP sévère avant et après l'EPP (EPP) du réseau. NB : Pas d'hystérectomie d'hémostase ni de mort maternelle par HPP dans cette population avant transfert.

	2004 Avant EPP	2006 Après EPP
Accouchements (bas risque)	21373	20 619
HPP	189	259
Transfert en unité de surveillance continue obstétricale (usco)	16	13
Délai de transfert (min)	205 (90-300)	158 (60-270)
Choc hémorragique	5	0
Transfusion	5	2
TTT complémentaire procoagulant	9	4
Embolisation	7	2
Sortie d'Usco après 12 heures	11/16	12/13

**HPP : Réflexions sur le travail des anesthésistes au sein du réseau « Naître en Languedoc Roussillon »**

Estelle MORAU (1), Yamina BEKRAR (2), Gisèle CRIBALLET (3), Clotilde DECHANET (1), Pierre BOULOT (3)

(1) CHU Montpellier, (2) CH Perpignan, (3) Réseau Naitre en Languedoc Roussillon

Les HPP représentent la plus grande part de la morbidité maternelle. L'optimisation de leur prise en charge est une priorité nationale. En Languedoc Roussillon, au sein du réseau « Naître en Languedoc Roussillon » un groupe d'anesthésistes a travaillé pour réaliser des supports simples et parlants pour les équipes soignantes dans le but d'optimiser les prises en charge.

Méthodes:

Des protocoles écrits basés sur les RPC (Recommandations pour la Pratique Clinique) ont été rédigés par des anesthésistes issus des maternités de la région. Un poster de synthèse réunissant une chronologie des gestes à réaliser et incluant un mémo phone pour chaque établissement a été réalisé. Chaque maternité a reçu entre 2005 et 2006 les posters personnalisés plastifiés et les protocoles ; des séances de formations itinérantes s'adressant à tous les professionnels impliqués ont été mises en place. Courant 2008, avant une procédure d'actualisation, une évaluation de ces actions s'est déroulée dans les maternités : recherche de l'utilisation des supports du réseau : poster et protocoles. Dans le même temps ont été recensés les actions propres de chaque maternité (mise en place d'EPP, création d'une feuille de surveillance spécifique). Un questionnaire à l'attention des équipes sage femmes a également été diffusé pour connaître les automatismes acquis des équipes dans la gestion des HPP (reprenant les items du protocole et du poster).

Résultats:

		Outils communs créés par le groupe de travail du réseau		Outils propres non créés par réseau	
		Utilisation Poster	Utilisation Protocoles régionaux	Utilisation feuille recueil spécifique	Mise en place EPP
Toutes Maternités	n/total	20/21	19/21	3/21	3/21
	% DS	<b>95,24</b> (4,65)	<b>90,48</b> (6,40)	<b>14,28</b> (7,64)	<b>14,28</b> (7,64)

EPP : Evaluation Pratiques Professionnelles, (DS) : DéviationStandart

		Eléments de prise en charge du protocole						
		RAI à entrée	Seconde voie veineuse	Sonde urinaire	Evaluation répétée hémoglobine	Chronométrage	Coordonnées centre embolisation	Délivrance dirigée
Toutes Maternités	n/total	20/21	19/21	18/21	20/21	19/21	19/21	12/21
	% DS	<b>95,24</b> (4,65)	<b>90,48</b> (6,40)	<b>85,71</b> (7,64)	<b>95,24</b> (4,65)	<b>90,48</b> (6,40)	<b>90,48</b> (6,40)	<b>57,14</b> (10,8)

### Discussion

Plus de deux ans après, les outils proposés par le réseau périnatal restent « des références » en région avec une utilisation presque maximale. Peu d'autres actions, pourtant recommandées (édition d'une feuille de surveillance spécifique, mise en place d'EPP) ont été développées par les maternités. Les actions du réseau représentent un support certain aux maternités en particulier les plus petites.

Il semble, par ailleurs que les messages diffusés par les anesthésistes au sein du réseau à l'attention des sage femmes en terme de sécurité maternelle soit largement connu. Pour ces pathologies rares et sérieuses, l'existence et la connaissance d'un protocole simple est probablement rassurant pour les équipes soignantes en particulier les sages femmes (souvent initialement seules avec la patiente) qui semblent en maîtriser l'application.

Nous rapportons ici l'utilité du travail des anesthésistes au sein du réseau ; un suivi prospectif et exhaustif associé à une expertise des cas d'HPP en région est l'étape suivante pour juger de l'efficacité de ce travail.

**Politique de Réduction de la morbi-mortalité maternelle au sein du RSPA par hémorragie de la délivrance**  
*A. BERTRAND, F.VENDITTELLI, D.LEMERY – Réseau Auvergne*

La lutte contre la mortalité maternelle est une priorité mondiale de l'Organisation Mondiale de la Santé à travers le monde. En France, l'hémorragie du post-partum est la cause de morbi-mortalité maternelle qui est la plus fréquente et qui a la plus grande évitabilité. Un des objectifs pour 2008 du plan de Périnatalité 2005-2007 est de réduire le taux de mortalité maternelle français à 5 pour 100 000 naissances vivantes.

Les objectifs du Réseau de Santé Périnatale d'Auvergne (RSPA) sont donc ceux des plans de santé périnatale nationaux, mais ramenés à l'échelle de notre région.

L'objectif de notre travail a été de produire un « kit » (développé à partir des résultats d'un audit organisationnel), pour les équipes obstétricales des maternités du RSPA, afin d'améliorer la lutte contre les hémorragies du post partum. Ce kit comprend trois parties.

La première partie contient des éléments de Formation Médicale Continue en se basant sur les recommandations émises par le Collège National des Gynécologues Obstétriciens de France en 2004 et en insistant sur les techniques chirurgicales d'hémostase et les placentas accreta.

La deuxième partie est composée d'éléments pratiques pour faciliter la prise en charge des hémorragies (un poster, un magnet, un exemple de feuille de recueil).

La troisième partie est constituée d'un Audit clinique ciblé sur ce thème, à remplir par chaque maternité pour suivre les progrès dans la prise en charge.

Le « kit » a ensuite été diffusé dans chaque maternité du Réseau lors d'une « tournée » animée par deux intervenants du Réseau, renforçant ainsi les échanges entre les membres du RSPA et les équipes obstétricales.

## **Mise en application d'un protocole concernant l'hémorragie du post-partum dans le Réseau Périnat Sud**

*Valérie ZARKA - Réseau Périnat Sud (Paca Ouest Corse Du Sud)*

### **Protocole d'étude**

Le 31 Août 2005, le Réseau PERINAT-SUD a diffusé aux 34 maternités adhérentes un protocole « Hémorragie du Post-Partum immédiat » (HPP).

En 2007, le réseau a réalisé une étude rétrospective dont l'objectif était d'évaluer la mise en application du protocole dans le cas d'une HPP grave prise en charge par NALADOR et/ou chirurgie et/ou embolisation. La méthode utilisée a été un audit sur dossier. Un accord de participation après information a été demandé aux chefs de service et directeurs : 15 établissements de santé (ES) ont participé à l'audit soit 46.8 % ; la prévalence de l'HPP grave a été de 4.77%. 143 dossiers ont été audités.

### **Résultats**

Il n'y a pas eu de facteur de risque identifié : âge moyen 30.8 ans, primipares 39.2%, grossesse monofoetale 90.1 %, accouchement par voie basse spontanée 52.9 %, par césarienne 30.7%, par extraction instrumentale 16.4 % . L'étiologie était l'atonie utérine dans la majorité des cas (62.2%), non renseignée dans 12.6 % des cas.

Le délai médian entre la naissance et le diagnostic d'HPP était de 30 minutes avec un minimum de 0 et un maximum de 12 heures. 111 HPP ont été prises en charge par NALADOR exclusivement (77.6%), 7 HPP ont été prises en charge par chirurgie exclusivement (4.9%), 1 HPP a été pris en charge par embolisation exclusive (0.7%), 16 HPP ont été prises en charge successivement par NALADOR puis chirurgie (11.9%), 6 HPP ont été prises en charge successivement par NALADOR puis embolisation (5.6%), 2 ont été traitées successivement par NALADOR puis embolisation puis chirurgie (1.4%). Le protocole d'administration du NALADOR (posologie –1 ampoule sur 1H- et délai de 30 minutes maximum après le début de l'hémorragie) a été respecté dans 36.9 % des cas. Le type de chirurgie a été conservatrice comme recommandé dans le protocole dans 52.0 % des HPP chirurgicales. Sur les 143 cas d'HPP audités, 33 ont reçu une transfusion soit 23.1 %, avec une grande disparité selon le type de l'établissement : 58,3% en type 3, 9,7% en type 2 et 14,3% en type 1. Nous n'avons pas pu évaluer correctement les délais entre la décision thérapeutique de chirurgie ou embolisation et le début effectif du traitement par absence de traçabilité des horaires dans les dossiers.

### **Actions correctrices proposées**

Mettre dans le dossier patient une fiche dédiée qui sera un support de traçabilité avec les horaires clairement notifiés, diffuser une 2° version du protocole plus explicite sur certains points (délais de prise en charge, indications de transfusion, indications d'embolisation...), rédiger pour le réseau un protocole d'organisation pour les embolisations des artères utérines en cas d'HPP (validé le 1°/12/2008), mettre en place une enquête prospective afin de réévaluer la mise en pratique du protocole (commencée le 1°/01/2008, elle se terminera le 30/4/2008).

## **Evaluation de la prise en charge des hémorragies du post-partum HPP au sein du réseau périnatal du Val d'Oise RPVO: données PERINAT-ARHIF**

*Catherine CRENN-HEBERT\**, *Claudie MENGUY\**, *Elodie LEBRETON\**, *Anne LEFEBVRE\*\**, *Jean-Michel MURAY\*\**, *Patrick GARANCE\*\**, *Yves-Marie FEVRIER\*\*\**

*\*PERINAT-ARHIF (Agence Régionale d'Hospitalisation d'Ile de France) [www.perinat-arhif.org](http://www.perinat-arhif.org),*

*\*\* RPVO, \*\*\* Conseil général du Val d'Oise*

Le territoire de RPVO est un département de la grande couronne d'Ile de France, où ont eu lieu 18624 soit 10.4% des naissances vivantes domiciliées franciliennes en 2007 (INSEE). Il associe 11 établissements (5 types I, 2 IIA, 2 IIB, 2 III) qui ont enregistré 19510 accouchements en 2007 dont 24% en type I, 16% en IIA ; 25% en IIB, 35% en III avec 67.7 % dans le public et 32.3% dans le privé.

Une réflexion sur la prise en charge des HPP et les transferts à haut risque hémorragiques au sein du réseau est en cours depuis sa création. 4 établissements du réseau ont réalisé des embolisations en 2007.

**Méthode :** PERINAT-ARHIF est un système d'information en périnatalité développé à la demande de l'ARHIF. Le but est de disposer d'une base de données à partir des systèmes d'informations existants, analysée en partenariat avec les professionnels de la périnatalité, à l'échelle des réseaux périnataux. RPVO est site pilote depuis 2006, sur le PMSI. Les résumés de séjour anonymisés RSA sont collectés auprès des services d'information médicale des établissements du réseau. Le chaînage inter-établissement est recherché avec le numéro d'anonymisation unique par patient. Une démarche spécifique fondée sur le retour des informations, est instaurée pour en développer la qualité. Les résultats comparatifs sont présentés au comité médical, qui valide le rapport annuel. Les données 2007 ont été présentées en juin 2008 et le 2<sup>ème</sup> rapport décrivant l'évolution 2006-2007 est en cours de relecture avec la comparaison des données extraites des certificats de santé.

**Résultats :** Le nombre d'accouchements enregistrés dans les maternités du réseau a progressé de 2% entre 2006 et 2007 alors que le nombre d'HPP augmentait de 5%. Il est de 696 en 2007 soit 3.6% des accouchements totaux, 1.6% en type I, 2.3% en IIA, 4.7% en IIB (32% des HPP) et 4.7% en III.(47% des HPP). 30.6 % des séjours d'accouchement avec HPP n'ont pas d'acte associé notifié, 65.8% ont une révision utérine, 2.9% une transfusion, 3.0 % une embolisation et 1.7% une chirurgie d'hémostase. 55 embolisations ont été réalisées pour HPP dans les établissements du réseau (85% dans un des types III), 21 sur le lieu d'accouchement (38%) et 34 après transfert. Seulement 6 séjours ont pu être chaînés entre lieu d'accouchement et lieu d'embolisation. L'HPP est retrouvée dans 23 (49%) des 47 passages par mutation en réanimation après accouchement.

**Discussion :** Le taux d'HPP (définie par une perte sanguine supérieure à 500ml, impliquant une conduite active d'après le CNGOF en 2004) est inférieur au taux admis de 5% , inférieur au taux régional de 4 % (qui varie selon les départements de 2.1 à 5%) en 2007. On peut penser que l'exhaustivité de l'enregistrement est en progression témoignant de l'intérêt des professionnels pour décrire leurs pratiques. Le chaînage des séjours inter-établissement n'est pas performant actuellement, pénalisant l'étude des transferts par ce système.

**Conclusion :** RPVO dispose d'une source de données, à confronter à celles des services de radiologie et du SAMU pour l'évaluation des pratiques en cas d'HPP.

**Fédération Française des Réseaux de santé en  
périnatalité (FFRSP)  
Société de Médecine périnatale (SFMP)**

**3<sup>ème</sup> Journée des Réseaux de Santé  
en Périnatalité**

**Suivi des enfants vulnérables**

## **Satisfaction des parents dans le Réseau de suivi des prématurés et des enfants à risques « Grandir ensemble » des Pays de la Loire**

V. ROUGER<sup>1</sup>, B. BRANGER<sup>2</sup>, A. BEUCHER<sup>1</sup>, C. BOUDERLIQUE<sup>1</sup>, S. BLAYO<sup>1</sup>, E. LE MAUFF<sup>1</sup>, JC. ROZE<sup>3</sup>, L. MORET<sup>4</sup>, C. PAILLÉ-RICOLLEAU<sup>3</sup>, S. N'GUYEN<sup>1</sup>, N. WINER<sup>2</sup>, et les médecins référents du Réseau « Grandir ensemble »

<sup>1</sup> « Grandir ensemble », Nantes

<sup>2</sup> Réseau « Sécurité Naissance – Naître ensemble » des Pays de la Loire, Service de Gynéco-

<sup>3</sup> Service Réanimation néonatale, CHU, Nantes

<sup>4</sup> PIMESP, CHU, Nantes

Le Réseau « Grandir ensemble » est un Réseau de suivi des prématurés d'âge gestationnel (AG)  $\leq 32$  SA et de nouveau-nés à risques. L'inclusion se fait dans les services de néonatalogie et le suivi se fait à date fixe jusqu'à l'âge de cinq ans par les médecins habilités du Réseau et par une consultation spécialisée de neuropsychologues à l'âge de deux ans.

### **Méthode**

Un questionnaire issu du CSS-VF (*Consumer Satisfaction Survey, version française*) a été adressé aux parents dont les enfants avaient atteint l'âge corrigé de 2 ans, en stratifiant sur le notion d'anomalies. Le questionnaire comprenait 39 questions, dont 8 items spécifiques du Réseau et 31 issus du CSS. Les réponses étaient codées selon une échelle ordinaire de Likert à 5 modalités. Le questionnaire a été adressé avec deux relances en septembre 2006 par voie postale.

### **Résultats**

Sur les 300 questionnaires adressés, 269 ont été retournés soit un taux de réponse de 89.7 %. Les réponses aux items correspondant à une impression globale comme la « Q35. Nous sommes satisfaits de soins reçus dans le Réseau » ont obtenu un score de  $16.1 \pm 0.7$  sur 20 et un pourcentage de « Tout à fait d'accord » et « Plutôt d'accord » de 90 %. La question « Q37. Les soins reçus sont parfaits » avait un score de  $14.6 \pm 0.7$  sur 20 avec 78 % d'accord. Le score moyen pour 30 questions communes à tous les enfants était de  $14.6 \pm 3.1$  avec une médiane de 14.9 (étendue de 4.5 à 20). Le score global obtenu a été inférieur pour les enfants avec anomalies avec  $13.7 \pm 3.3$  versus  $14.9 \pm 2.9$  ( $p < 0.01$ ). Les réponses avec un score bas ont été définies par un score global  $< 10$  soit 22 parents (8.2 %). Il n'existait pas de liens significatifs entre le score global ou le score de satisfaction (Q.25) et les données néonatales. La validité de ce type de questionnaire paraît satisfaisante et a révélé deux composantes avec, d'une part, les avis sur les consultations médicales, et, d'autre part, les consultations des neuropsychologues.

### **Discussion**

Une enquête postale de ce type permet de connaître l'avis des parents sur le suivi de leur enfant avec ou sans anomalie. Le sentiment d'appartenir au Réseau, la qualité de la relation et de l'empathie des médecins, ainsi que les nombreux contacts de la coordinatrice peuvent expliquer ce bon indice de satisfaction. Ce type de questionnaire est à faire régulièrement dans un Réseau de suivi des enfants à risques de handicap. Il permet aux professionnels de vérifier l'adéquation des objectifs du Réseau avec les attentes des patients.

# Réseau de santé périnatale et grande prématurité : expérience du réseau PAULINE

M. POHER, M. TILMONT – Pauline, Calais

## Objectifs

Evaluer la prise en charge de la grande prématurité (AG inférieur à 29 semaines) dans le cadre d'un réseau de soins

## Méthodes

Le réseau de santé PAULINE regroupe 8 maternités et 5 services de néonatalogie du littoral Nord-Pas-de-Calais et de l'Audomarois (11 000 naissances par an). Une politique de transfert in utero a été favorisée depuis 2000 et un suivi de la grande prématurité organisé dans les différents bassins de vie, par les pédiatres des services de pédiatrie et des 4 CAMSP, avec une évaluation clinique et neuropsychologique à 2 ans (Brunet-Lézine) et 4 ans (WPPSI-R). Les données sont saisies et exploitées sous Epi-Info®.

## Résultats

Entre le 1<sup>er</sup> janvier 2000 et le 31 décembre 2005, 213 nouveau-nés d'AG inférieur à 29 semaines ont été pris en charge (AG moyen: 26,5 semaines, PN moyen: 920g). 81,1% sont nés en niveau III. 22,6% sont décédés (24 sem: 73,7%, 25 sem: 36,4%, 26 sem: 29,3%, 27 sem: 9,8%, 28 sem: 7,4%). 40,8% des nouveau-nés sortis vivants ont présenté une dysplasie broncho-pulmonaire, 7,9% une leucomalacie kystique, 9,1% une rétinopathie.

Le devenir à 2 ans d'âge corrigé (144 prématurés nés entre le 1<sup>er</sup> janvier 2000 et le 31 décembre 2003): 83,5% des sortis vivants ont été évalués (AG moyen: 26,9 sem, PN moyen: 971g). 44% ont bénéficié d'une prise en charge (CAMSP, kinésithérapie). 9 enfants (10,5% des suivis) présentent une infirmité motrice cérébrale (diplégie:4, hémiplégie:1, quadriplégie:2) et 5 des anomalies du tonus non spécifiques. La marche est acquise chez 88,4% des enfants (âge corrigé moyen: 15 mois). 1 enfant présente une surdité appareillée, 12 des troubles de la vision (strabisme, trouble de la réfraction). Un test de Brunet-Lézine a été réalisé chez 23 enfants. QD global: 85 (extrêmes: 70-111), avec un déficit plus marqué pour le langage (QDL moyen: 78, 60-112).

Une évaluation à 4 ans a été réalisée chez 44 des 52 enfants nés en 2000 et 2001 et sortis vivants. 8 enfants présentent un déficit moteur (monoplégie:1, hémiplégie:1, diplégie:6) et 2 une ataxie. Une évaluation psychométrique par WPPSI-R a été réalisée chez 16 enfants. QI global: 102 (66-149), QI verbal: 103 (47-149) et QI performance: 97 (62-139). Des troubles de l'attention sont relevés chez 41% des enfants suivis, une hyperactivité chez 25%, des troubles du sommeil chez 27% et des difficultés du langage chez 30%. Des troubles praxiques sont présents une fois sur deux. 1 enfant présente une surdité modérée non appareillée et 9 une anomalie visuelle nécessitant le port de lunettes. Un asthme est signalé chez 7 enfants.

## Conclusion

La mise en place des réseaux de soins a permis une meilleure prise en charge périnatale de la grande prématurité, grâce au transfert in utero. Le suivi au long terme s'avère un complément indispensable. Notre étude, malgré ses insuffisances, a permis une sensibilisation des différents intervenants (pédiatres, kinésithérapeutes) à la prise en charge de cette population, faible quantitativement, mais présentant un risque élevé de déficit moteur ou d'anomalies du comportement.

## **Intérêt d'un logiciel obstétrico-pédiatrique partagé pour l'amélioration de la qualité du suivi des nouveau-nés prématurés**

Ch. RICHELME, A. CLAQUIN, S. SIX, E. SCARDINA, D. KRÖMER, J.C. PICAUD

*Réseau Sécurité Naissance PACA-Est, Haute Corse, Monaco- Groupe Hospitalier Archet, BP 3057, 06202 NICE cedex 3*

La publication récente de l'étude Epipage (*Lancet 2008 ; 371 : 813 - 820*) concernant le devenir neurologique à 5 ans des nouveau-nés prématurés de moins de 33 SA a confirmé que, malgré les progrès actuels en périnatalogie, l'évolution neurologique, neurosensorielle et neurocognitive de ces enfants était moins bonne que celle des nouveau-nés à terme. Cette étude française unique en son genre par son caractère exhaustif, confirme l'impérieuse nécessité de suivre systématiquement ces enfants à risque dont le nombre est croissant. Le plan périnatalité mis en place en 2005 ainsi que le cahier des charges des réseaux en périnatalité de 2006 ont insisté sur l'importance de ce suivi, mais si des moyens significatifs ont été attribués aux réseaux pour améliorer ce suivi, aucune harmonisation de l'organisation pratique n'a été encouragée et aucun outil n'a été proposé. Cela a eu comme conséquence que, si ce suivi est organisé dans toutes les régions françaises, ses modalités sont très diverses.

Le Réseau Sécurité Naissance PACA-Est Haute Corse Monaco, qui couvre une région de taille intermédiaire comptabilisant environ 17000 naissances par an, a dès sa création, fait le choix de privilégier un réseau unique obstétrico-pédiatrique permettant de suivre dans un même dossier informatisé, pour les situations maternelles ou pédiatriques à risque, le déroulement de la grossesse, les événements survenant autour de l'accouchement, la période néonatale en réanimation pédiatrique et/ou en néonatalogie du nouveau né, ainsi que le suivi du développement de l'enfant jusqu'à 4 ans.

Le logiciel Evanaissance que nous avons créé et qui sera présenté en détail lors de la communication est utilisé par les services de néonatalogie du CHU ainsi que par les services de néonatalogie des hôpitaux généraux et les CAMSP de notre région qui assurent le suivi de ces enfants. Il permet la constitution d'une base de données unique dans laquelle sont regroupées toutes les informations qui permettront de corréler le devenir des enfants à leur parcours péri et post natal. Ce logiciel est hébergé sur un serveur extérieur aux structures hospitalières et accessible aux personnes autorisées par un simple accès Internet pour la saisie des données. Chaque centre peut accéder à l'ensemble de ses propres données, l'accès à la totalité de la base étant limité au coordonnateur du réseau.

Actuellement sont saisies pour la partie obstétricale, des données concernant les femmes enceintes ayant bénéficié d'un transfert in utero. Pour la partie pédiatrique, sont colligées des données sur le motif et le déroulement de l'hospitalisation de tous les nouveau-nés hospitalisés en réanimation néonatale et/ou en néonatalogie et des données sur le suivi des nouveau-nés\* prématurés de moins de 33SA. Une évolution est prévue pour élargir le suivi systématique à tous les nouveau-nés vulnérables dont les grands prématurés ne constituent qu'une partie.

*(\*) : Les nouveau-nés intégrés dans la base de données sont seulement ceux qui sont transférés directement depuis une maternité vers un service de réanimation néonatale et/ou de néonatalogie*

**Fédération Française des Réseaux de santé en  
périnatalité (FFRSP)  
Société de Médecine périnatale (SFMP)**

**3<sup>ème</sup> Journée des Réseaux de Santé  
en Périnatalité**

**Démarche-qualité**

## **Groupes d'échange de pratique pluridisciplinaires sur l'allaitement en réseau de périnatalité : changer les comportements des professionnels**

*Fabienne BILLIAERT, Médecin généraliste, Jean-Claude SOULARY, Médecin généraliste - Réseau « Naître dans le Douaisis »*

### **Contexte**

Face au faible taux d'allaitement maternel du district, le réseau périnatal de proximité du Douaisis réagit et met en place les outils recommandés : une formation et un Groupe d'Echanges des Pratiques (GEP). Cette intervention s'inscrit dans un Plan Régional de Santé Publique (PRSP) .

### **Objectif**

Évaluer qualitativement l'impact d'une formation pluridisciplinaire sur l'allaitement par un GEP, étape intermédiaire à une mesure future sur les indicateurs de santé .

### **Matériel et méthodes**

Les objectifs de la formation autour de l'allaitement étaient : aborder le champ des représentations, modifier les comportements, respecter le souhait de la femme. Un GEP a lieu 3 mois après la formation en mesure d'impact. Un auditeur enregistrait les échanges du GEP et vérifiait que les objectifs étaient atteints.

### **Résultats et discussion**

Le groupe constitué de sage femmes, médecins généralistes , puéricultrices , a échangé 4 heures .Tous se sont exprimés..Les apports du GEP sont principalement : un renforcement de la communication entre professionnels en période précoce, la reconnaissance de la pratique de l'autre, une écoute du couple parental, l'expression d'une culpabilité du professionnel en cas d'arrêt précoce, la représentation magique du complément de lait artificiel, la découverte de la norme intime.

### **Conclusion et perspectives**

Sur le thème de l'allaitement le GEP a permis d'atteindre l'objectif défini : l'évaluation qualitative sur une thématique de changement de comportements professionnels.

## **Satisfaction des mères et des couples dans un Réseau de santé en périnatalité.**

*B. BRANGER<sup>1</sup>, F. LE COZ<sup>2</sup>, Ph. GILLARD<sup>3</sup>, E. MEROT<sup>4</sup>, M. GASSIOT<sup>5</sup>, N. WINER<sup>6</sup>, et les membres de la commission des usagers du Réseau « Sécurité Naissance – Naître ensemble » des Pays de la Loire*

<sup>1</sup> Médecin coordinateur, Réseau « Sécurité Naissance – Naître ensemble » des Pays de la Loire

<sup>2</sup> Sage-femme, Angers

<sup>3</sup> Gynéco-obstétricien, CHU Angers

<sup>4</sup> Cadre sage-femme, CH Ancenis

<sup>5</sup> Responsable de la Commission des usagers

<sup>6</sup> Gynéco-obstétricien, CHU Nantes, président

### **Méthodes**

Chaque maternité volontaire a recueilli la liste de toutes les naissances sur une semaine en mars-avril 2008. Un premier envoi des questionnaires a été effectué par la poste avec enveloppes timbrées pour la réponse deux mois après en mai et juin 2008. Une deuxième relance en juillet 2008. La plupart des réponses étaient codées selon une échelle de Likert avec 5 degrés avec « très satisfaite », « assez satisfaite », « satisfaite », « pas très satisfaite », « sans opinion », avec un cotation respective de 5 à 1. Les résultats montrent les taux de « satisfaites » avec des diagrammes en rayon, et des notes /5.

### **Résultats**

Au total, 424 réponses ont été obtenues dans 22 maternités (/ 24) du Réseau et sur les 524 questionnaires adressés (taux de réponse de 80.9 %). La comparaison des mères ayant répondu à celles n'ayant pas répondu a montré une sur-représentation des cadres et professions intermédiaires et d'un département. Le délai de réponse moyen par rapport à la naissance a été de 10 semaines  $\pm$  1 (8 à 26). L'entretien prénatal précoce (dit du 4<sup>ème</sup> mois) était ignoré (le mot) par 58 % des femmes, mais satisfaisant pour celles qui l'ont eu, tandis que la préparation à la naissance, les informations sur les échographies, sur les tests sanguins de dépistage ont été jugées satisfaisantes. 13.2 % des femmes ont été hospitalisées, et dans 94.9 % des cas, les informations ont été obtenues avec 96.5 % de satisfaction des explications données. Les mères ont été satisfaites pour le suivi de grossesse à 95.4 %. Des graphes en rayon sont présentés.

A l'accouchement, l'accueil a été bien perçu avec 94.7 % de satisfaites, comme l'attention portée avec 93.5 % de satisfaites. Le score de satisfaction pour l'accouchement en général (avec ou sans césarienne) a été de  $16.5 \pm 4.0$  (sur 20) avec 92.5 % de satisfaites. Le score pour les césariennes a été de 16.3 versus 16.6 pour les voies basses (NS) ; en cas d'anesthésie de 16.5 versus 16.7 (NS) ; en cas d'épisiotomie de 15.9 versus 16.9 ( $p < 0.05$ ).

La durée de séjour en post-partum a été trouvée trop courte dans 4.8 % des cas (4.7 jours), correcte dans 78.6 % (4.8 jours), trop longue dans 15.9 % (4.8 jours). Le score de satisfaction pour l'accouchement en général (avec ou sans césarienne) a été de 16.5 avec 92.5 % de satisfaites. 73.1 % des mères étaient plutôt d'accord à propos des informations utiles pour s'occuper du bébé. 77.8 % ont considéré que l'allaitement s'est bien passé.

Le score total pour la grossesse et l'accouchement a une moyenne de 16.1, avec 95.7 % de satisfaites. Les facteurs de mécontentement pour 17 femmes ont été les suivants : département, choix de la maternité par proximité, existence d'une épisiotomie.

### **Conclusion**

Les femmes et les couples répondent à ce type d'enquête et semblent satisfaits des soins proposés, conformément aux données publiées. Une enquête avec des questions plus spécifiques en cas de transferts maternels ou néonatal sera organisée.

## MISSIONS D'UN RESEAU PERINATAL DE PROXIMITE

*Michel FILIDORI, gynécologue obstétricien, Stéphane CASSET, médecin généraliste, Marie FAUTRIER, coordinatrice Administrative - Le réseau « Réseau de Santé du Haut Nivernais »*

### **Contexte**

Un territoire rural (bassin d'attraction du Centre Hospitalier de Clamecy) couvrant en partie deux départements (Nièvre et Yonne), avec une démographie médicale en chute (- environ 10 médecins généralistes en 5 ans), une population très défavorisée au niveau social (plus fort taux de famille monoparentale de la Nièvre, plus fort taux de CMU de la Nièvre ...) et des maternités éloignées géographiquement (50km, 75km et plus).

### **Objectif**

Organiser les suivis des grossesses au plus près des patientes et en collaboration avec tous les professionnels concernés, qu'ils soient du champ médical, social ou psychologique.

### **Matériel et méthodes**

Création et utilisation d'outils communs : un carnet de suivi de grossesse spécifique, un nouveau métier (sage-femme réseau), la proposition systématique d'un entretien prénatal précoce à domicile, des liens entre les acteurs (classeurs de protocoles de suivi, lettres INFO RESEAU, formations pluridisciplinaire, staffs ...).

### **Résultats et discussion**

Toutes les grossesses du secteur sont connues du Réseau de Santé du Haut Nivernais, les médecins généralistes ont les moyens de suivre ces grossesses jusqu'au 7<sup>ème</sup> mois de grossesse, les relais sont organisés à partir de ce terme ou avant selon les pathologies. Les informations circulent entre les acteurs, notamment après l'accouchement des patientes où le médecin traitant, le Centre Périnatal de Proximité de Clamecy et la PMI sont informés en même temps. Chaque acteur de santé connaît son rôle et ses limites. Le RSHN sert de plate forme d'information et de lieu ressource en cas de difficulté en cours de grossesse, tant pour les professionnels que pour les patientes.

### **Conclusion/Perspectives**

Evaluation positive, les risques médicaux, sociaux et psychologiques sont repérées très précocement et pris en charge très en amont de l'accouchement, permettant aux patientes un suivi de qualité..

**Fédération Française des Réseaux de santé en  
périnatalité (FFRSP)  
Société de Médecine périnatale (SFMP)**

**3<sup>ème</sup> Journée des Réseaux de Santé  
en Périnatalité**

**Evaluation**

## **L'intérêt des comparaisons de pratiques entre régions : Expérience des Réseaux Périnataux de Bourgogne, Poitou-Charentes et Franche-Comté sur la grande prématurité**

### *A. BURGNET, RSP Bourgogne et Poitou-Charente*

Les réseaux Périnataux de Bourgogne, Franche-Comté et Poitou-Charentes ont constitué une base de données commune aux trois régions, leur permettant de comparer la fréquence, l'environnement social, les mécanismes, la prise en charge et le devenir des grands prématurés nés dans chacune des maternités de leur réseau.

**Population – méthode :** En Franche-Comté et Poitou-Charentes, cette base de données s'est appuyée sur un PHRC obtenu à Besançon en 2003. En Bourgogne, elle s'est appuyée sur l'enquête Mosaic et sur la base régionale des naissances obtenue à partir des données du PMSI.

Les trois régions représentent un bassin de 50 000 naissances annuelles, sont de caractères semi-rural, et s'articulent chacune autour d'un seul établissement de naissance de type III accueillant chacun 13% des naissances totales de leur région

**Résultats :** 1343 grands prématurés de 22-31 SA d'aménorrhée révolues ont été inclus sur une période de deux ans : interruption médicale de grossesse 19.7%, Morts fœtales et mort-nés 19.1%, naissances vivantes 61.2%.

Globalement, l'environnement socio-familial, la mortalité périnatale, le degré de prématurité, les mécanismes de prématurité, sont comparables dans les trois régions.

Certaines différences inter-réseaux ont été observées, qui intéressent

- la politique de transferts et transferts des 31 32 SA entre établissements de type 3 et 1-2.
- le taux d'hémorragie intra-ventriculaire de grade 1-2
- le taux de dysplasie broncho-pulmonaire
- la durée moyenne de séjour hospitalier initial

**Discussion :** cette démarche de partage des données fournit un élément de comparaison à chacune des trois régions, et permet d'amorcer une réflexion sur la façon d'améliorer ce qui est susceptible de l'être.

Une telle démarche de comparaison des pratiques inter-réseau (bench-marking, parangonnage) vient compléter la démarche plus habituelle qui consiste à fusionner les données dans une seule base pour obtenir une description globale des grands prématurés, et une étude des facteurs de risques de mortalité ou de morbidité.

**OMBREL (Organisation mamans Bébé de la REgion Lilloise) : un recueil minimum d'indicateurs au service de l'évaluation épidémiologique du réseau**

*Anne EGO, Médecin Coordonnateur, Sophie Carpentier, Sage femme - OMBREL*

Le réseau OMBREL, avant même sa formalisation sur le territoire de la Métropole lilloise, a entrepris de mettre en place un recueil d'indicateurs épidémiologiques minimum et exhaustif (environ 20 000 naissances) des procédures – les règles de transfert liées à la gradation des soins au sein du réseau sont-elles appliquées ? - et des résultats – quel est l'impact sur la santé des mères et des enfants ?

La 1<sup>ère</sup> étape a été d'adopter une fiche papier synthétique résumant toutes les issues de grossesse. Au terme de 2 années d'effort, l'ensemble des maternités y a participé et ces données sont exhaustives depuis 2004. Certains items ont été rajoutés en 2007 puis en 2009, conformément à la liste des indicateurs PERISTAT indispensables et recommandés du cahier des charges des réseaux de périnatalité. Chaque fois que cela est possible, les données sont extraites des dossiers médicaux informatisés des différentes maternités. Depuis 2008, la saisie des informations est faite directement dans les maternités à l'aide d'un masque de saisie réalisé sous Epidata, et les fichiers sont réunis tous les semestres.

Secondairement en 2005, s'y sont ajoutés un recueil de données sur l'hospitalisation des nouveau-nés, ainsi que sur les demandes de transfert maternel. L'ensemble des résultats par niveau de soins est disponible sur le site internet du réseau et les données par centre sont adressées à chaque maternité semestriellement.

La régionalisation des soins ayant précédé la mise en place de cette évaluation, il est difficile de mesurer l'impact de la mise en place du réseau sur la santé, et les indicateurs de santé périnatale à l'échelle du réseau depuis sa création sont stables. Ces indicateurs sont néanmoins essentiels au suivi de l'activité du réseau et des pratiques. Ils permettent d'élaborer certains projets d'organisation des soins au sein du réseau et de mettre en évidence les dysfonctionnements du réseau inhérents aux manques de place dans les établissements, aux problèmes de transport de patients, ou à la mauvaise application des indications de transfert.

## **Evaluation externe : participer, s'approprier et non pas subir !**

*Sophie MILLOT, Annie-Claude MARCHAND, Maryse PALOT – Champagne-Ardennes*

Comme pour la cancérologie, la périnatalité impose une organisation en réseau de santé. A l'instar des autres régions, la Champagne-Ardenne a créé son réseau périnatal. Un financement DRDR a été accordé en janvier 2007 pour deux années (2007 et 2008). Le réseau a bénéficié d'une évaluation externe après seulement 18 mois d'existence.

### **Méthode**

La Mission Régionale de Santé a lancé en mars 2008 un appel d'offre sur la base d'un cahier des charges couvrant tous les champs de la circulaire du 2 mars 2007<sup>1</sup>. La méthodologie développait 4 approches : l'analyse organisationnelle du réseau, ses actions spécifiques, les enquêtes de satisfaction (334 professionnels ou structures partenaires), l'approche médico-économique. Les éléments qualitatifs issus des enquêtes et des échanges avec le réseau ont complété les données factuelles et quantitatives recueillies. Les travaux ont débuté en juin, le rapport final a été rendu mi-octobre.

### **Résultats**

Le rapport d'évaluation a conclu en termes d'opportunité, pertinence, légitimité, cohérence, efficacité et efficience du réseau. Il objective les avancées et valorise les acteurs ayant contribué à l'atteinte des objectifs : structuration associant les personnes ressources, intégration dans le paysage sanitaire régional, concordance avec les missions imparties aux réseaux périnatalité et avec les attentes des professionnels. L'évaluation met en évidence les faiblesses et les points sur lesquels des efforts sont nécessaires : conforter la participation de l'ensemble des acteurs de la périnatalité, quels que soient leur mode et lieu d'exercice. Les recommandations considèrent le niveau organisationnel et les activités du réseau.

### **Discussion**

Globalement, l'évaluation externe est venue conforter auprès des tutelles et des instances du réseau ce que l'équipe de coordination savait ou pressentait. Certains éléments d'ordre méthodologique peuvent expliquer que l'évaluation n'ait pas totalement répondu aux attentes du réseau : absence de participation du réseau à l'élaboration du protocole, méthodologie imparfaitement adaptée à un réseau en cours de structuration et de formalisation, calendrier de mise en œuvre resserré et peu favorable (enquêtes postales durant l'été). Ainsi, certaines conclusions ne paraissent pas justifiées car elles n'ont pas été mises en regard de la jeunesse du réseau, ni de ses moyens. De plus, l'absence de comparaison avec d'autres réseaux ne facilite pas l'élaboration ou l'adaptation de stratégies ou d'actions.

Le réseau a participé activement à son évaluation en répondant aux demandes de l'évaluateur externe et en s'assurant que ses réponses correspondaient aux attentes. Il a fait siennes les recommandations qui justifiaient des réajustements immédiats, déclinés dans le projet FIQCS, et a communiqué en toute transparence sur les résultats. Et pour que ce rapport ne soit pas une fin en soi, le réseau invite tutelles et acteurs à un débat contradictoire.

---

<sup>1</sup> Circulaire n° DHOS/O3/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM