



## **EVALUATION EXTERNE DU RESEAU REPERE**

### **Commanditaire**

Agence de Santé de l'Océan Indien

Offre de soins

2 bis, avenue Georges Brassens

CS 61002

97743 Saint-Denis cedex 9

### **Contact au sein de l'ARSOI :**

Monsieur Gilles VIGNON

Responsable de l'Offre de soins

Monsieur Chanthell FENIES

Responsable du pôle ambulatoire de l'Offre de soins

***Rapport d'évaluation au 31 mars 2017***

### **Contact du réseau:**

Madame Sylvie BOUKKEROU

Coordinatrice régionale

### **Adresse du réseau :**

10 Bis allée des Gloxinias, Bassin Plat

97410 Saint-Pierre

Tel : 02 62 35 15 59

### **Réalisation de l'évaluation :**

Dr Nadine SANNINO

[nadine.sannino@efect.fr](mailto:nadine.sannino@efect.fr)

Elise PICON

[epicon@itinere-conseil.fr](mailto:epicon@itinere-conseil.fr)

EFFECT

74bis cours Gambetta

13100 AIX EN PROVENCE

Tel : 04 86 68 55 20

EURL au capital de 45000 euros

SIRET 497 935 320 00026

ITINERE Conseil

34 rue Jean Broquin

69 006 LYON

Tel : 04 37 24 24 10

SARL SCOP à capital variable

SIRET : 532 521 242 00026

## **Commanditaires**

### **Agence de santé de l'Océan Indien**

#### **Pilotage**

Monsieur VIGNON Gilles, Responsable de l'Offre de soins

Monsieur FENIES Chanthell, Responsable du pôle ambulatoire de l'Offre de soins

Monsieur PARENT Bertrand, Directeur de la délégation de la Réunion

#### **Conseillers techniques médicaux (ordre alphabétique)**

Dr BRULE Gérard, conseiller médical, en charge de la cancérologie

Dr MESLET Bruno, conseiller médical, en charge du domaine des addictions

Dr NGUYEN Anh-Dao, conseiller médical, en charge de la périnatalité et de la santé de l'enfant

### **Equipe d'évaluation**

Dr SANNINO Nadine, responsable de projet, société EFECT

Madame PICON Elise, société ITINERE Conseil

Madame DAGBO Magali, assistante projet, société ITINERE Conseil

Monsieur BOUCEKINE Mohamed, statisticien, société EFECT

### **Remerciements**

**Toutes les personnes suivantes ont été interviewées et sont remerciées de leur collaboration :**

#### Cellule de coordination du réseau

Madame BOUKKEROU Sylvie Sage-femme et IDE, Coordinatrice régionale

Madame DEBOISVILLIER Joelle Coordinatrice adjointe

Madame MAILLOT Gladys Secrétaire polyvalente, assistante administrative

Madame ABRANTES Yolaine Secrétaire polyvalente, assistante de direction et comptable

#### Membres du CA du réseau

Pr VON THEOBALD Peter Médecin gynéco obstétricien, chef du service de gynéco obstétrique du CHU Nord, président du réseau

Pr GOUYON Jean-Bernard Directeur du Centre de recherche en périnatalité de l'Océan Indien (C.E.P.O.I), Vice-président du réseau

Acteurs (par ordre alphabétique)

Dr BARAU Georges	Médecin gynécologue libéral
Madame BARBE Isabelle	Sage-femme, cadre de pôle, CHU Nord
Madame BARITEAU Blandine	Sage-femme libérale
Dr BETTINI Flore	Médecin généraliste, URPS
Dr BIDEAULT Jacques	Médecin gynéco obstétricien, chef du service de gynéco obstétrique du GH Est
Dr BRAYER Claire	Médecin pédiatre, réanimateur en néonatalogie et pédiatrie, CHU Nord
Dr BUSUNT Sandhya	Médecin généraliste
Madame BURLLOT Emilie	Sage-femme cadre, clinique Sainte Clothilde
M. CADET Eric	Pharmacien, Président URPS Pharmaciens, membre du CA de SAOME
Dr CHANE CHING Jean-François	Médecin responsable de la PMI
Dr COCHET Véronique	Médecin généraliste, présidente du GMP SOI
Mme COUDERT Véronique	Infirmière coordinatrice, SSIAD de Saint-André
Madame DORO Corine	Sage-femme libérale, Ordre des Sages-femmes
Monsieur DE VOS Philippe	Sage-Femme, Clinique Durieux
Madame DURAND Sophie	Sage-femme libérale, URPS Sage-femme
Dr GILBERT Christine	Conseiller médical, direction générale de l'ARSOI
DR. HORRI Jamila	Pédiatre libérale
Dr. JAGLALE-LETNIEWSKI Cyndie	Médecin généraliste
Dr KHUONG HUU Long	Médecin généraliste
Dr KOWALSKI Christine	Médecin généraliste
Dr LIVOIR-PETERSEN Marie-Françoise	Médecin pédopsychiatre, CHU Nord
Madame LHULLIER Odile	Infirmière libérale, Présidente de l'URPS Infirmiers
Dr MAGNIN Pierre	Directeur médical PTA
Mme MALAISE Indiana	Infirmière coordinatrice, SSIAD Les Attes

Madame MAUREL Marie	Association Planning familial 974
Dr Jacques RIBET	Médecin gynécologue libéral
Madame SOMON-PAYET Claudine	Sage femme, cadre de pôle mère enfant, CHU SUD
DR LE MOULLEC Nathalie	Médecin endocrinologue, CHU SUD
Madame RADOUX Cécile	Sage femme, cadre du bloc opératoire d'obstétrique, CHU Nord
Dr.SIMONPIERI Jean-Marc	Responsable du service « Performance et Projets en Santé », Direction de la Stratégie et de la Performance
Dr WINER Arnaud	Médecin anesthésiste réanimateur, directeur du centre de simulation

**Sont également remerciés :**

**Les 12 patientes qui ont accepté d'être interviewées,**

**Les professionnels médicaux pour leur participation à l'enquête en ligne.**

# SOMMAIRE

<b>1</b>	<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>7</b>
1.1	Le contexte national des réseaux de santé .....	7
1.2	La commande d'évaluation externe .....	8
1.3	Bref historique du réseau de santé REPERE .....	9
<b>2</b>	<b>OBJECTIFS ET METHODOLOGIE DE L'ÉVALUATION .....</b>	<b>11</b>
2.1	Les finalités et objectif de l'évaluation .....	11
2.2	Le champ de l'évaluation .....	12
2.3	Les axes de questionnement et les questions évaluatives .....	12
<b>3</b>	<b>LE CONTEXTE DU RESEAU .....</b>	<b>16</b>
3.1	Le contexte général de la Réunion-Mayotte: points clés.....	16
3.2	Le contexte de la périnatalité.....	17
<b>4</b>	<b>PRESENTATION DESCRIPTIVE DU RESEAU REPERE .....</b>	<b>25</b>
4.1	Les objectifs dévolus au réseau par le CPOM.....	25
4.2	Les grands types d'actions programmées.....	26
4.3	La géographie de l'intervention .....	26
4.4	La population « cible »du réseau.....	31
4.5	La notion de parcours du patient.....	31
4.6	Le système d'information .....	32
4.7	Le cadre constitutif .....	32
<b>5</b>	<b>RESULTATS .....</b>	<b>33</b>
5.1	L'organisation et le fonctionnement du réseau .....	33
5.2	La participation et l'intégration des acteurs .....	38
5.3	Les actions et leur appropriation par les professionnels.....	41
5.4	La participation globale.....	50
5.5	La perception des actions par les acteurs .....	50
<b>6</b>	<b>L'ANALYSE «MEDICO-ECONOMIQUE».....</b>	<b>52</b>
6.1	Recettes et dépenses.....	52
6.2	Analyse des dépenses .....	54
<b>7</b>	<b>CONCLUSIONS .....</b>	<b>56</b>
7.1	Dans quelle mesure le réseau a-t-il adopté une organisation pertinente, conforme à sa charte et/ou à son CPOM? .....	56
7.2	Dans quelle mesure le réseau s'inscrit-il dans son environnement? Dans quelle mesure le réseau a-t-il adopté un fonctionnement favorisant la participation et l'intégration des acteurs?.....	58
7.3	Dans quelle mesure le réseau met-il en œuvre les fonctions d'appui à la coordination répondant aux besoins des professionnels de premier recours? .....	59

7.4	Dans quelle mesure le réseau a-t-il atteint les objectifs escomptés? Quels impacts a-t-il produit sur son environnement, sur les pratiques professionnelles, sur la prise en charge des patients?.....	68
7.5	Dans quelle mesure les résultats obtenus sont-ils à la hauteur des moyens mobilisés.....	70
<b>8</b>	<b>RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>71</b>
8.1	Pour consolider le projet existant .....	71
8.2	Pour développer le projet sur le territoire régional.....	75
<b>9</b>	<b>ANNEXES.....</b>	<b>76</b>
9.1	Annexe 1 : Référentiel d'évaluation .....	76
9.2	Annexe 2 : Grille d'auto-évaluation.....	76
9.3	Annexe 3 : Guide d'entretien auprès des acteurs.....	76
9.4	Annexe 4 : Grille d'analyse de l'activité de la cellule de coordination des réseaux .....	76
9.5	Annexe 5 : Questionnaire d'enquête auprès des médecins .....	76
9.6	Annexe 6 : Focus group avec les usagers .....	76

# **1 Introduction**

---

## **1.1 Le contexte national des réseaux de santé**

En France, l'environnement des réseaux a progressivement changé depuis leur émergence dans le champ expérimental des années 1990, puis leur reconnaissance dans le système de santé de par la loi du 4 mars 2002. Ces évolutions, qui portent à la fois sur l'affirmation du rôle de pivot de l'organisation des soins du médecin traitant et sur l'émergence d'autres dispositifs de coordination et d'intégration des acteurs, amènent la nécessité de repositionner les réseaux dans le système de santé pour faire face aux enjeux organisationnels d'amélioration des prises en charge, entendues, notamment, sous l'angle de la fluidité des parcours de santé.

S'appuyant sur un bilan contrasté du dispositif de coordination constitué par les 700 réseaux financés en 2011, et soulignant les contraintes économiques, la DGOS a établi en 2012 un guide<sup>1</sup> proposant des orientations pour faire évoluer les réseaux de santé vers une mission d'appui à **l'organisation des parcours** par les professionnels (de premier recours en particulier).

En 2015, en miroir des trois priorités d'intervention mentionnées dans le guide méthodologique précédemment cité<sup>2</sup>, la HAS identifie trois axes structurant le fonctionnement idéal des réseaux dans la perspective d'un impact maximisé sur la prise en charge des patients :

- Axe 1 : Aide aux professionnels pour organiser les parcours des patients, centré sur la prise en charge patients.
- Axe 2 : Aide à l'organisation du travail pluriprofessionnel et à l'animation territoriale, centré sur l'ingénierie du territoire.
- Axe 3 : Adoption d'un mode d'organisation adapté à ces fonctions, centré sur le fonctionnement des structures d'appui.

Les outils et méthodes d'évaluation des réseaux construits jusque-là<sup>3</sup> ne prennent pas en compte cette mission d'appui pourtant essentielle mais qui n'était pas formalisée ni même perçue au démarrage des réseaux. Aussi, en mai 2015, à la demande de la DGOS, la HAS publie un tableau de bord des indicateurs d'évaluation de la fonction d'appui à la coordination en lien avec les trois axes précités. 12 nouveaux indicateurs doivent désormais permettre de rendre compte de cette fonction.

Cette dernière doit également s'inscrire en complémentarité avec les évolutions organisationnelles prévues par la Loi de modernisation de notre système de santé publiée en janvier 2016. En effet, face au constat d'une offre

---

<sup>1</sup> DGOS. Guide méthodologique « Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? ». 2012

<sup>2</sup> 1. Organiser et planifier le parcours de santé et le suivi du patient en situation complexe, en lien avec l'équipe de soins de premier recours; 2. Apporter un appui aux différents intervenants (professionnels de santé de premier recours, sociaux, médico-sociaux, la famille) auprès du patient; 3. Favoriser une bonne articulation entre la Ville-hôpital (entrée-sortie d'hôpital) et avec les intervenants des secteurs sanitaire, médico-social et social.

<sup>3</sup> Principes d'évaluation des réseaux de santé publiés par l'ANAES en 1999, guide d'évaluation des réseaux de santé de l'ANAES publié en 2004, Indice Synthétique de Qualité, guide méthodologique.

d'appui peu compréhensible et incomplète (car centrée sur une pathologie, une population ou un segment du parcours de santé), la Loi<sup>4</sup> et le décret d'application correspondant<sup>5</sup> reprécisent les fonctions d'appui à destination des professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux, fonctions qui peuvent être mises en œuvre par une équipe de soins primaires ou par une communauté professionnelle territoriale de santé. Pour assurer l'organisation de ces fonctions, elle prévoit la possibilité de constituer une ou plusieurs plateformes territoriales d'appui pour assurer une coordination plus lisible et plus intégrée. Ce dispositif a vocation à mettre de la cohérence entre les différents dispositifs et acteurs de la coordination déjà existants. Il se centre sur les situations complexes, sans distinction d'âge ni de pathologie.

Le financement de cette transformation repose sur le fonds d'intervention régional (FIR) qui a relayé le FICQS et qui octroie les crédits nécessaires au fonctionnement des réseaux de santé. Dans le cadre du vote de l'article 56 de la LFSS pour 2015, les interventions du FIR ont été réorganisées autour de cinq axes stratégiques. L'un d'eux concerne l'organisation et la promotion de parcours de santé coordonnés ainsi que la qualité et la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale. Il s'agit notamment de financer le développement de nouveaux modes d'exercice dont l'objectif est d'expérimenter des pratiques innovantes d'organisation ou de coopération entre les structures sanitaires et médico-sociales et les professionnels de santé en particulier, et les systèmes d'information en santé.

C'est dans ce cadre que la circulaire n°SG/2015/152 du 28 avril 2015 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2015 prévoit le développement de SI conformes au cahier des charges de l'UNRS-ASIP Santé<sup>6</sup> dans l'ensemble des réseaux de santé mais aussi le déploiement des plateformes territoriales d'appui.

## **1.2 La commande d'évaluation externe**

L'île de la Réunion compte cinq réseaux, créés entre 2001 et 2005. Conformément aux préconisations nationales, l'ARSOI OI a souhaité, dès 2012, détailler le contenu des services rendus par les réseaux dans des CPOM. Ces documents contractuels signés pour quatre ans (2013 – 2016) ont été construits de manière à prendre en compte :

- Les orientations stratégiques du PRS,
- Les nécessités organisationnelles suivantes : exercice du droit des usagers, construction de parcours de santé et décloisonnement des prises en charge.
- Les résultats de l'évaluation externe commanditée en 2011 par l'ARSOI pour identifier les écarts avec les missions attendues et repositionner les réseaux sur des activités de soutien aux opérateurs de santé du 1<sup>er</sup> recours.
- Le développement des systèmes d'information en santé.

---

<sup>4</sup> Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, article 74

<sup>5</sup> Décret n° 2016-919 du 4 juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes

<sup>6</sup> Rapport FNRS et ASIP. Système d'information des réseaux de santé-cadre national. Septembre 2011

- Les financements nécessaires au fonctionnement des réseaux dans le cadre d'une programmation pluriannuelle des objectifs et des moyens avec la mise en place d'un dialogue de gestion annuel.

Arrivant au terme de leur CPOM pour la période 2013-2016, et conformément à la réglementation, les réseaux de santé doivent bénéficier d'une évaluation externe. L'évaluation des 5 réseaux réunionnais a été confiée au même opérateur après consultation, le groupement EFECT/ITINERE Conseil, afin de disposer d'une homogénéité méthodologique. Chaque réseau a fait l'objet d'un rapport monographique et une analyse transversale a également été produite.

Le présent rapport concerne le réseau REPERE.

### **1.3 Bref historique du réseau de santé REPERE<sup>7</sup>**

Un premier Réseau Périnatal Sud Réunion (RPSR) se constitue sous la forme d'une association loi 1901 en 2001 sous l'impulsion de la Commission Régionale de la Naissance qui dresse un constat préoccupant de l'état de santé périnatal sur l'île. Conformément aux objectifs qui lui sont alors donnés, le réseau développe les premières actions visant la qualité et la sécurité des soins, par l'intermédiaire de formations et par la diffusion de « Bonnes Pratiques Professionnelles », mais également pour améliorer le hiatus entre la ville et l'hôpital.

En 2003, le réseau se régionalise et devient le REseau PErinatal de la REunion (REPERE) mais devra se recentrer dans le Sud en 2006 faute de moyens, alors que le troisième plan national périnatal (2005-2007) soutient le développement des réseaux de santé périnatale.

C'est en 2008 avec le FIQCS que le REPERE se déploie à nouveau sur l'ensemble de l'île avec 4 coordinatrices sages-femmes chargées de coordonner les parcours des patientes dans la proximité, présentant une grossesse à risque, en particulier obèses ou en surcharge pondérale. Des actes dérogatoires existent pour les prises en charge diététiques et psychologiques.

Le changement de cap s'amorce en 2010-2011 avec des modifications du cadre organisationnel (CA, direction du réseau) et le repositionnement demandé par la tutelle au réseau, sur l'ingénierie du territoire, avec abandon de la coordination des parcours des parturientes et des prises en charge des actes hors nomenclature (diététiques et psychologiques), au profit de proposition de parcours génériques, mieux acceptés par les MG.

L'année 2013 est l'année de l'écriture du nouveau CPOM entre l'ARS OI et le REPERE. Après plus d'une année de travail, une première version naît fin 2013. Une version modifiée sera proposée début 2014. Le CPOM, établit pour 4 ans les objectifs du réseau, décline son projet de santé, ses engagements en matière d'actions, et les modalités du suivi administratif et budgétaire.

En parallèle, le C.E.P.O.I est créé en 2012, ce qui repose la question centrale du recueil et de l'analyse des données en matière de périnatalité, et le Centre Hospitalier Régional devient un CHU, ce qui apporte de réelles innovations dans les approches pédagogiques utilisées par le réseau.

En 2015, 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 dans un cadre régional, voit le jour, mais ne sera publiée qu'en 2016.

---

<sup>7</sup> Grille d'auto-évaluation du réseau REPERE

Les dates clés du réseau

Date	Evénement
2001	Création du réseau RPSR sur les constats de la Commission Régionale de la Naissance et dont l'action sera centrée dans le Sud de La Réunion
2003	Régionalisation de RPSR qui devient le REPERE
2006	L'instabilité des subventions obligent le REPERE à recentrer à nouveau son action dans le Sud de La Réunion. Le plan périnatal 2006-2007 soutient cependant le développement des réseaux de santé périnatale
2008	LE REPERE bénéficie du FIQCS, retrouve son périmètre régional et dispose de 4 coordinatrices sages-femmes (1 par territoire) pour les patientes présentant une grossesse à risque, en particulier lié au surpoids, à l'obésité et/ou au diabète
2010-2011	Le CA évolue et les membres se diversifient. La direction démissionne. C'est la période préparatoire du changement. Les inclusions de patientes sont arrêtées et le réseau est repositionné dans l'information, la formation, la diffusion de BPP, la qualité. Une évaluation externe est menée.
2012	Le CEPOI et le CHU sont créés
2013	Ecriture du CPOM 2013-2016 du REPERE, qui sera signé mi 2014
2015	Rédaction de l'instruction du 3 juillet 2015 relative à l'actualisation et à l'harmonisation des missions des réseaux de santé en périnatalité dans un cadre régional, qui paraîtra en 2016
Novembre 2016-mars 2017	Troisième évaluation externe (EFFECT)

Après avoir rappelé les objectifs de l'évaluation, les questions évaluatives posées et la méthodologie mise en œuvre puis décrit les objectifs et le fonctionnement actuel du réseau, ce rapport présente les résultats, les conclusions et les recommandations de l'évaluation externe menée.

## ***2 Objectifs et méthodologie de l'évaluation***

---

### **2.1 Les finalités et objectif de l'évaluation**

Contrairement au suivi, l'évaluation externe est centrée moins sur la recherche de l'existence de l'information que sur la valeur de cette dernière. Il s'agit de **porter un jugement sur la valeur ajoutée** du réseau dans le système de santé afin de donner aux commanditaires les éléments utiles aux décisions entourant la suite à réserver au projet. Cette notion de valeur ajoutée s'entend comme un ensemble de prestations ne se substituant pas aux modalités de prise en charge des patients, mais permettant d'assurer la coordination de ces modalités de prise en charge présentes sur son territoire d'implantation.

**L'évaluation externe** est un regard synthétique, qui répond à des questions précises et permet, également à travers elles, de proposer des aménagements dans le projet le cas échéant.

**L'évaluation attendue par la présente consultation a donc une triple visée :**

- **Cognitive** : il s'agit de mieux comprendre comment s'organise l'activité des réseaux, en direction des patients, des professionnels, des partenaires.
- **Stratégique** : l'évaluation doit apporter les éléments d'appréciation de la valeur ajoutée des réseaux permettant de repositionner le rôle joué dans le système de santé, à fortiori dans un contexte en pleine mutation.
- **Opérationnelle** : l'évaluation doit apporter des pistes pour la conception de la future PTA et optimiser le partenariat des réseaux avec les autres acteurs, accroître la qualité de la prise en charge des usagers.
- In fine, l'évaluation devra donc permettre d'une part de **positionner globalement les réseaux dans un contexte renouvelé** (en particulier par l'émergence des PTA et par le déploiement d'OIIS) et d'autre part, **de redéfinir les objectifs de chaque réseau en vue des prochains CPOM 2017 – 2020.**

Plus précisément, le cahier des charges définit les objectifs suivants à l'évaluation externe des réseaux de santé :

- Mesurer l'efficacité des cinq réseaux en analysant :
  - Le degré d'atteinte des objectifs contractualisés entre chaque réseau et l'ARSOI sur la période 2013 – 2016;
  - La qualité des prises en charge des usagers, sous l'angle des processus et des résultats;
  - La participation et la satisfaction des usagers et professionnels du réseau;
  - L'organisation et le fonctionnement du réseau;
  - Les coûts afférents au réseau;
  - L'impact du réseau sur les pratiques professionnelles.
- Analyser l'efficacité des réseaux en qualifiant le rapport entre les moyens engagés et les résultats obtenus.
- Proposer les évolutions nécessaires des missions des réseaux dans le cadre de la mise en œuvre de la PTA et les modalités de complémentarité entre les réseaux et ce dispositif d'appui.

Le premier objectif reprend l'article D.6321-7 du Code de la Santé Publique qui stipule le contenu de l'évaluation.

## 2.2 Le champ de l'évaluation

Les cinq réseaux réunionnais sont concernés.

L'évaluation doit être conduite à deux niveaux :

- Au niveau de chaque réseau pour identifier le degré d'atteinte des objectifs fixés dans les premiers CPOM 2013 – 2016.
- A un niveau transversal, pour positionner les réseaux par rapport aux autres dispositifs et acteurs de coordination existants ou à venir.

L'ensemble du territoire régional de La Réunion est concerné.

Concernant la période de référence, il s'agit de la période de contractualisation dans le cadre des premiers CPOM, soit 2013 – 2016.

Le champ thématique est précisé dans l'annexe 1 de la circulaire du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé :

- L'organisation et le fonctionnement des réseaux;
- La participation et l'intégration des acteurs;
- La prise en charge dans le cadre du réseau et l'impact sur les pratiques professionnelles;
- L'analyse médico-économique.

Ces différents axes sont repris dans le questionnaire évaluatif présenté ci-après.

## 2.3 Les axes de questionnaire et les questions évaluatives

Le questionnaire évaluatif<sup>8</sup> doit s'organiser de manière logique pour répondre aux objectifs de l'évaluation et formuler des recommandations à même d'améliorer l'efficacité, l'efficience et le positionnement des réseaux en tant qu'acteurs de l'appui à la coordination.

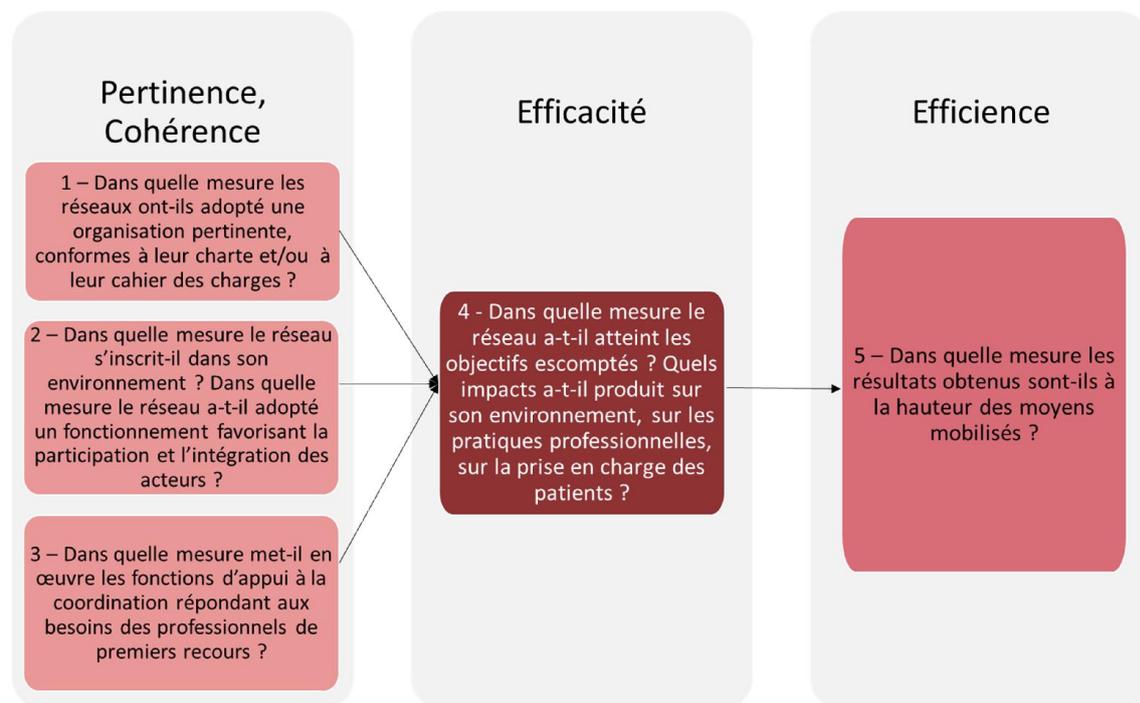
L'évaluation s'organise autour des 5 questions suivantes.

---

<sup>8</sup> L'organisation du questionnaire évaluatif s'appuie sur les documents suivants :

- Annexe 1 « Évaluation des réseaux de santé – orientations nationales » de la circulaire DHOS/03/CNAM n°2007-88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé.
- Guide méthodologique « Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? » publié en 2012 par la DGOS.
- Annexe 1 « Grille d'indicateurs d'évaluation des réseaux » de la méthodologie prévue par la DGOS et la CNAMTS en mars 2009.
- Grille d'auto-évaluation des réseaux de santé – guide d'utilisation formalisée par la HAS en janvier 2015.
- Tableau de bord des indicateurs de suivi des réseaux de santé publié en mai 2015 par la HAS.

**Figure 1 La logique de la démarche d'évaluation**



Ainsi, deux questions apparaissent essentielles, portant sur l'efficacité et l'efficience, mais sont alimentées par les 3 questions précédentes, qui doivent permettre d'identifier les registres qui expliquent le mieux l'efficacité des réseaux ou les freins à l'atteinte des objectifs.

La réponse à la question de l'efficience ne pourra être clairement formulée qu'à partir des conclusions relatives aux questions d'efficacité.

C'est en fonction des réponses apportées à ces cinq questions évaluatives que des conclusions seront apportées quant à la valeur ajoutée des réseaux en termes de qualité et d'efficience de la prise en charge du patient. Sur la base de ces conclusions, des préconisations seront formulées.

### **2.3.1 Référentiel d'évaluation**

Bien qu'il existe aujourd'hui des références pour l'évaluation des réseaux de santé<sup>9</sup>, la formalisation d'un référentiel de l'évaluation, sous la forme d'un **protocole**, a permis de rendre transparente la démarche et pour échanger avec l'ARSOI sur le cadre méthodologique retenu. L'existence du référentiel permet également de donner l'homogénéité indispensable à la démarche pour les 5 réseaux et de faciliter l'analyse transversale également souhaitée par le commanditaire.

Ce référentiel, disponible en Annexe 1, présente en cohérence les questions évaluatives, critères et indicateurs, sources de l'information ainsi que les outils mobilisés pour recueillir les données. Cet outil restera à l'appui de la

<sup>9</sup> Circulaire DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007, document de travail CNAMTS-DHOS du 4 juillet 2009

conduite générale de la mission tout au long de cette dernière, et de l'analyse. C'est à partir de lui que les différents outils utilisés ont été construits.

### **2.3.2 Recueil de données**

Le recueil des informations utiles à l'analyse a été réalisé par l'intermédiaire :

- D'une analyse documentaire
  - Contexte d'implantation du réseau ;
  - Documents relatifs à l'activité du réseau (demandes de financement et décisions modificatives, rapports d'activités, rapports d'évaluation, comptes rendus de réunions, tableaux de bord suivis des actes dérogatoires...);
- D'une analyse de l'activité de la Cellule de coordination ;
- D'entretiens qualitatifs avec les membres de la Cellule de coordination ;
- D'entretiens qualitatifs avec les principaux partenaires du réseau ;
- D'une enquête auprès d'un échantillon de professionnels libéraux.

### **2.3.3 Mise en œuvre du recueil de données et limites de celui-ci**

#### **2.3.3.1 Recueil des informations relatives à l'implantation territoriale du réseau**

Nous avons recueilli :

- Les données relatives à l'offre de prise en charge et à la **démographie professionnelle** sur le territoire du réseau auprès de l'ARSOI (site).
- Les données relatives aux domaines spécifiques de chaque réseau : exploitation des données de problématique des rapports d'activité, ORS Océan Indien, recherche documentaire spécifique et documents constitutifs du PRS sur le site de l'ARSOI ;

#### **2.3.3.2 Entretiens avec la Cellule de coordination du réseau**

Ces entretiens ont été réalisés en deux temps : téléphonique et en face à face selon un guide d'entretien reprenant les questions évaluatives du référentiel d'évaluation. Le guide d'entretien avec l'équipe du réseau est disponible en annexe 2. La réactivité et coopération des réseaux a été excellente.

#### **2.3.3.3 Entretiens avec les principaux partenaires du réseau**

La liste des partenaires, a été préétablie avec les réseaux et complétée par les consultants en fonction du thème du réseau. Le court délai de planification avant la venue des consultants à La Réunion n'a pas permis d'obtenir l'ensemble des entretiens souhaités, malgré de très nombreuses relances. De plus, la méthode initiale prévoyait des focus group d'acteurs afin d'optimiser le nombre total d'auditions. Là encore, l'indisponibilité des acteurs aux dates proposées pour ces focus group, trop proches, a conduit l'équipe de consultants à recourir à des entretiens individuels, poursuivis après le séjour à La Réunion, depuis la métropole.

Au total, sur 102 entretiens conduits pendant la période d'investigation, 12 sont communs à tous les réseaux et 19 ont concerné spécifiquement le REPERE, soit 31 partenaires interviewés. Le guide d'entretien avec les partenaires est disponible en annexe 3.

#### **2.3.3.4 Analyse de l'activité de la Cellule de coordination**

Pour analyser la manière dont l'activité de la Cellule de coordination se répartit sur les différentes tâches caractéristiques du réseau, nous avons demandé à chaque personne de l'équipe de renseigner une grille – finalisée avec les réseaux lors de la conception du référentiel d'évaluation – analysant leur temps consacré à des tâches dans une liste prédéfinie. Cette grille a été renseignée « une semaine donnée » (coupe transversale) et comparée à une colonne « contrôle » devant apprécier le temps habituellement consacré à ces différentes tâches.

Compte tenu de la particularité de la semaine analysée, à la veille des congés de fin d'année, la colonne « contrôle » a préférentiellement été exploitée.

#### **2.3.3.5 Enquête auprès d'un échantillon de professionnels**

L'objectif était de disposer de l'opinion et de la perception de professionnels adhérents ou non au réseau dans le but d'éclairer certains aspects de l'organisation et du fonctionnement du réseau.

1900 médecins de La Réunion (sur 2950 recensés par le CNOM) ont été destinataires d'un courriel adressé par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins le 6 février 2017. Ce courriel comportait une lettre de motivation co-signée de l'ARSOI et du Conseil Départemental de l'Ordre des médecins ainsi qu'un lien internet conduisant le professionnel à un questionnaire pour un remplissage en ligne.

Au total, 116 professionnels sur 1900 ont répondu à l'enquête, soit un taux de participation global de 6,1%.

Le taux de participation spécifique par types de professionnels ne peut être calculé, la répartition des profils des destinataires n'étant pas disponible.

Parmi ces 116 réponses, 51 concernent le réseau REPERE.

#### **2.3.3.6 Entretiens avec des usagers**

30 entretiens ont été conduits avec des usagers, dont 22 femmes suivies pour leur grossesse au CHU et en libéral, 3 patients « tout venant » et 5 patients atteints de diabète/insuffisance rénale chronique.

#### **2.3.3.7 Calendrier et moyens de l'évaluation**

Le calendrier de l'évaluation initialement défini de novembre 2016 à janvier 2017 a été reconsidéré pour pouvoir réaliser le volet d'enquête professionnelle dans de meilleures conditions, en évitant la période des vacances de décembre/janvier. La date de fin d'évaluation est prévue au 31 mars au plus tard et la présentation finale programmée au 3 mars 2017.

Le nombre de jours total dédiés à l'évaluation est de 74 jours pour 5 réseaux et une analyse transversale, soit environ 12 jours par réseau.

## ***3 Le contexte du réseau***

---

### **3.1 Le contexte général de la Réunion-Mayotte: points clés**

La Réunion est une région monodépartementale, tandis que Mayotte est devenue un département d'outre-mer en 2011 et une région ultrapériphérique en 2014.

Les populations de La Réunion (843 617 habitants) et de Mayotte (212 645 habitants) sont des populations très jeunes<sup>10</sup>. 37 % de la population de La Réunion a moins de 20 ans, 54% à Mayotte (25% France entière). La croissance démographique se poursuit à un rythme soutenu et l'INSEE prévoit à l'horizon 2030, 1 million d'habitants à La Réunion et 300 000 à Mayotte. La fécondité des femmes à La Réunion se situe à un niveau largement supérieur à celui de la métropole (2,44 enfants par femme contre 1,98). L'indice est encore plus élevé à Mayotte (5 enfants par femme en 2007) où naît chaque jour l'équivalent d'une classe scolaire d'enfants.

- Un contexte socioéconomique difficile
- A La Réunion le taux de chômage est 3 fois plus important qu'en métropole, notamment dans la tranche d'âge des 25-34 ans. Un tiers de la population bénéficie d'au moins un minimum social et 40% de la couverture maladie universelle complémentaire. Tous les cantons de La Réunion ont un niveau de non-imposition supérieur à la moyenne nationale. Par ailleurs, plus de 20% des 20-29 ans sortent du système scolaire pas ou peu diplômés. La Réunion est une des régions de France où la densité de logements sociaux est la plus élevée et principalement dans le territoire nord-est (45,5 % des ménages contre 16,7 en moyenne nationale). D'un point de vue territorial, l'Est et les cirques sont très touchés par une plus grande précarité (forte proportion de bénéficiaires de la CMU complémentaire à faibles revenus, retard scolaire).
- A Mayotte 1 habitant sur 5 gagne moins de 100 euros par mois. Les logements sont souvent insalubres, et 22 % n'ont ni eau ni électricité. Engagée dans un processus de départementalisation qui prévoit la mise en place des droits sociaux étalés dans le temps, Mayotte est par ailleurs confrontée à la difficile régulation de l'immigration, à l'absence d'Aide Médicale de l'Etat et donc à une problématique permanente d'accès aux soins. La question de l'immigration clandestine et de son impact en termes d'indices de santé (notamment sur les taux de natalité) constitue un particularisme mahorais. Mayotte connaît une très forte densité de population. Celle-ci se concentre essentiellement sur le littoral Nord/Est (54 %) et de plus en plus, dans les habitats très denses des villes.

- Des inégalités de mortalité

Malgré une constante augmentation, l'espérance de vie reste inférieure à celle de la métropole (77 ans à La Réunion, 74 ans à Mayotte, 81 ans en métropole). Les indices comparatifs de mortalité montrent une surmortalité globale qui concerne surtout les femmes à Mayotte et les hommes à La Réunion. Alors que les cancers sont la première cause de mortalité en métropole (30% des décès), les maladies cardio-vasculaires sont au premier rang à La Réunion et à Mayotte.

A La Réunion, les indices de surmortalité révèlent une surmortalité des hommes par rapport à la métropole pour les pathologies suivantes : asthme, maladies endocriniennes, conséquences de l'abus d'alcool, accidents de transport et une surmortalité chez les femmes due au diabète sucré, l'asthme, les pathologies liées à la période périnatale.

---

<sup>10</sup> Plan Stratégique de Santé 2012-2016

A Mayotte, la surmortalité masculine et féminine par rapport à la métropole concerne les maladies infectieuses, le diabète, les maladies de l'appareil circulatoire et l'asthme. En outre, on relève une surmortalité des femmes en matière de complications de la grossesse et des accouchements. A Mayotte, la mortalité maternelle estimée à 50 décès pour 100 000 naissances, est près de 2 fois plus élevée qu'à La Réunion (26,4), et 6 fois plus qu'en métropole en 2007

En 2007, les taux comparatifs de mortalité prématurée survenant avant 65 ans révèlent une surmortalité régionale par rapport à la métropole quel que soit le sexe.

Les taux de mortalité infantile sont très largement supérieurs aux taux métropolitains. Pour Mayotte, le taux de mortalité infantile est de 13,5 ‰ en 2007, soit plus de 2 fois supérieur au taux de La Réunion (6,1 ‰) et près de 4 fois plus qu'en métropole (3,6 ‰)

- Des spécificités territoriales

Les différentes problématiques de santé ne se posent pas dans les mêmes termes à La Réunion et à Mayotte, notamment en raison de l'importance de la dimension culturelle qui est très différente. L'offre de soins n'est pas au même niveau de développement dans les deux îles.

A La Réunion, les espérances de vie varient de 71,5 ans à Cilaos à 77,6 ans à Petite Ile. Les 2 cirques de Cilaos et de Salazie sont particulièrement marqués par une importante mortalité masculine, associée à une surconsommation d'alcool, aux maladies métaboliques et à une mauvaise hygiène de vie. Les communes les plus isolées géographiquement (La Plaine des Palmistes, Salazie, Saint Joseph, Saint Philippe, Cilaos) sont les plus exposées aux décès d'enfants de moins de 1 an. Selon une récente publication de la Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé, seul le canton de Saint-Paul est identifié comme une zone de surmortalité par maladies vasculaires cérébrales, par maladies infectieuses et de sousmortalités par cancer et par cardiopathie ischémiques.

Concernant l'offre de soins, La Réunion est la région française la moins bien dotée pour le court séjour hospitalier, excepté en gynécologie-obstétrique. Par ailleurs, les taux de recours aux soins hospitaliers sont inférieurs à ceux observés en métropole quel que soit l'âge, en chirurgie et dans une moindre mesure en médecine selon les données 2009 issues des systèmes d'information hospitaliers. En revanche, on note une prise en charge satisfaisante des soins de 1er recours et une place importante des médecins généralistes libéraux auprès de la population. On constate ainsi que 65% des cantons de La Réunion sont relativement bien dotés en professionnels de santé libéraux (sauf en médecins spécialistes libéraux) mais avec des temps d'accès importants aux établissements de santé (nord, ouest, sud). Par contre, le bassin de vie est du territoire nord-est classé en zone rurale/ périurbaine avec des densités réduites de professionnels de santé libéraux et des délais d'accès aux établissements de santé plus longs.

## **3.2 Le contexte de la périnatalité**

### **3.2.1 Définition<sup>11</sup>**

La périnatalité fait référence à l'ensemble des processus qui précèdent, qui sont concomitants et qui suivent immédiatement la naissance. Entrent dans ce champ l'accès à la contraception, le désir d'enfant, la conception, le diagnostic anténatal, la grossesse qu'elle qu'en soit la durée et l'issue, l'interruption volontaire de grossesse

---

<sup>11</sup> Annexe 1 du cahier des charges des réseaux de santé en périnatalité du 3 juillet 2015.

(IVG), l'accouchement, le choix des parents relatifs à la naissance, l'accueil du nouveau-né, l'allaitement, le dépistage néonatal, l'établissement des premiers liens, les premiers mois de la vie du nourrisson.

Les professionnels de la périnatalité sont tous les professionnels intervenant dans le champ de la santé des femmes, du diagnostic prénatal et des jeunes enfants et leurs représentants (ordres, URPS), les établissements de santé publics et privés (notamment autorisés), les établissements médico-sociaux (notamment CAMSP), les services sociaux, les services du conseil départemental (PMI, ASE), les centres d'information, de planification ou d'éducation, de conseil et de consultation familial, ainsi que le secteur associatif et les usagers et leurs représentants.

### **3.2.2 La situation épidémiologique**

#### **3.2.2.1 Au niveau national**

En 2011, la cour des comptes continue d'alerter sur l'état sanitaire préoccupant de la France en matière de périnatalité, qui, malgré un taux de natalité qui la place au 2<sup>ème</sup> rang des pays européens, reste un mauvais élève quant aux chiffres de mortalité et morbidité périnatale. Les causes en restent souvent insuffisamment analysées, par manque d'indicateurs exploitables, mais, l'enquête périnatale 2010, met en évidence l'émergence de nouveaux facteurs de risque :

- La surcharge pondérale et l'obésité,
- L'augmentation des grossesses tardives,
- La précarité.

Par ailleurs, l'analyse des décès maternels, montre que ceux-ci sont pour moitié évitables, particulièrement ceux consécutifs à une hémorragie du post partum.

En France, la santé périnatale est marquée par de fortes inégalités sociales. L'indice de désavantage social (revenu, chômage, niveau d'études, ouvriers) est significativement associé aux trois indicateurs de santé périnatale (mortinatalité, mortalité néonatale, prématurité)

Ce constat fait à partir des caractéristiques individuelles des femmes, montre que le niveau d'études, le revenu des ménages ou encore la situation familiale, sont associés aux risques de mortalité foetoinfantile, de prématurité ou de retard de croissance intra utérin à la naissance.

Une surveillance en continu des inégalités fondée sur les caractéristiques individuelles des femmes est limitée en France, car ces caractéristiques ne sont pas ou peu recueillies ou peu détaillées dans les statistiques de routine (état civil, PMSI).

#### **3.2.2.2 A La Réunion**

Il existe environ 14000 naissances par an à La Réunion (14123 en 2011). Comme le montrent les indicateurs de la santé périnatale suivants, issus Tableau de bord périnatal de l'ORS<sup>12</sup> et retrouvés dans différents documents de référence pour l'évaluation (Rapports d'activité du réseau, site de l'ARSOI, CEPOI) :

---

<sup>12</sup> ORS La Réunion. Tableau de bord périnatal. La périnatalité à La Réunion

**Définitions par ordre d'apparition dans le paragraphe :**

*Taux de natalité* : Rapport du nombre de naissances vivantes de l'année à la population totale moyenne de l'année.

*Indice conjoncturel de fécondité (ICF)*: Nombre moyen d'enfants qu'aurait une femme tout au long de sa vie, si les taux de fécondité observés l'année considérée à chaque âge demeureraient inchangés. *Mortalité infantile* : Nombre de décès d'enfants de moins de 1 an.

*Prématurité* : Naissance avant 37 semaines d'aménorrhée.

*Grande prématurité* : Naissance avant 33 semaines d'aménorrhée

*Taux de mortalité maternelle (RMM)* : Rapport du nombre de décès maternels au nombre de naissances vivantes x 100000 la même période

*Mortinatalité* : Nombre de mort-nés (enfants nés sans vie de 22 semaines d'aménorrhée à la naissance).

*Mortalité infantile* : Nombre d'enfants qui meurent durant la première année de leur vie. Ce chiffre est rapporté à 1000 naissances d'enfants vivants pour le calcul du taux

*Mortalité néonatale* : Nombre de décès d'enfants de moins de 28 jours.

*Mortalité néonatale précoce* : Nombre de décès d'enfants de moins de 7 jours.

*Mortalité périnatale* : Nombre de mort-nés et de décès d'enfants de moins de 7 jours (mortinatalité + mortalité néonatale précoce).

- 14 123 naissances vivantes domiciliées à La Réunion en 2011.
- Le taux de natalité ne cesse de baisser: 17‰ (habitants) naissances en 2011 (19,9‰ en 2001).
- L'indice conjoncturel de fécondité est de 2,36 en 2011 (2,01 en métropole).
- L'âge moyen à la maternité est de 28 ans en 2011.
- 435 mères mineures ont accouché en 2011, ce qui représente environ 3% des naissances.
- La proportion d'enfants prématurés à La Réunion est plus élevée qu'en métropole: 9,2% des naissances en 2010 versus 6,6%, **soit 1,4 fois la métropole.**
- **Les faibles poids de naissance, à 10,9% en 2011 ont peu évolué depuis 10 ans (10,2% en 2001)**
- Sur la période 2006-2010, la mortalité maternelle à La Réunion est de 17,9 décès pour 100000 naissances vivantes (7,8 décès pour 100 000 naissances en métropole), **soit 2,3 fois la métropole**
- La même période, la mortalité infantile s'élève à 7,7‰ en 2011 (3,3‰ en métropole), **soit 2,3 fois la métropole**
- 449 interruptions volontaires de grossesse ont été réalisées à La Réunion en 2011: environ 10% concernent des mineures.
- L'interprétation de ces données pondérées par l'Indice de Développement Humain<sup>13</sup> (IDH) montre que le rattrapage est réel ces dernières années à La Réunion mais les écarts demeurent.

**Tableau 1 : Mortalité infantile, néonatale et périnatale à La Réunion et en France métropolitaine en 2011**

	La Réunion	Métropole
Mortinatalité	165	6 349
Mortalité infantile	109	2 604
Mortalité néonatale	81	1 753
<i>dont mortalité néonatale précoce</i>	57	1 194
Taux de mortinatalité	11,5 ‰	7,9 ‰
Taux de mortalité infantile	7,7 ‰	3,3 ‰
Taux de mortalité néonatale	5,7 ‰	2,3 ‰
Taux de mortalité périnatale	15,5‰	9,4‰

Source : Etat civil INSEE, SAE - Exploitation ORS

<sup>13</sup> L'IDH est calculé par le Programme des Nations Unies pour le PNUD et prend en compte 4 indicateurs dont 1 en santé : Espérance de vie à la naissance, Niveau de revenu national brut/habitant, Niveau d'étude de la population de + 25 ans, Taux de scolarisation des jeunes

Le registre Sud Réunion, analyse chaque année depuis maintenant 15 ans, les parturientes du bassin Sud de La Réunion, ce qui correspond à 40% du nombre d'accouchement global. Cette base de plus de 80 000 diades «mères enfants» a permis de faire connaître la périnatalité réunionnaise et de promouvoir la recherche en périnatalité. Le recueil de données est le fruit d'une collaboration exemplaire périnatale entre les maternités et les pédiatres et la forte implication des sages-femmes des salles de travail (de l'hôpital et de la clinique). Le remplissage quotidien de toutes ces fiches est assurément une charge de travail mais il a prouvé son utilité et fait du Sud Réunion un référent national en périnatalité.

**Les résultats de 2015**<sup>14</sup> montrent:

- Les spécificités de la reproduction réunionnaise par rapport à l'Europe, avec d'un côté des grossesses chez des femmes plus jeunes (âge moyen au premier enfant 24 ans et un taux de grossesses adolescentes à 3% et d'un autre un taux de grande multipare élevé (8%) ainsi qu'un taux de grossesse après 40 ans s'élevant à 4,5% versus 3,4% en métropole.
- L'augmentation préoccupante de l'obésité **déjà signalé dans le rapport 2009**: en 14 ans les mères en surpoids (IMC>24,9kg/m<sup>2</sup>) avant la grossesse sont passées de 30% à 42%, les mères obèses (IMC>29,9kg/m<sup>2</sup>) de 12,5% à 19,5%. En métropole l'obésité féminine est estimée à 9-10%. Ce surcroît d'obésité favorise indiscutablement des sur-morbidités qui lui sont notoirement associées
  - Morbidité de la grossesse induite par l'obésité :
    - 3 fois plus de diabètes gestationnels, ce dernier **a presque doublé en l'espace d'une décennie, passant de 6,3% des grossesses suivies au GHSR et à la Clinique Durieux en 2004 à 14,3% en 2015**
    - 7 fois plus de diabète de type 2 préexistant à la grossesse
    - 5 fois plus d'hypertensions gravidiques et de pré éclampsie.
  - La morbidité pour l'accouchement induite par l'obésité :
    - 2 fois plus de césariennes
    - 2 fois plus de Mort foetale in utéro
    - et pour les grossesses vivantes, 3 fois plus de macrosomes.
- Augmentation régulière du niveau scolaire : on observe année après année, une tendance à l'augmentation progressive du niveau scolaire des parturientes. La proportion des mères de niveau lycée ou université est passée de 35% à 70% en 14 ans (2001/2015), soit le taux métropolitain de 2003. Dans cette catégorie, 51% des femmes métropolitaines ont un niveau universitaire contre 31% à la Réunion. Toutefois 60% des femmes enceintes n'exercent pas de profession versus 33% en métropole.

---

<sup>14</sup>

Rapport 2001-2015 du relevé épidémiologique périnatal Sud-Réunion 2001-2015. Mars 2016

- Suivi de grossesse : globalement **le suivi de grossesse est satisfaisant** avec un nombre de visites dans le sud de la Réunion équivalent à celui de la France métropolitaine. Le taux des grossesses mal suivies est de 3,4% (moins de 3 consultations) alors qu'il était de 2,1 en 2001.
- Le taux de prématurité supérieur à la métropole peut s'expliquer en partie par une prévalence importante de la pathologie **vasculo-placentaire chez les femmes originaires de la Réunion (4%) dont la pré éclampsie constitue le versant maternel et la prématurité le versant fœtal**. Une meilleure collecte d'informations est nécessaire pour mieux identifier les causes de prématurité et mieux cibler la prévention.

Par ailleurs, le diagnostic établi par l'ARSOI pour élaborer le PSRS en 2011 indique qu'à La Réunion, le SAF (syndrome d'alcoolisme fœtal) représente la première cause de retard mental non génétique et de surcroît totalement évitable<sup>15</sup>: il serait en cause pour 10 % des enfants en institutions spécialisées. Dans les pays industrialisés, on estime que 1 à 3 enfants sur 1 000 seront atteints de SAF à la naissance, chaque année. A La Réunion, l'incidence annuelle du SAF est élevée : 4 à 8 enfants pour 1 000 naissances vivantes sur l'île.

Face à ces constats, et autour des registres spécifiquement centrés sur les problématiques périnatales (Observatoire de la Grande Prématurité, Registre des malformations congénitales, Base de données périnatale Sud), le projet de création d'une équipe de recherche en périnatalité s'est progressivement structuré.

Le Centre d'Études Périnatales de l'Océan Indien (C.E.P.O.I) est une création ex-nihilo d'une équipe de recherche dédiée à la périnatalité<sup>16</sup>. Cette création répond à une volonté des tutelles, CHU et UFR Santé de la Réunion, de structurer la recherche en périnatalité dans la région.

Le projet a émergé en 2012 d'une équipe constituée de quatre pédiatres néonatalogistes des CHU de Dijon et de la Réunion. L'unité préfiguratrice du C.E.P.O.I est installée au sein du pôle Mère-Enfant du site Sud du CHU (Groupe Hospitalier Sud-Réunion, Saint-Pierre).

Les registres qui fournissent des informations caractérisant la population réunionnaise et permettant l'identification des problèmes qu'elle rencontre, constituent des sources de données essentielles au C.E.P.O.I pour répondre aux problématiques périnatales de la région Océan Indien.

### ***3.2.3 La politique française périnatale***

Au niveau national, la France a mis en œuvre depuis les années 1970, une politique structurante en matière de périnatalité se traduisant par 3 plans successifs<sup>17</sup> :

- Les plans 1970-1975 et 1995-2000 structurent le renforcement de la sécurité de l'accouchement et l'amélioration de la prévention.
- Le plan 2005-2007 vise à mettre aux normes les maternités et les services et accentue l'humanisation de la prise en charge. Ce plan soutient la mise en place des réseaux, et au terme de

---

<sup>15</sup> ARSOI. PRSP 2012-2016

<sup>16</sup> AERES. Évaluation de l'AERES sur l'unité: Centre d'Études Périnatales de l'Océan Indien C.E.P.O.I sous tutelle de l'établissement Université de La Réunion. Janvier 2014

<sup>17</sup> Rapport d'activité Repere 2015

la période visée, la totalité du territoire se trouve couverte par les réseaux de santé périnatale, qui permettent de relayer et d'amplifier les actions en faveur d'une meilleure prise en charge de la Mère et de l'Enfant .

En 2006, la cour des comptes rappelait que l'objectif de la réduction significative de la mortalité liée à la périnatalité restait en demi-teinte, et que les efforts entrepris, n'avaient pas suffi à amener notre pays au niveau de ceux qui lui sont comparables. Elle rappelait :

- La nécessité d'un suivi plus fin des indicateurs de la périnatalité (le constat de l'irrégularité des enquêtes nationales périnatales et de l'absence de progrès sur le traitement des certificats du 8<sup>ème</sup> jour caractérise la période),
- La priorité à donner au renforcement de la prévention, au premier chef en direction des femmes en situation défavorisée et dans les départements d'outre-mer,
- La nécessité d'une meilleure articulation entre les professionnels,
- La réaffirmation du rôle et des missions de la PMI.

**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 dans le cadre régional fixe les missions actuelles des réseaux de santé en périnatalité et remplace la circulaire du 30 mars 2006. Compte tenu de la période charnière de redéfinition du CPOM à venir, il convient de s'approprier le contenu de cette instruction dans le cadre de la présente démarche d'évaluation dont elle doit constituer un filtre de lecture de l'organisation actuelle, dans le but de conclure et recommander utilement. Les principaux points de la dite circulaire sont rappelés ci-après.**

**Dans un objectif d'amélioration et de renforcement de la qualité et de la sécurité de la prise en charge en périnatalité, les réseaux ont pour missions de :**

- Contribuer à la mise en œuvre de la politique nationale et régionale en santé périnatale et apporter son expertise à l'ARS.

*Le réseau offre son appui à l'ARS dans ;*

- *L'organisation de la réponse aux demandes d'IVG,*
- *L'organisation des parcours de soins identifiés par la HAS (définition de parcours types, identification de ressources locales (annuaires)): lorsqu'un diagnostic anténatal est nécessaire, pour des grossesses physiologiques, pour les femmes présentant des risques obstétricaux ou foetaux, pour les femmes en situation de handicap ou souffrant de maladies chroniques, présentant une/des addictions, en situation de précarité ou de vulnérabilité, transferts maternels et néonataux, femmes à risque de développer un trouble de l'attachement avec son enfant, nouveau-nés re-hospitalisés, enfants vulnérables si l'état de santé le justifie, jusqu'à 6 ans, nouveau-nés nécessitant des dépistages, un diagnostic et un suivi coordonné (prématurés, cardiopathie congénitale, SAF, trisomie 21, syndrome malformatif,...), les enfants dépistés sourds.*
- *L'animation de la politique en santé périnatale : mobilisation des acteurs locaux (ambulatoire et hospitalier) en organisant des réunions régionales d'information, de partage et de retour d'expérience.*

- *L'expertise à travers une mission de veille et d'alerte en lien avec Santé Publique France (ex InVS) : anticipation des fragilités de l'offre, signalement de dysfonctionnements graves et d'évènements indésirables graves (EIG). Il contribue à l'élaboration, mise en œuvre et évaluation du volet périnatal du PRS.*
- Aider et accompagner les acteurs de l'offre de soins en santé périnatale
  - *Appui méthodologique aux acteurs locaux de la périnatalité en matière d'organisation, de coordination et d'évaluation de la prise en charge sur le territoire.*
    - *Mener des échanges, analyses et travaux de concert entre acteurs (organisation de staffs, de sorties en lien avec le secteur ambulatoire, de RMM, du recueil d'indicateurs auprès des maternités et des services de néonatalogies, mise en œuvre du dossier commun, suivi des enfants vulnérables).*
    - *Analyser des dysfonctionnements et des difficultés de prises en charge (IVG, transferts,..)*
    - *Proposer des outils du partage de l'information*
    - *Aider méthodologiquement les structures pour recueillir des indicateurs, déclarer des EIG, soutenir et accompagner l'allaitement maternel, organiser et soutenir les RMM, prendre en charge les situations d'urgence (simulation HPP, RNN en salle de naissance), élaborer et actualiser les procédures d'analyse des pratiques (hémorragies de la délivrance, transferts,...)*
  - *Formations des professionnels de la santé périnatale*

*Le réseau peut devenir organisme de DPC s'il utilise les méthodes validées par la HAS<sup>18</sup> et est agréementé. Les DPC collectifs portent sur l'analyse des pratiques professionnelles et l'acquisition ou le perfectionnement des connaissances ou compétences des professionnels de santé (les 2 s'articulant entre elles), dans une perspective de mise en œuvre de recommandations de bonne pratique de soins. Les thématiques concernées sont notamment l'entretien prénatal précoce, des dépistages néonataux (surdité), HPP, grossesses gémellaires, réanimation du nouveau-ne en salle de naissance, RCIU, RCF, allaitement,..*
  - *Diffusion des informations, ascendante vers les autorités sanitaires, les organismes d'observation et la FFRRS (recueil de données sur les déterminants de la santé périnatale, identification des ressources pour les prises en charges spécifiques, identification des besoins en recommandations de bonnes pratiques) et descendante vers les professionnels, les structures (recommandations, annuaire des ressources locales) et les usagers (informations grand public, annuaire des ressources locales*
- En fonction des priorités identifiées par chaque agence régionale de santé, des objectifs supplémentaires peuvent être intégrés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

Il est par ailleurs stipulé :

---

<sup>18</sup>[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-12/liste\\_methodes\\_modalites\\_dpc\\_decembre\\_2012.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-12/liste_methodes_modalites_dpc_decembre_2012.pdf)

« Le cahier des charges des réseaux de santé de périnatalité permet, s'il en était besoin, de lever toute ambiguïté entre les missions de ces réseaux régionaux et celles des réseaux de santé territoriaux qui ne répondent pas aux mêmes objectifs et n'ont pas les mêmes missions.<sup>19</sup> »

Par ailleurs, la charte de fonctionnement des réseaux de santé en périnatalité précise le rôle, les missions des réseaux de santé en périnatalité en terme de diagnostic anténatal de la trisomie 21 au premier trimestre.

### **3.2.4 L'offre de prise en charge périnatale à La Réunion**

- 7 maternités dont les niveaux sont les suivants :
  - Niveau 3 : les deux sites du CHU, Nord (Saint-Denis) et Sud (Saint-Pierre)
  - Niveau 2B : CH Gabriel Martin (Saint-Paul)
  - Niveau 2A : GHER (Saint-Benoît), Clinique Jeanne d'Arc (Le Port) et clinique Sainte Clothilde (Saint-Denis)
  - Niveau 1 : Clinique Durieux (Le Tampon)
- 146 sages-femmes libérales
- 93 médecins gynéco obstétriciens
- 58 médecins pédiatres
- 150 MG qui pratiquent le suivi de la grossesse (sur 600 ?)
- 30 centres de PMI (qui suivent moins de 5% des grossesses<sup>20</sup>)

### **3.2.5 Les orientations du PRS en matière périnatale**

La périnatalité et la petite enfance sont l'un des 5 domaines d'actions nationaux, repris à La Réunion. Plus particulièrement, « La maîtrise pour chaque femme ou chaque couple de son projet d'enfant » représente une des 14 priorités du plan stratégique régional à partir duquel le PRS 2012-2016 a été décliné.

---

<sup>19</sup> 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 dans le cadre régional, page 3

<sup>20</sup> ARSOI. SOS-PRS. Page 143

## **4 Présentation descriptive du réseau REPERE**

### **4.1 Les objectifs dévolus au réseau par le CPOM**

Le CPOM 2013-2016, signé entre le REPERE et l'ARSOI lui fixe 4 objectifs stratégiques en lien avec le PRS et notamment le volet ambulatoire du SOS qui définit la politique régionale de santé à La Réunion-Mayotte :

- **Objectif stratégique 1** : Participer à la structuration du parcours périnatal en ville, dans les maternités et dans les unités de néonatalogie
- **Objectif stratégique 2** : Développer la démarche qualité en ville et en maternité
- **Objectif stratégique 3** : Promouvoir par des actions de prévention la bientraitance du couple et du bébé, et la prévention des grossesses non désirées
- **Objectif stratégique 4** : Améliorer la coordination entre acteurs de l'offre de soins

Notons que la périnatalité figure dans le SOS comme un « élément transversal » de l'offre de soins **hospitalière** en rapport avec les orientations stratégiques du PRS<sup>21</sup> et qu'en introduction du document cadre du SOS, trois principes d'organisation des soins y sont définis<sup>22</sup> :

#### ***1<sup>er</sup> principe : le territoire de santé***

---

Le territoire de santé est le lieu de réponse aux besoins de proximité où s'organisent les principales filières de prises en charge et la permanence des soins. Quatre territoires de santé ont été définis par arrêté du 26 novembre 2010 : trois territoires de santé à La Réunion et un territoire de santé à Mayotte.

#### ***2<sup>ème</sup> principe : la gradation des soins en trois niveaux***

---

- Soins de premier recours : Le premier recours, tel que consacré par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST), a trois fonctions:
  - Porte d'entrée dans le système de santé : diagnostic, orientation, traitement;
  - Suivi des patients et coordination des parcours;
  - Relais des politiques de santé publique: prévention, dépistage et éducation à la santé.

Les soins de premier recours concernent les soins ambulatoires directement accessibles aux patients. Deux notions fondamentales y sont rattachées : la proximité et l'accessibilité géographique.

- Soins de deuxième recours : Les soins de deuxième recours concernent la médecine ambulatoire spécialisée, **les réseaux de santé** et les établissements de santé publics et privés assurant en particulier les prises en charge suivantes : médecine, chirurgie, obstétrique, soins de suite et de

---

<sup>21</sup> ARSOI. SOS-PRS. Page 12

<sup>22</sup> ARSOI. SOS-PRS. Page 8

réadaptation, psychiatrie et hospitalisation à domicile. Pour les situations les plus complexes requérant une approche pluridisciplinaire ou pour solliciter une expertise, les professionnels du deuxième recours s'adressent aux structures de soins de troisième recours.

- Soins de troisième recours : Il s'agit des activités les plus spécialisées. En relation avec le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de La Réunion, ce niveau doit se structurer autour de la fonction universitaire, organiser l'enseignement, favoriser la recherche et diffuser l'innovation médicale.

### *3<sup>ème</sup> principe : la coopération et la coordination des acteurs de santé*

---

Une approche plurielle coordonnée par le médecin traitant est nécessaire à une prise en charge optimale des patients, plus particulièrement dans le cadre des maladies chroniques, de la périnatalité ou du suivi des cancers. Les organisations en santé doivent faciliter la fluidité des parcours de santé des patients afin de rendre la réponse du système de santé plus performante et répondre ainsi aux attentes des patients.

Cette évolution du système de santé passe par une structuration des liens ville-hôpital-secteur médico-social, par le développement de filières de soins et de filières de prise en charge populationnelle et par une articulation avec la prévention.

## **4.2 Les grands types d'actions programmées**

Ces réalisations programmées et rattachées aux objectifs stratégiques sont présentées dans le tableau 2.

La lecture adoptée est celle que l'on utilise en construction programmatique (théorie d'action), inverse de la présentation classique des documents cadres. Elle comporte l'intérêt de mettre visuellement en évidence les liens entre les composantes (De l'activité à la finalité).

## **4.3 La géographie de l'intervention**

Le réseau REPERE est implanté dans le sud de l'île mais son périmètre géographique d'intervention correspond à l'île de la Réunion.

**Tableau 2 Présentation synthétique du contenu du CPOM 2013-2016 du réseau REPERE**

Réalisations programmées	Objectifs opérationnels	Orientations stratégiques
Diffusion aux MG, SF, Gynécologues, pédiatres	Diffuser les recommandations de BP de suivi et orientation de la grossesse et du nné à risque (HAS, CNGOF, SFN, SFP)	1- Participer à la structuration du parcours périnatal en ville, dans les maternités et dans les unités de néonatalogie
Mise en ligne sur le site du REPERE		
Définition des situations cliniques pour lesquelles un PPS est nécessaire	Elaborer et diffuser les PPS génériques et les parcours de soins aux ML, SF libérales, gynecoobstétriciens, pédiatres, cadres des établissements	
Elaboration des PPS de manière pluridisciplinaire		
Diffusion les PPS génériques aux professions cibles		
Création d'une liste de professionnels ressources/mise à jour annuelle	Identifier annuellement les professionnels de santé référents dans chaque territoire de santé	
Création du documentaire "périnatalité"	Impliquer et informer la population en matière de périnatalité	
Participation à la délégation de compétence pour les SF de Mayotte/Formation des SF à la pose de KIWI, de ballonnet de Bakri/Soutien de la structuration des services et des formations avec les PUPH	Soutenir la périnatalité à Mayotte	
Participation aux choix des indicateurs pertinents analysables, fiables	Appuyer la mise en œuvre du PMSI élargi et l'utilisation de ses résultats par les professionnels	2 - Développer la démarche qualité en ville et en maternité
Etre le bras armé déclinant les actions à mettre en place au vu de l'analyse de ces indicateurs		
Mise en œuvre du projet SUPREME	Sensibiliser et former les médecins et SF aux BP dans le suivi prénatal	
	Diffuser les alertes, les recommandations des sociétés savantes	

Réalisations programmées	Objectifs opérationnels	Orientations stratégiques
Formation basse et moyenne fidélité	Poursuivre la formation des professionnels de santé à la réanimation du nouveau-né en salle de naissance	2 - Développer la démarche qualité en ville et en maternité
Analyse des pratiques, optimisation de la formation et la pratique des enseignants	Evaluation de la formation à la réanimation du nné en salle de naissance par simulation	
	Initier in situ la formation aux gestes de la prise en charge de l'arrêt cardiorespiratoire maternel	
Elaboration du protocole régional, validation, diffusion, formation	Poursuivre la formation des professionnels ressources dans la prise en charge de l'HPP	
Réunions du Club HPP		
Elaboration du protocole de PEC en hospitalier, validation, diffusion, formation	Initier la formation des professionnels dans la prise en charge de la Pré-éclampsie en hospitalier et en ville	
Elaboration d'un protocole de PEC en ville, formation des MG et des SFL		
Distribution des licences, suivi des résultats	Mise en place et suivi de la formation en Elearning en RCF	
Etablir un protocole de suivi en post partum des nouveau-nés à risques, validation, diffusion aux MG, SF, pédiatres, gynécologues obstétriciens	Initier les médecins et les SF au protocole de suivi et d'orientation en postnatal des nnés à risque	
Mettre en œuvre les RMM ville-hôpital dans le territoire de santé Nord-Est et les poursuivre dans les autres territoires	Poursuivre les RMM ville-hôpital sur les événements indésirables graves dans chaque territoire de santé. Synthèse à disposition de médecins de l'ARS	
Réaliser la revue annuelle et régionale des conclusions des RMM		
Définition des segments de PEC concernés par audits cliniques ciblés, organisation des services, application du plan périnatal, audit d'organisation	Développer la pratique des audits cliniques ciblés	
Création d'un groupe d'analyse des pratiques	Participer à l'évaluation des risques en échographies obstétricales	

Réalisations programmées	Objectifs opérationnels	Orientations stratégiques
Participation aux groupes de travail de l'ARS/InVS/CPOI	Participer au COPIL de l'analyse de la surmortalité périnatale	2 - Développer la démarche qualité en ville et en maternité
Obtention du label DPC, proposition de formations validantes aux professionnels	Proposer des programmes de formation DPC	
Aider les maternités en difficulté à poursuivre la démarche	Poursuivre la participation au programme national de pertinence des césariennes programmées	
Développer et valoriser les outils régionaux		
Faciliter le retour d'expérience		
Mise en lien des acteurs d'intervention dans les champs de l'éducation à la sexualité et à la vie affective	Contribuer à la maîtrise de la fécondité	3 - Promouvoir par des actions de prévention la bienveillance du couple et du bébé, et la prévention des grossesses non désirées
Elaboration et diffusion des supports de prévention en lien avec l'ARS et les acteurs concernés		
Evaluation des associations de prévention en lien avec l'ARS		
Création d'un volet site info ado ou une boîte SMS de réponses aux questions des ados		
Initiation d'une campagne de prévention du syndrome du bébé secoué pour les professionnels et pour les couples	Contribuer à la bienveillance du couple et du nouveau né	
Création d'un protocole d'accueil du nouveau né en salle de naissance		
Promouvoir en lien avec les équipes de pédiatrie les actions de bienveillance du couple et du nouveau né		
Participer avec l'ARS à l'harmonisation du suivi post IVG	Harmoniser le suivi post IVG	
Participer à la campagne de vaccinologie	Mise en place d'une formation vaccino-gynécologie dans le DU de gynécologie de prévention pour les SFL, de soirées pour les libéraux <b>ARRET 2015</b>	

Réalisations programmées	Objectifs opérationnels	Orientations stratégiques
Organiser des rencontres réunissant les praticiens hospitaliers et les professionnels de santé libéraux	Faciliter la collaboration entre les établissements publics et privés	4 – Améliorer la coordination entre acteurs de l'offre de soins
Formaliser des procédures/protocoles de bonnes pratiques entre établissements		
Renforcer le lien entre les professionnels de santé et les maisons de santé et les pôles de santé	Renforcer le lien entre les professionnels de santé et les maisons de santé et les pôles de santé	
Transférer le savoir du réseau en matière d'ETP aux MSPP ou pôle de santé		
<b>Trouver des idées pour améliorer la coopération entre MG et SF</b>	<b>Améliorer la coopération entre les MG et les SF libérales</b>	
Mandat donné au CA	Impliquer les usagers si possible dans le fonctionnement du réseau	
Définir les conditions de participation à la coordination inter réseaux lorsque celle-ci s'avère nécessaire, notamment avec les réseaux de santé (SAOME, REUCARE, mais aussi d'autres structures telles que réseau VIF, la PMI, le CPOI, le CESSOI)	Participer à la coordination interréseaux	
Participer à la coordination interréseaux dans les conditions prédéfinies		

#### **4.4 La population « cible »<sup>23</sup> du réseau**

La cible du réseau est à la fois professionnelle et populationnelle.

Les professionnels sont tous ceux qui interviennent dans le domaine de la périnatalité, en établissement ou hors établissement.

La population concernée est celle des femmes en âge de procréer à La Réunion, ainsi que les femmes enceintes et nouveau-nés.

#### **4.5 La notion de parcours du patient**

C'est à travers ses différentes activités que le réseau aborde aujourd'hui le parcours de la patiente sous l'angle d'un appui fonctionnel apporté aux professionnels de santé aux différentes étapes de la grossesse. Entrent dans ces activités la mise à disposition des recommandations, les formations, mais également la réponse spécifiquement donnée en cas de sollicitation :

- En termes de suivi des grossesses à risque et pour les médecins spécialistes gynéco obstétriciens, médecins traitants, sages-femmes...
- En termes de sécurité de la naissance, transports et gestion de l'accouchement

Il n'y a actuellement plus d'interventions du réseau en appui direct de parcours individuels (arrêt en 2014). Jusqu'à l'arrêt, ils étaient co-construits avec la patiente et validé par le médecin. Un questionnaire de satisfaction recueillait l'opinion des usagers en fin de prise en charge.

Les PPS actuels sont dits « génériques », traitant :

- Du suivi et orientation de la grossesse
- Du suivi des patientes à risque et menés sous la coordination du spécialiste gynéco obstétricien.
- Du dépistage du diabète gestationnel
- Des orientations de patientes handicapées visuelles ou auditives
- Des parcours de soins pour l'IVG médicamenteuse
- Du transfert in utero ou post-partum maternel.

Tout professionnel de santé peut inclure sur le site du réseau une patiente, s'il le juge nécessaire. L'inclusion se fait par fax, courrier, ou en ligne sur le site repere.re.

---

<sup>23</sup> Les informations apportées par ce paragraphe sont issues des RA

## 4.6 Le système d'information

La sécurisation de la messagerie du réseau est effective à la demande de l'ARSOI, et avec un système sécurisé R2S

## 4.7 Le cadre constitutif

### 4.7.1.1 La Cellule de coordination

Elle a pour vocation de veiller au bon fonctionnement quotidien du réseau et à la mise en place des réalisations ; assurer son développement à travers les partenariats, et en adaptant les actions.

#### Composition

La cellule de coordination est une équipe salariée depuis 2001 compte actuellement 4 personnes, soit 3,8 ETP. Sa composition est à ce jour la suivante

- Madame BOUKKEROU Sylvie, sage-femme coordonnatrice (1 ETP budgété) ;
- Madame Joelle DEBOISVILLIER coordinatrice adjointe (0,8 ETP budgété) ;
- Madame Gladys MAILLOT : Secrétaire polyvalente, assistante administrative (1 ETP budgété)
- Madame ABRANTES Yolaine : Secrétaire polyvalente, assistante de direction et comptable (1 ETP budgété)

**La cellule de coordination a connu été remaniée en 2015.**

#### Formation continue de l'équipe

Le réseau consent un **effort de formation non négligeable en participant aux manifestations les plus importantes en matière scientifique.**

### 4.7.2 *Le Bureau et le Conseil d'administration*

Le réseau est piloté par un Conseil d'administration devant superviser et valider son fonctionnement, assurer son financement, consolider les partenariats ; et un Bureau devant mettre en œuvre les décisions du CA et veiller au fonctionnement quotidien du réseau en appui de l'équipe de coordination.

En 2016, le conseil d'administration comptait 17 personnes, de différentes disciplines : 3 Sages-femmes, 5 Gynécologues obstétriciens hospitalier, 1 Gynécologue obstétricien libéral, 1 Anesthésiste-Réanimateur, 2 Pédiatres, 1 Médecin Généraliste, 1 Généticien, 1 Pédopsychiatre, 1 Psychologue, 1 Médecin DIM/SI hospitalier.

Il se réunit tous les six mois, sur convocation du président, ou sur demande du quart de ses membres. L'assemblée générale ordinaire se réunit au moins une fois par an et chaque fois que nécessaire convoqués par le président.

Le bureau compte 6 membres, chaque titulaire ayant un adjoint afin d'assurer la continuité des fonctions.

## **5 Résultats**

---

### **5.1 L'organisation et le fonctionnement du réseau**

#### **5.1.1 Les objectifs poursuivis et leur compréhension interne**

Le réseau se présente <sup>24</sup>en indiquant que, dans un objectif d'amélioration et de renforcement de la qualité et de la sécurité de la prise en charge en périnatalité, il contribue à la mise en œuvre de la politique nationale et régionale en santé périnatale, en déclinant des actions issues de l'analyse des indicateurs en périnatalité.

*« L'association doit mettre en place les modalités pratiques d'articulation et de communication entre le Réseau Périnatal Réunion et les différents champs médical, social, psychologique agissants autour de la naissance afin d'améliorer la prise en charge périnatale pour la population réunionnaise. Cette association impulsera des actions permettant aux professionnels exerçant dans le domaine périnatal de partager leurs connaissances, leur savoir-faire, de faire connaître leurs conditions de travail ainsi que de dégager des protocoles communs et consensuels.*

*Cette association souhaite dans ce but, rassembler les professionnels exerçant dans le domaine périnatal de l'île de la Réunion pour organiser et gérer le travail en réseau. Le travail en réseau est basé sur le volontariat. »*

Ses missions répondent à un cahier des charges national à l'appui du CPOM 2013-2016. La déclinaison des missions du cahier des charges actualisé le 3 juillet 2015 fera l'objet de la contractualisation du futur CPOM 2017/2020.

Les statuts de l'association précisent que les finalités de l'association REPERE sont, par la mise en place du réseau de santé de même nom, de :

- Optimiser la prise en charge en périnatalité et/ou en parentalité par une amélioration de la coordination entre les professionnels,
- Améliorer les indicateurs périnataux,
- Mettre en œuvre des actions d'éducation et de prévention à destination de la population en matière de périnatalité et/ou parentalité.

Dans ses présentations<sup>25</sup>, le Réseau Périnatal se positionne comme structure d'appui et de ressources des professionnels de santé de premier recours et précise qu'il ne se substitue en aucun cas au professionnel référent, qui reste au centre de la prise en charge.

Il propose, dans ce cadre, une aide à la coordination des parcours complexes de santé des patientes sur demande du professionnel de premier recours. Il peut proposer une orientation vers un professionnel adéquat, un protocole de soin générique, une aide à la coordination dans le cas de prises en charge pluridisciplinaires ou médico psychosociales.

---

<sup>24</sup> Grille d'autoévaluation de la présente évaluation

<sup>25</sup>Power-point intitulé« LE RESEAU PERINATAL REUNION REPERE » de 2015

Les résultats attendus et exprimés par le réseau sont :

- L'amélioration des indicateurs de la périnatalité
- L'amélioration de la coordination ville-hôpital
- L'amélioration de la prise en charge globale des femmes enceintes et des nouveau-nés
- L'amélioration de la transmission de l'information aux femmes enceintes et aux couples
- L'amélioration des pratiques professionnelles à partir d'évaluation au travers d'audits, de RMM, de cas cliniques permettant la mise en œuvre d'action.

La typologie de présentation suivante est celle qu'utilise le réseau dans ses actions de communications.

**Tableau 3 : Présentation synthétique des axes d'intervention du REPERE**

Typologie d'actions	Actions
Appui aux professionnels de santé	Aide à la coordination
	Partage d'outils
Formation des professionnels	Formations, simulations « Basse Fidélité »: réanimation du nouveau-né sur site et prise en charge de l'hémorragie du post-partum (HPP)
	Ateliers pratiques : DIU, frottis cervico-vaginaux (FCV)
	E-learning
	Sérious Game
	DU de gynécologie de prévention
	Enseignements post-universitaires (EPU)
	Séminaires de formations
Démarches Qualité	Revue de Mortalité Morbidité (RMM)
	Audits cliniques ciblés
	Agrément des échographistes
	Rédaction et évaluation des protocoles régionaux
	Réunions inter-établissements
	Clubs de travail thématiques : HPP, Pré-éclampsie, IVG, RCF
Informations à la population	Renseignements téléphoniques
	Site Internet
	Page Facebook
	DVD « Naître et Grandir à la Réunion »
	Web documentaires

### **5.1.2 L'analyse de l'activité de la Cellule de coordination**

L'activité est clairement répartie entre les membres de l'équipe sous la forme d'un tableau synthétique et des réunions internes de l'équipe sont régulière.

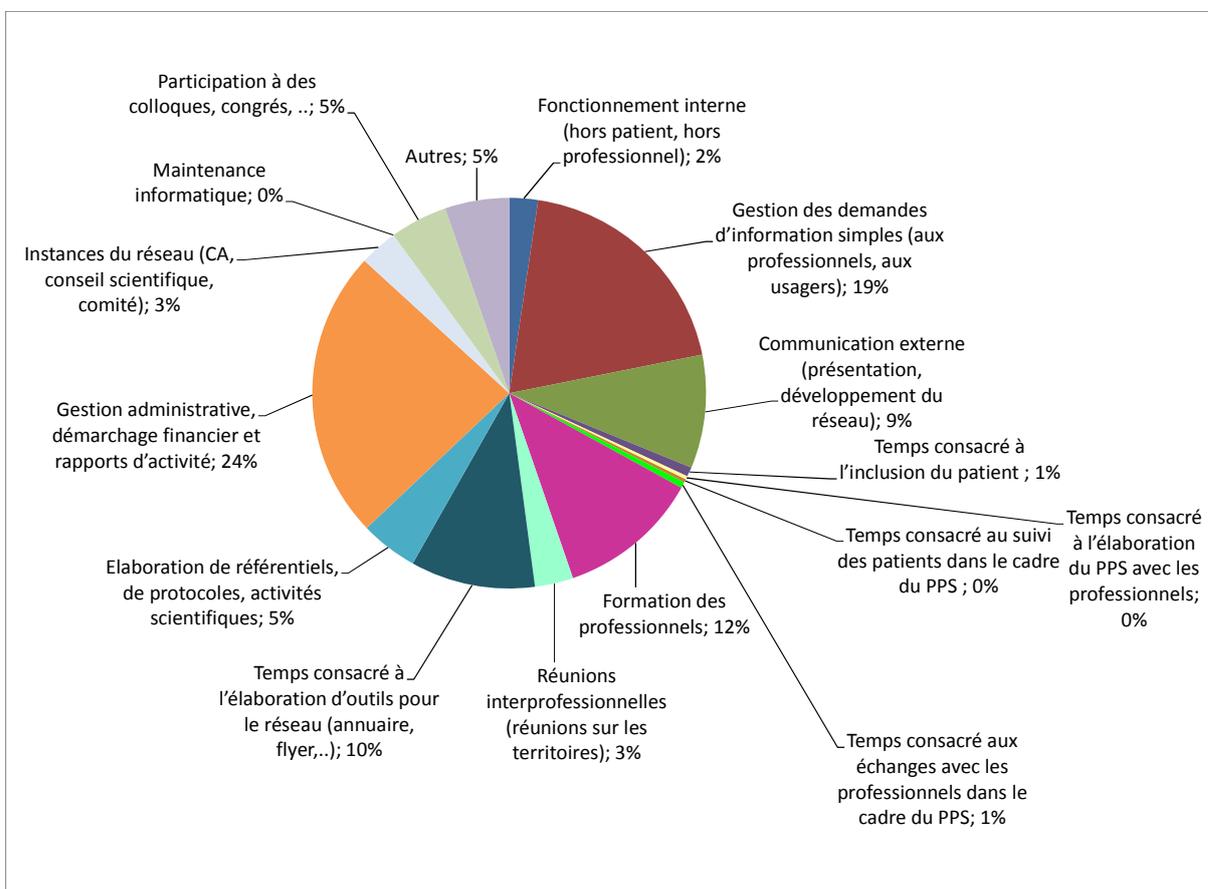
Les éléments suivants reposent sur le recueil ad hoc effectué pour l'évaluation.

#### Analyse globale de l'activité de la Cellule de coordination

D'après les informations remontées par les membres de la Cellule de coordination habituellement, les trois activités principale du réseau REPERE sont les suivantes sur une semaine (cf. graphique suivant) :

- La fonction de **gestion et de pilotage du réseau** (temps de travail de l'équipe de coordination hors patient, gestion administrative, instances du réseau, évaluation externe, maintenance informatique) est, de loin, l'activité qui consomme le plus de temps, soit **32% de l'activité**.
- **L'appui au professionnels, à travers la formation, leurs rencontres et la construction des outils d'amélioration des pratiques** vient ensuite et représente, ensemble **20%** de l'activité de la cellule de coordination. Si l'on y rattache la gestion des demandes d'informations, aux usagers et aux professionnels qui représente, seule 19% de l'activité, le pôle « Appui aux professionnels » représente **39% de l'activité totale**.
- La **communication externe** (présentation, développement du réseau, maillage partenarial, communication grand public...) représente **9%**. **Cette proportion atteint 14% si l'on ajoute la participation à des congrès et colloques**, qui, outre la finalité de transmission/acquisition de connaissances et d'expériences, a également vocation à faire connaître le réseau. Avec le poste d'activité relatif à l'élaboration des outils pour le réseau lui-même (10% du temps total), le poste « communication externe » représente **24% de l'activité du réseau**.
- La **fonction de coordination autour du patient** dans le cadre du PPS ne représente que **3%** de l'activité (inclusion des patients, suivi des patients, échanges avec les professionnels dans le cadre du PPS. Ceci est à mettre en lien avec l'évolution de cette fonction décrite précédemment.
- Il existe 5% de tâches diverses non rattachables aux postes précédents.

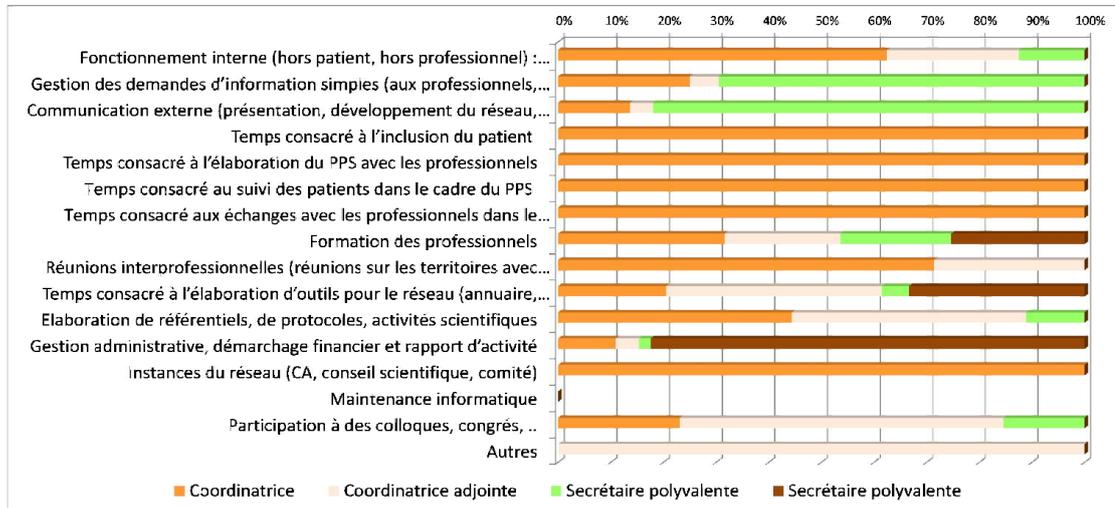
**Figure 2 - Ventilation du volume horaire annuel d'activité de la Cellule de coordination par tâches**



## Analyse du portage des tâches

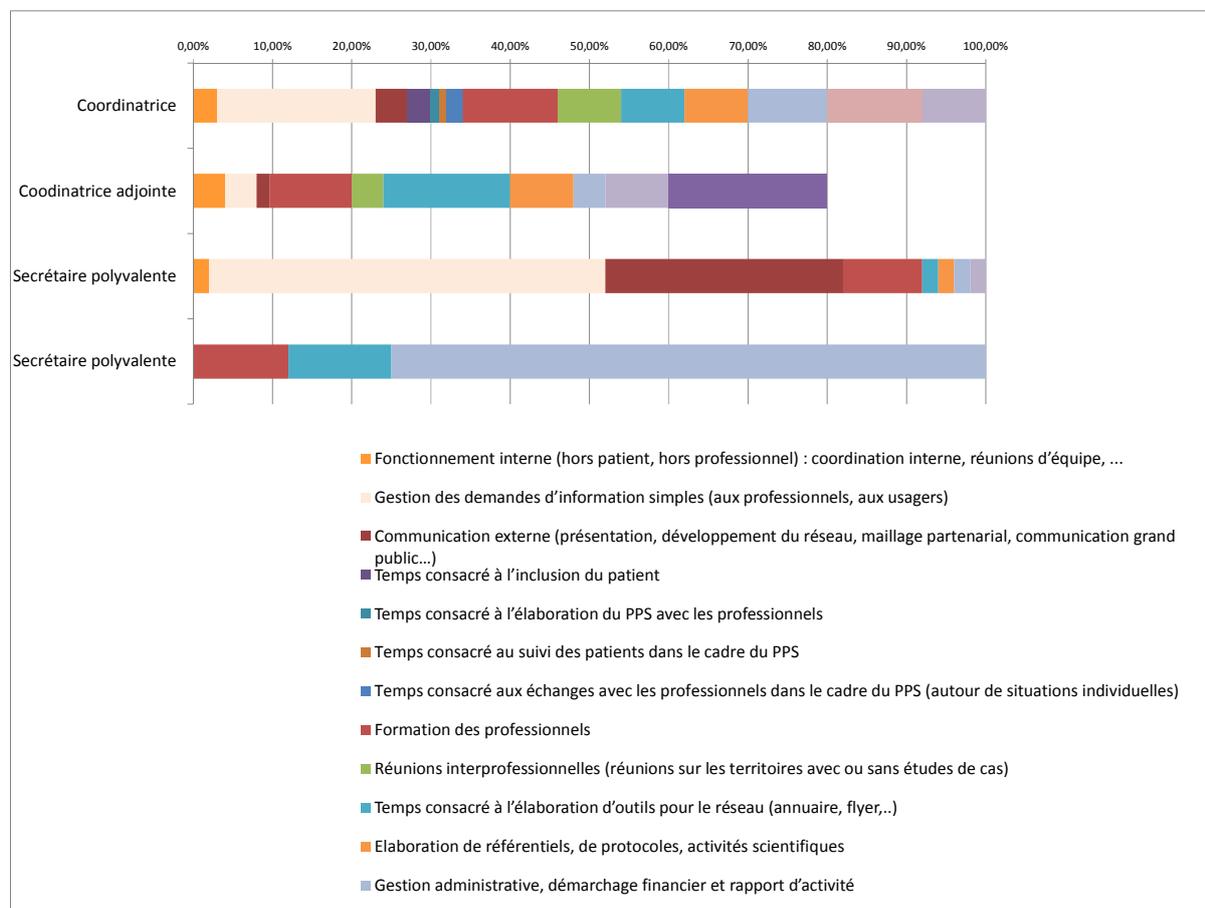
Les graphiques suivants montrent que certaines tâches sont essentiellement portées par un des membres de la cellule de coordination tandis que d'autres sont plus partagées :

**Figure 3 - Portage des tâches par les différents membres de la Cellule de coordination**



## Analyse de l'activité de chaque membre de la Cellule de coordination

**Figure 4 - Activité des membres de la Cellule de coordination**



### **5.1.3 Le pilotage du réseau**

#### **5.1.3.1 La définition des réorientations**

Le CA se réunit deux fois par an mais la pierre angulaire du pilotage reste le noyau constitué du bureau et de la coordinatrice qui échange très régulièrement puis rend compte au CA pour discussion et prise de décision. En attestent les comptes rendus qui tracent les réunions dont le rythme est conforme aux statuts.

Les ajustements se font par les retours des adhérents et participants au réseau, à défaut de pouvoir disposer de données caractérisant les pratiques (PMSI et DCIR) pour orienter les actions en les priorisant.

#### **5.1.3.2 La gouvernance**

Plusieurs demandes ont été faites aux associations d'usagers pour intégrer le CA mais sont restées sans réponse, les associations étant très sollicitées.

#### **5.1.3.3 La promotion du réseau**

En 2014, REPERE a initié la mise en œuvre d'un plan stratégique de communication avec pour objectifs de :

- Planifier annuellement les axes de communication
- Structurer l'image du réseau
- Réaliser des outils de communication soutenant les missions du réseau périnatal

A partir de juillet 2014 et jusqu'en 2015, le Réseau Périnatal s'est adjoint des services d'une chargée de communication indépendante pour une moyenne hebdomadaire de 12 heures. La mission était surtout centrée sur la promotion de l'outil « Naitre et grandir à La Réunion ».

Ce travail de communication a été mené selon différents axes :

- La communication institutionnelle, pour développer la notoriété du réseau et entretenir son image, de nombreux outils ont été conçus (wind flag, plaquette, charte graphique, révision du logo,..) et en 2015 le site internet a considérablement évolué (voir détail au chapitre 5.3.1). Les connections y ont de ce fait connu un rebond avec près de 6000 connections en moyenne mensuelle.
- La communication externe :
  - Dans la région, en direction des professionnels : le réseau a utilisé les relations presse, assuré sa représentation dans des manifestations, distribué son DVD « Naitre et grandir ».
  - Dans la région, en direction de la population : il a déployé sa campagne « Naitre et grandir » à La Réunion avec de manière concomitante diffusion des 11 courts métrages sur la chaîne canal événement et diffusion de flyers, affiches et kits de communication.
  - Au niveau national : présentation du DVD « Naitre et grandir à La Réunion » au collège National de Gynécologue Obstétrique Français (CNGOF).

## 5.2 La participation et l'intégration des acteurs

### 5.2.1 La participation des acteurs au réseau

#### 5.2.1.1 La dynamique d'adhésion

Tous les professionnels de santé des établissements publics ou privés sont de facto adhérents au REPERE grâce aux conventions signées entre les établissements et le réseau et le paiement d'une cotisation annuelle de 1000 euros par établissement. Mais un professionnel de santé d'un établissement peut également adhérer à titre personnel au réseau.

Les professionnels de santé libéraux qui le souhaitent, peuvent adhérer au REPERE, moyennant une **cotisation annuelle de 15 €**. Cette démarche est officialisée par la signature conjointe du bulletin d'adhésion et de la charte qualité professionnelle<sup>26</sup>, qui définit ses engagements dans la qualité de sa prise en charge, son engagement dans des actions de prévention et d'éducation et son regard global sanitaire et social. Cette charte rappelle en outre les droits de l'usager et notamment son libre choix, ainsi que le droit d'accès aux soins pour tous, indépendamment de la situation administrative. Enfin, un engagement à consigner le suivi des femmes dans le carnet de maternité est stipulé. En retour, son adhésion lui donne la gratuité des formations en soirée et des tarifs préférentiels pour les séminaires. En 2016 le réseau a également instauré une **adhésion gratuite**, à travers laquelle les professionnels s'engagent à respecter la charte.

Il n'y a aucune exclusion de professionnel et les conditions sont les mêmes depuis le démarrage.

Incluant les 7 maternités qui constituent le socle du réseau, le nombre d'adhérents a progressé entre 2013 et 2016 passant de 146 à 290 **soit le doublement des acteurs pendant la période**.

D'un point de vue géographique, le système d'information ne permet pas l'analyse du déploiement par territoires mais cet aspect est prévu pour l'avenir.

#### 5.2.1.2 L'implantation du réseau dans son environnement

La cotisation des établissements leur ouvre droit à la gratuité de toutes les formations in situ délivrées par le réseau, la gratuité pour toutes les formations en soirée et des tarifs préférentiels pour les séminaires.

Des prestations dérogatoires étaient données aux psychologues et diététiciennes qui intervenaient sur les parcours avant l'arrêt de ce mode de fonctionnement, soit avant 2014. De même, les médecins gynéco-obstétriciens qui coordonnaient les parcours ont bénéficié de prestations dérogatoires jusqu'en 2015.

Deux autres modalités de rémunération permettent au réseau de fonctionner :

- Le titre de travail simplifié : il concerne les 2 médecins pédiatres réanimateurs qui assurent les formations in situ à la réanimation néonatale en salle de naissance.
- La convention de réversion à l'hôpital : elle concerne un mi-temps de coordination pédiatrique en 2014

---

<sup>26</sup> [http://www.repere.re/fileadmin/user\\_upload/Pro/CHARTE\\_pour\\_site\\_internet.pdf](http://www.repere.re/fileadmin/user_upload/Pro/CHARTE_pour_site_internet.pdf)

### **5.2.1.3 Le rôle des professionnels dans le fonctionnement du réseau**

Le réseau recueille l'opinion des professionnels à chaque formation ou séminaire pour ajuster les programmes de formation. Chaque année, le recueil des doléances est effectué par mail pour l'année suivante.

Ce sont ces éléments qui ont conduit à la diversification de l'offre de services observée, en l'absence de ciblage possible à partir de données plus objectives.

## **5.2.2 La perception du réseau par les partenaires**

### **5.2.2.1 A travers les entretiens**

A l'unanimité, les formations, leur qualité et leur diversité, figurent au premier rang des actions reconnues et plébiscitées par les acteurs interviewés. Le contenu a été reçu avec enthousiasme du côté des sages-femmes, les faisant adhérer en masse en ville mais surtout à l'hôpital.

Tout en notant une évolution dans le sens de l'amélioration, ces derniers considèrent que les situations préoccupantes de l'HPP, pré-éclampsie et réanimation néonatale demeurent les sujets prioritaires.

Les acteurs interviewés pensent souvent que c'est l'incompréhension de ce qu'est le travail en réseau qui crée des freins à l'adhésion. Ils disent cependant arriver à une maturité du travail (en réseau), qui va permettre de s'orienter vers des aspects plus globaux de la période périnatale. Les RMM, qui précisément traite de la globalité de la situation sont particulièrement appréciées de ce point de vue. A termes, elles pourraient conjuguer « *la technicité médicale à la technicité psychosociale* », et ne doivent pas être stigmatisantes (« *comment discuter de la pratique si le professionnel n'est plus reconnu ?* ». Des angles de vue différents existent pour les conduire selon que l'on se place (ou non) dans la perspective de l'avenir de la famille. Malheureusement, les médecins généralistes y sont peu présents. Toutes les rencontres interprofessionnelles, jugées insuffisantes encore, favorisent les évolutions de pratique.

Parfois les acteurs ne connaissent pas bien les activités du réseau. Par exemple, la PMI n'a pas la vision juste de ce qui se fait sur le terrain (connait pas les RMM) et pense qu'inversement la PMI n'est pas suffisamment comprise dans son rôle : elle souhaiterait mieux connaître le type d'actions engagées, le type de personnel et repenser le partenariat, même si les coopérations institutionnelles sont faibles au niveau politique. Le constat est à des relais avec la PMI ne se font pas au bon moment ou trop tard par rapport à l'action qui pourrait être faite: sorties d'hôpital le vendredi soir, lorsque la sage-femme libérale est dépassée, lorsque le médecin généraliste trouve la situation compliqué et consommatrice de temps. La PMI n'a actuellement pas la possibilité de traiter ses certificats de santé, ce qui sera fait par l'ORS en 2017, par convention.

Les sujets qui préoccupent tous les acteurs sont avant tout l'obésité de la femme et celle de l'enfant et le temps clé identifié est l'entretien du 4<sup>ème</sup> mois. Les troubles des apprentissages qui sont extrêmement fréquents à La Réunion, comportent une part de causes posturales chez le nouveau-né.

L'image du REPERE est celle d'une « aide à l'homogénéisation » et à l'amélioration des pratiques professionnelles. Mais pour « appuyer » les médecins, il faut un médecin. Beaucoup de représentations sont en cause dans les difficultés de la communication entre professionnels.

La perception de son ancrage dans le Sud reste forte mais son élargissement aux autres territoires est également noté.

Les usagers sont peu impliqués dans les dispositifs des professionnels et le tissu associatif est peu développé (associations de parents d'enfants prématurés, maison des associations,...). Il existe du point de vue de leur accueil encore des choses importantes à faire comme leur réserver des espaces à l'hôpital, qui pourrait alors devenir un lieu d'échanges à plusieurs dimensions. Leur donner la parole permettrait de bousculer les pratiques.

### 5.2.2.2 A travers l'éclairage qualitatif de l'enquête en ligne

#### *Ce qui a fait connaître le réseau et ses cibles*

---

L'existence des formations est le moyen le plus fréquemment cité ayant permis aux acteurs de connaître le réseau (29,4%) suivies du compagnonnage (« par un autre professionnel », 19,6%) et en 3<sup>ème</sup> position d'un autre moyen que l'enquête n'a pas permis de préciser (15,7%).

Selon les répondants à l'enquête, le réseau s'adresse, par ordre de fréquence, à des professionnels, hospitaliers ou extrahospitaliers, médecins ou non, et chargés de prendre en charge les grossesses (64%), aux patientes avant et après la grossesse (58,8%) et en dernier lieu aux professionnels médecins prenant en charge les enfants de moins de 6 ans(15,7%).

#### *La compréhension du rôle du réseau, ses points forts, ses points faibles*

---

Le rôle le plus fréquemment cité parmi les 3 principaux attribués au réseau est « l'aide à appliquer les recommandations professionnelles » (citée par 59% des répondants), puis « l'aide à coordonner le suivi de la prise en charge en cas de risque » (55%) et enfin « assurer directement la prise en charge des patientes en cas de risque » (43%).

47% des répondants ne trouvent pas de points faibles au réseau. Le point faible le plus fréquemment cité par les répondants est le manque de communication du réseau **autour de la patiente (27% des répondants)** ainsi que le manque d'analyse de la complexité de la situation de la patiente (14%).

#### *Les effets perçus dans la pratique professionnelle*

---

Les effets perçus par les répondants, qui sont cités comme les points forts du réseau, sont par ordre de fréquence : l'aide à « l'anticipation des situations à risque » (43% des répondants), l'apport d'une « meilleure connaissance globale des problématiques de la grossesse » (33%) et, à part équivalente, « l'intégration d'une pratique de concertation pluriprofessionnelle » (24%) et « l'évolution des pratiques professionnelles (25%).

L'appréciation par les professionnels des retombées de leur propre évolution sur la qualité de vie de la patiente et de son entourage est plus difficile car 1/3 des répondants demeure sans réponse à cette série de questions. Ils sont cependant 50% à considérer que l'intervention du réseau a favorisé cette qualité.

66,7% des répondants pensent que l'intervention du réseau a permis d'améliorer la qualité de la prise en charge médicale des patientes.

#### *Satisfaction globale*

---

L'indice médian de satisfaction global des répondants est de 7 sur une échelle allant de 1 à 10 (étendue 2,7 à 10), ce qui représente le score le plus élevé des 5 réseaux.

### **5.2.3 La perception du suivi prénatal par les femmes**

Les 22 femmes interviewées sont suivies par un gynéco obstétricien (8 dont 3 libéraux), une sage-femme (5 dont 4 libérales et 6 n'ont pas encore choisi) ou un médecin généraliste (3).

Sans que l'on puisse en faire une généralité, des éléments importants de vécu sont apportés par les femmes.

C'est le « manque d'information » qui ressort prioritairement des attentes non satisfaites, lequel exprime plus les manques dans son accessibilité et son adaptation aux préoccupations de la femme, que son inexistence. Ces attentes portent :

- Sur le déroulement de la grossesse et de l'accouchement, pour lequel une partie d'entre elles a obtenu des informations par son entourage ou ses propres recherches sur internet ; Sur l'importance et l'existence des séances de préparation à l'accouchement dont certaines n'ont entendu parlé que tardivement par rapport à leur grossesse.
- Sur des informations en lien avec les comportements à adopter, notamment alimentaires, l'anticipation de certaines « nuisances » (renforcement de la ceinture abdominale), les risques qui entourent certains examens particuliers (amniocentèse) ou encore certains dépistages (diabète).
- Sur la prise en compte d'inquiétudes ou le besoin de plus de réassurance en lien avec des situations antérieures vécues (malformation du premier enfant, désir d'avortement du premier bébé,..) ou actuelles (surveillance du RCF).

Plus généralement, le sentiment d'un manque de communication et de professionnels « toujours pressés » (sans stigmatisation d'une catégorie de professionnels en particulier), et de préoccupations d'ordre « technique », pensant « a priori » que « *beaucoup de choses sont sues* ». L'importance accordée à cette communication est grande.

En corollaire, le choix pour leur suivi est porté par ce sentiment d'écoute et de dialogue. La sécurisation apportée par l'hôpital semble plus importante.

Pour autant, elles considèrent que, du point de vue de la régularité des visites et échographies, leur suivi est irréprochable et elles apprécient l'existence du carnet de maternité, d'autant qu'elles constatent parfois l'insuffisance de la communication entre les professionnels (service de diabétologie et de gynécologie, sage-femme et gynéco obstétricien, radiologue et gynéco obstétricien...).

Celles qui le connaissent apprécient le site du REPERE car « *tout y est* ».

## **5.3 Les actions et leur appropriation par les professionnels**

### **5.3.1 Le déploiement**

Ce chapitre ne se veut pas une reproduction des rapports d'activité parfaitement établis annuellement par le réseau mais, autant que faire se peut, il cherche à produire une analyse dynamique de leur mise en œuvre, et restituer leur perception par les parties prenantes.

Les limites rencontrées tiennent à la multiplicité des supports utilisés par le réseau pour en rendre compte, qui témoignent cependant de son souci de transparence, mais qui fait perdre en lisibilité. Il faut cependant rappeler

qu'il existe 30 objectifs opérationnels et 47 réalisations programmées et que ces dernières ont été enrichies avec le temps.

### 5.3.1.1 L'appui aux professionnels de santé

#### *Le partage d'outils et le PPS générique*

---

3 protocoles de parcours de santé (protocole HPP, protocole d'accueil du nouveau-né en salle de naissance et protocole diabète et grossesse), ainsi qu'un protocole générique du suivi de la grossesse, formalisé par le carnet de suivi prénatal (avec repérage et dépistage des risques du 1<sup>er</sup> trimestre et orientations en découlant), ont été créés, diffusés à tous les professionnels et mis en ligne sur le site du réseau en 2013.

Le carnet de suivi prénatal, « générique » a été construit dans le cadre du projet nommé «SUPREME» (2 réunions de travail en 2013) suivi d'un programme de visite aux 150 médecins généralistes suivant des grossesses. Parmi les connaissances souhaitées à la transmission, deux points se sont avérés fondamentaux :

- La correction des anémies en prénatal (contexte préventif des HPP)
- Le dépistage des facteurs de risque et leur orientation adéquate

Sur le site : Tout professionnel de santé adhérent à la charte du réseau peut inclure une patiente. Le réseau ne se substitue pas aux professionnels de santé de premier recours, il facilite la coordination interprofessionnelle, favorise l'accès aux soins. Le PPS est validé par le professionnel de premier recours qui reçoit le CR de la prise en charge.

#### *L'aide à la coordination*

---

- **Les réponses aux sollicitations**

Tous les appels téléphoniques spontanés de patientes et/ ou de familles ainsi que ceux reçus des professionnels par la coordinatrice ou déposés par internet sur le site du réseau entrent dans l'aide à la coordination effectuée par le réseau, e raison de la nature de ces demandes. Chaque sollicitation induit une orientation vers les professionnels de santé concernés par la demande.

Les demandes des femmes portent sur des demandes diverses de conseil (pré ou post IVG médicamenteuse, suivi de grossesse, préparation à la naissance,..) ou des recherches de professionnels dans leur secteur (une diététicienne, une sage-femme,...). Les professionnels de leur côté peuvent interroger sur des conduites à tenir pratiques ou sur des ressources dans des domaines spécifiques comme la psychologie.

**Chaque année depuis 2013, environ 40 demandes d'information arrivent au réseau, dont presque la moitié concerne les usagers, 40% le site et 10 à 12% les professionnels.**

- **Le site du réseau**<sup>27</sup>

Il présente le réseau et propose deux types d'accès, pour le public et pour le professionnel.

---

<sup>27</sup> <http://www.repere.re>

- Pour le professionnel, outre les modalités d'adhésion, le site propose :
  - ✓ Un agenda des formations (et par la suite la mise à disposition des diaporamas de ces formations),
  - ✓ Des alertes sanitaires (relayées de l'ANSM, du CNGOF, de l'ARSOI sur les épidémies),
  - ✓ Une bibliothèque (mise à disposition de publications),
  - ✓ Des informations pratiques : annuaire d'addictologie, documents et protocoles sur le suivi de grossesse, l'entretien anténatal, le dépistage de la trisomie 21, l'hémorragie du Post Partum, la prise en charge du diabète gestationnel, la relation mère-bébé (Protocole peau à peau en salle de naissance), les violences intrafamiliales, les IVG)
  - ✓ La possibilité d'inclure les patientes en ligne
  - ✓ Des petites annonces (remplacements)
- Pour les usagers :
  - ✓ Une sensibilisation à l'importance du suivi de la grossesse et une présentation de celui-ci,
  - ✓ Des explications sur les séances de préparation à l'accouchement
  - ✓ Des informations pratiques sur la déclaration de grossesse, les droits,...
  - ✓ Des informations sur tous les sujets connexes à l'arrivée d'un bébé : allaitement, contraception,...
  - ✓ Des informations sanitaires : infections, ...

Le réseau a par ailleurs créé une liste de maman relai « fente labio palatine » et T21, une carte de référencement des professionnels pratiquant l'IVG et une liste des échographistes référents pour le dépistage de la T21 au 1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse (voir infra).

Une cartographie interactive permet de localiser des professionnels par types: Médecins généralistes, Gynécologues obstétriciens, Echographistes / Radiologues échographistes, Pédiatres, Sages-femmes libérales, Laboratoires de biologie médicale, PMI, Kinésithérapeutes, Maternités, Centres d'Action Médico-Sociale Précoce, Unités de périnatalité et petite enfance, Centres Médico Psychologiques, Structures d'addictologie, Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic

- **Les réunions ville-hôpital**

Elles visent à se faire rencontrer les professionnels libéraux et hospitaliers, favoriser le dialogue, les échanges et le travail collaboratif. Les protocoles sont transmis et des retours d'expériences occupent également le contenu de ces rencontres.

### **5.3.1.2 La formation des professionnels**

La période d'analyse est marquée par la diversité de l'offre de formation que REPERE met en place, s'attachant à proposer de nombreuses modalités pour traiter des mêmes sujets phares (et prioritaires).

L'agenda des formations est accessible en ligne pour les professionnels et diffusé par ailleurs.

***Formations, simulations « Basse Fidélité »: réanimation du nouveau-né sur site et prise en charge de l'hémorragie du post-partum (HPP)***

---

- **Contenu Réanimation du Nouveau-Né (RNN)**

La session se déroule en s'appuyant sur l'état des connaissances des participants qui sont évalués au démarrage par un auto-questionnaire. Des cours théorique sont dispensés le matin tandis que l'après-midi est consacrée à

des cours pratiques durant lesquels divers scénarii sont envisagés, sur des cas de réanimation du nouveau-né en salle de naissance avec exercices pratiques sur mannequin (mannequin MARION (basse fidélité) LAERDAL). Chaque scénario est suivi d'un débriefing.

Un mémo poche sur les recommandations ILCOR 2010<sup>28</sup> sont ensuite distribuées à chaque participant. Un questionnaire d'évaluation post formation est envoyé à chaque participant 1 mois après la formation, par mail personnel (depuis le mois d'avril 2014)

Le réseau a acquis des mannequins basse, et haute définition avec l'émergence du centre de simulation. Ils permettent un apprentissage, un enseignement à la fois individuel et collectif. La simulation en santé correspond «à l'utilisation d'un matériel, de la réalité virtuelle ou d'un patient dit « standardisé » pour reproduire des situations ou des environnements de soins, pour enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et permettre de répéter des processus, des situations cliniques ou des prises de décision par un professionnel de santé ou une équipe de professionnels.» Elle est basée sur l'utilisation de scénarios, plus ou moins complexes, qui utilisent une technique de simulation pour permettre :

- L'entraînement à des gestes techniques (usuels ou exceptionnels) ;
- La mise en œuvre de procédures (individuelles ou en équipe) ;
- L'entraînement au raisonnement clinique diagnostique et/ou thérapeutique ;
- La gestion des comportements (mise en situation professionnelle, travail en équipe, communication, etc.) ;
- La gestion des risques (reproduction d'événements indésirables, capacité à faire face à des situations exceptionnelles, etc.).

➤ **Déploiement**

23 sessions ont été réalisées sur les 24 sessions programmées au Centre de Simulation en Santé (CHU St Pierre)

**193 personnels de santé ont été formés**, ainsi que 18 étudiants (non comptabilisés dans les évaluations en pré formation)

**Tableau 4 Proportion de personnel formé à la réanimation du nouveau né dans 4 maternités de La Réunion en 2015**

2015	% de Pédiatres formés	% de Sages-Femmes formées	% de Puéricultrices formées	% de IDE formées	% de AS/AP *
Groupe Hospitalier Est Réunion	45%	52%	43%	63%	
Clinique Sainte Clotilde	33%	69%	50%	60%	100%
Clinique Durieux	14%	75%			
Groupe Hospitalier Gabriel Martin	100%	100%	100%	100%	

<sup>28</sup> Il s'agit du groupe de néonatalogie de l'*International Liaison Committee on Resuscitation* (ILCOR) qui a publié des recommandations en 2010 sur la réanimation des nouveau-nés [NN] en salle de naissance

## AS/AP : Aides-soignantes et auxiliaires de puériculture

Les organisateurs soulignent que la formation reste peu suivie par le personnel médical : Gynécologue-obstétriciens, Médecins Anesthésiste Réanimateurs, Pédiatres.

### Ateliers pratiques : pose de DIU, et frottis cervico-vaginaux (FCV)

Ces ateliers d'adressent aux sages-femmes, médecins généralistes et internes désireux d'améliorer leur pratique dans ces domaines.

- **Déploiement** Environ 6 sessions programmées par an.

**Tableau 5 Nombre de professionnels formé à SIU par types en 2014 et en 2016**

	Total de professionnels
2014	71
2015	84
2016	37*

\*En 2016, la baisse de l'effectif tient à la co-existence de 2 autres canaux de formation pour ce même sujet : un DU de gynécologie de prévention mis en place par le Pr Von Théobald et une offre des organismes de formation (Aform et MG form ) qui utilisent le matériel prêté par le REPERE dans un partenariat (mannequins, DIU , présentations, films) pour animer leurs sessions.

### E-learning

Au travers de nouvelles ressources pédagogiques utilisant les outils numériques, cette formation validante DPC<sup>29</sup> offre un enseignement ludique sur l'analyse et l'interprétation du rythme cardiaque fœtal (RCF). La partie pédagogique est divisée en deux parties : la première, didactique avec quatre chapitres sur la physiologie fœtale, l'équilibre acido-basique, les différentes anomalies du rythme cardiaque et les actions à envisager en cas d'anomalie et une seconde avec des « exercices » (étude de cas réels afin de s'entraîner à interpréter les RCF). La formation se termine par un test de certification composé de 25 questions à choix multiples et de 5 cas cliniques. Cette formation dure environ 3 à 4 heures et peut être effectuée en plusieurs temps.

Le réseau, agréé DPC depuis janvier 2014, a acheté 200 licences en 2012 (24 000 euros) + 100 licences en 2013 (12 000 euros) soit 300 licences et a organisé des sessions d'appropriation en direction des médecins et sages-femmes entre 2013 et 2015.

---

<sup>29</sup> Développement Professionnel Continu (DPC) est un dispositif de **formation** : initié par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST)

**Tableau 6 Répartition de la distribution des licences e-learning du réseau REPERE entre 2013 et 2015**

	2013	2014	2015	Total action
Nombre de licences attribuées	144	92	58	236

L'E-Learning en RCF est désormais la propriété du CNGOF (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français) : l'achat de licences en 2016 a cependant été possible car ce module est devenu obligatoire dans les formations initiales des gynco obstétriciens du CHU et celle des sages femmes. Le réseau reste administrateur des résultats.

Le CNGOF propose le programme e-learning qui est validant DPC aussi bien pour les médecins que pour les sages-femmes et est conforme aux recommandations pour la pratique clinique du Collège national des gynécologues et obstétriciens français sur la « surveillance du travail »..

#### Serious Game HPP

Les référents des maternités ont été formés avec un « serious game » (HEMOSIM) à la gestion du risque de décompensation cardiovasculaire de l'hémorragie du post partum (HPP). HEMOSIM est un simulateur hémodynamique cardiaque basé sur le Web, qui fournit un environnement permettant aux utilisateurs de modifier de manière interactive les paramètres hémodynamiques cardiaques, tels que le degré de sténose valvulaire et de régurgitation, et d'observer l'effet sur les tracés simulés de pression intracardiaque.

#### Séminaires de formations et EPU

La diversité des sujets traités est importante durant la période. A titre d'exemples :

- Education à la vie affective et sexuelle : création d'un référentiel de compétence, puis formation de 23 acteurs associatifs intervenants en milieu scolaire à l'EVA en 2013 et 41 en 2014. Les différentes sessions ont concerné les 3 territoires de santé. A ces session s'ajoute une intervention auprès de 30 infirmières scolaires sur le thème de l'accompagnement des jeunes en situation de grossesse non désirée.
- Les JOROP (JOURNÉES Réunionnaises Obstétrico-Pédiatriques), la 3<sup>ème</sup> en avril 2015, visent le rassemblement sur 2 journées de l'ensemble des acteurs de la périnatalité autour des sujets phares du domaine.
- Les fentes labio-palatines
- La vaccinologie
- La Journée des CPDPN (Centres Pluridisciplinaires de Diagnostic Prénatal)
- Les ateliers du REPERE : journées d'ateliers de travail en parallèle sur les sujets phares de la périnatalité.
- Les Journées du Diabète
- Journée du registre des malformations

- Formations des professionnels à la promotion des facteurs favorisant l'attachement mère-enfant, en 2013, avec intervention des experts du sujet

### 5.3.1.3 Les démarches « Qualité »

Quelle que soit la modalité proposée, ces démarches visent toutes à introduire des axes d'amélioration pour les situations analysées et enclencher le cycle de la qualité (roue de Deming, ou Plan-Do-Check-Act).

#### *Revue de Mortalité Morbidité (RMM)*

---

Elles visent à prendre du recul et analyser les raisons de la survenue d'un évènement grave comme la mort de la mère ou du nourrisson, et se focalisent sur les incidents qui sont apparus alors qu'existent des recommandations. L'HPP en est un exemple. Elles mixent la ville et l'hôpital.

#### *Agrément des échographistes*

---

Notant que cette activité ne figure pas dans le CPOM mais dans le cahier des charges des réseaux de santé en périnatalité, REPERE délivre, renouvelle ou radie les agréments aux professionnels prescrivant les examens nécessaires au dépistage de la Trisomie 21 foetale : marqueurs sériques combinés du 1<sup>er</sup> trimestre :

- Vérification des pièces nécessaires à la constitution du dossier d'agrément : attestation d'EPP, photocopie du registre de maintenance de l'appareil d'échographie, attestation d'assurance responsabilité civile, charte qualité professionnelle et charte du travail au sein du Réseau signés, diplôme de DU d'échographie).
- Attribution d'un numéro d'agrément aux gynécologues, radiologues, sages-femmes et médecins généralistes.
- Suivi des dates d'expiration des agréments et relance des professionnels concernés conformément à la charte T21 rédigée par la FFRSP.

Une fois agréée, l'échographiste ayant un numéro d'identifiant à un Réseau de Santé en Périnatalité (RSP) peut effectuer le dépistage anténatal de la trisomie 21 (HT21) au premier trimestre de la grossesse.

En 2015, une information par mail a été faite à tous les professionnels agréés pour leur rappeler l'obligation de renouvellement de l'EPP tous les 5 ans. Mais en 2016 la législation a changé, adaptant la nécessité de refaire une EPP ou une formation auprès des CPDPN en fonction du suivi du du radiologue (MoM Cn).

**Tableau 7 Progression des agréments pour HT21**

	<b>Agréments attribués</b>	<b>Agréments renouvelés</b>	<b>Agréments expirés non renouvelés</b>	<b>Régularisation</b>
2014	8	8	3	
2015	14	17	10	5
2016	20	Non concerné*	Non concerné*	6 régularisations 2 radiations

\*Depuis 2015 l'EPP qui devait être faite tous les 5 ans et engendrait un renouvellement d'agrément est devenue caduque. Actuellement, les décisions reposent sur l'évaluation annuelle des MoM Cn

En 2015, 102 professionnels sont agréés par le REPERE pour le dépistage HT21 à La réunion et à Mayotte, mais au 31 Décembre 2016, il en existe 124.

### Clubs de travail thématiques et rédaction/évaluation des protocoles régionaux

- **Contenu**

Les Clubs de travail thématiques ont pour objectifs d'homogénéiser les protocoles, de créer un algorithme de prise en charge régional, validé par les 7 maternités et tous les services concernés. Le séquençage de la méthode de travail est à présent rodé avec une décision qui repose sur la lecture de la littérature et la prise de connaissance des protocoles des autres réseaux de métropole puis sur une discussion et rédaction. Plusieurs sessions de réunions sont relatives à un thème. Une fois le protocole mis en place, le réseau essaie de promouvoir l'analyse continue des pratiques professionnelles, à partir du suivi des indicateurs que le groupe a construit.

- **Le Club HPP** Créé en 2013 avec 4 référents des corps de métiers impliqués dans la prise en charge hospitalière de l'HPP, soit 1 gynécologue obstétricien, 1 médecin anesthésiste réanimateur, 1 sage-femme, 1 infirmier anesthésiste par maternité, et 28 référents au niveau régional. Il a permis **la construction de fiches régionales comme celle du chariot d'urgence**
- **Le Club pré-éclampsie** : Lancé en 2015
- **Le protocole « peau à peau »**
- Les clubs réanimation du nouveau-né et IVG sont nés fin 2016

- **Déploiement :**

**Tableau 8 Mise en place des clubs de travail et production des protocoles régionaux du REPERE**

	2013	2014	2015	2016
<b>Club HPP</b>				
Formation des référents	09/2013			
Réunions		05/06/ 2014 : 18 participants  02/10/2014 : 26 participants  15/12/2014 : 23 participants	30/03/2015 : 22 participants  22/09/2015 : 17 participants  +  Mise en place des mesures correctrices (protocole régional, chariot et fiche des facteurs de risques)  +Audits cliniques ciblés et retours d'expériences  +Nouveau protocole	Suivi de la prise en charge par indicateurs  Démarche d'intégration des professionnels du CH Mayotte
<b>Club Pré-éclampsie</b>				
Lancement			19/08/2015 : 14 participants  Réu état des lieux : 23 participants  <b><u>Arrêt</u></b> du fait de la parution de recommandations nationales	

### Audits cliniques ciblés

Ils ont découlé du Club HPP, sur la mise en place effective des chariots et sur l'application du protocole régional. Ils ont permis d'évaluer la démarche qui s'est avérée bien appliquée.

### Réunions inter-établissements

Débutées en septembre 2014, elles visent la rencontre des professionnels des 7 établissements. Au rythme prévu de 2 par an, elles traitent des sujets qui intéressent prioritairement les professionnels, comme les transferts in utero (modalités et outils des demandes, protocoles,...)

**Tableau 9 Participation aux réunions inter établissements**

	2014	2015	2016	Total action
Nombre de participants	32	34	30	236

#### **5.3.1.4 Actions en direction du public**

En dehors des réponses données aux sollicitations directes par téléphone, les services du site Internet et la page facebook traitées au chapitre 5.3.1, le réseau :

- A produit un documentaire modulaire de 50mn en partenariat avec Canal+ pour impliquer la femme et le couple dans le suivi de la grossesse, le dépistage des risques. Chaque module tourné a été validé par le comité scientifique :
  - Le suivi de la grossesse : dépistage précoce des risques du 1er trimestre
  - Les acquisitions au cours des 2 premières années
  - Prise en charge du diabète, du surpoids et de l'obésité

Ce documentaire a été publié sous la forme d'un DVD : « Naître et Grandir à la Réunion »

- A proposé pendant une année, d'avril 2013 à mai 2014 des ateliers d'éducation nutritionnelle. 96 femmes en surpoids ou obèses ont effectivement pu bénéficier de ces ateliers dont un tiers a atteint ses objectifs. L'arrêt a été motivé par la difficulté de traçabilité cohérente entre intervenants, une faible adhésion des femmes et l'absence d'extension possible à la région (démarche limitée au Sud).
- Intervient dans des manifestations grand public en partenariat avec des acteurs administratifs, politiques, ou institutionnels (CAF, La région, CGSS, Communes,...)

#### **5.3.1.5 Les actions collaboratives**

##### A La Réunion

- Collaboration transversale sur le Syndrome d'Alcoolisation Fœtale (SAOME) : écriture conjointe des deux réseaux du rapport sur « état des lieux et préconisation du SAF et des TCAF à La Réunion » qui a

constitué un important investissement de temps sur une période de 4 mois, actuellement décliné en plan d'action par l'ARSOI

- Implication dans le projet des maisons de naissance
- Collaboration avec le CPDPN du CHU
- Collaboration avec l'URPS sages-femmes
- Fédération des Réseaux
- Convention avec les autres associations

#### *Dans l'Océan Indien*

---

- Formation des sages-femmes de Mayotte
- Collaboration avec le Réseau Périnatal de Mayotte (REPEMA) à qui REPERE a transmis le dossier type RMM, des outils pour les professionnels de santé en version mahoraise, le protocole de diabète gestationnel et le DVD « Naitre et grandir ».

## **5.4 La participation globale**

Le suivi réalisé par le réseau permet d'indiquer que la participation globale à son offre de formation, considérée dans sa diversité est passée de 308 professionnels toutes catégories confondues en 2015 à **758 en 2016, auxquels devraient théoriquement s'ajouter les élèves sages femmes.**

## **5.5 La perception des actions par les acteurs**

L'éclairage apporté par les répondants à l'enquête est un complément qualitatif des entretiens qui permet de comprendre les éléments principaux de la perception de la démarche du réseau par les médecins.

Par ordre de reconnaissance de l'utilité et en dehors des Clubs qui n'ont pas pu être évalués en raison d'une erreur dans le questionnaire:

- Les recommandations et protocoles régionaux, avec 92,1% des répondants qui les considèrent tout à fait (39,5%) à plutôt (52,6%) utiles sont les actions qui emportent la plus forte adhésion des répondants.
- Les formations sont considérées par 88,3% des répondants tout à fait (41,2%) à plutôt (47,1%) utiles.
- Les réunions ville hôpital sont considérées par 77% des répondants tout à fait (38,5%) à plutôt (38,5%) utiles.
- Le parcours est considéré par 63% tout à fait (24%) à plutôt (39%) utile.
- Les RMM sont considérées par 60,8% des répondants comme tout à fait (27,5%) à plutôt (33,3%) utiles, mais il faut nuancer ce constat par 35,3% des répondants qui déclarent ne pas les connaître

- Les réunions inter établissements sont considérées par 47,1% des répondants comme tout à fait (19,6%) à plutôt (27,5%) utiles mais il faut nuancer ce constat par 41,2% des répondants qui déclarent ne pas les connaître

## ***6 L'analyse «médico-économique»***

---

L'analyse réalisable à partir des données disponibles n'est pas « économique » ni « médico-économique » dans la mesure où l'appréciation du gain sanitaire de l'« investissement » réalisé n'est pas quantifiable, pour la collectivité.

Au mieux, il est possible de réaliser une analyse financière qui doit cependant permettre d'ouvrir la réflexion sur la notion d'adéquation entre les financements alloués et le niveau d'atteinte des objectifs.

### **6.1 Recettes et dépenses**

#### ***6.1.1 Les recettes***

D'après les statuts de l'association, les ressources peuvent comporter:

1. Les subventions de l'état, des régions, des départements et des communes, ainsi que des établissements publics.
2. Les recettes des manifestations exceptionnelles et s'il y a lieu avec l'agrément de l'autorité compétente.
3. Le produit des libéralités dont l'emploi est autorisé au cours de l'exercice.
4. Le produit des ventes et des rétributions perçues pour service rendu.
5. La cotisation annuelle dont le montant est fixée lors de l'Assemblée Générale Ordinaire.
6. Des capitaux provenant des économies réalisées sur son budget annuel.
7. Des dons manuels.

L'analyse des bilans montre que le financement du réseau provient essentiellement du Fonds d'Intervention Régional (FIR). **Le CPOM 2013 – 2016 prévoyait une dotation FIR annuelle correspondant à 482 667€ par an.** C'est le montant effectivement perçu par le REPERE en 2014 et en 2015.

**Tableau 10 – Evolution de la subvention FIR perçue par REPERE entre 2013 et 2015**

	2013	2014	2015
Montant annuel de la subvention FIR	474 674 €	482 667 €	482 667 €
Part de la subvention FIR dans les produits d'exploitation	79,4%	83,4%	81,6%

Source : Bilans financiers 2013, 2014 et 2015 du réseau REPERE

Les produits d'exploitation du REPERE sont composés de deux autres sources de financement significatives :

- Des subventions octroyées par l'ARS pour des projets spécifiques, tels que l'éducation à la vie affective, l'éducation nutritionnelle, la prévention du bébé secoué,...

- La vente de prestations correspondant à l'organisation de journées de sensibilisation, de séminaires,... (ex : Journées de la Périnatalité, Journées Réunionnaises Obstétrico-Pédiatriques, Journées du Diabète, Film « Naître et Grandir, Actus Pré-éclampsie,...)
- Des subventions associées à l'embauche de contrats aidés.

**Tableau 11 – Autres produits d'exploitation significatifs perçus entre 2013 et 2015**

	2013	2014	2015
Subvention de projets	64 500 €	32 948 €	42 352 €
Production vendue de biens et services	33 805 €	35 950 €	43 170 €
Subvention de contrats aidés	8 876 €	13 628 €	9 372 €

Source : Bilans financiers 2013, 2014 et 2015 du réseau REPERE

Le REPERE perçoit également quelques cotisations :

**Tableau 12 – Montant des cotisations perçues entre 2013 et 2015**

	2013	2014	2015
Montant des cotisations	9 280 €	8 900 €	9 535 €

Source : Bilans financiers 2013, 2014 et 2015 du réseau REPERE

**Au total, en 2015, les produits d'exploitation perçus par le réseau REPERE correspondent à 591 363 € (Total des produits : 594 976 €).** Ils sont stables par rapport aux exercices précédents (+2% entre 2014 et 2015).

**A la fin de l'exercice 2015, la trésorerie du réseau s'élève à : 504 397€.**

### **6.1.2 Les dépenses**

L'analyse des fonds dédiés souligne que le réseau ne consomme pas l'ensemble des ressources attribuées chaque année par l'ARS. Entre 2014 et 2015, ces fonds sont en augmentation tandis que le report des ressources non utilisées sur exercices antérieurs est en baisse.

Les fonds dédiés concernent les dotations de fonctionnement mais aussi les subventions obtenues pour la mise en œuvre de certains projets spécifiques. Fin 2015, par rapport à l'ensemble des subventions obtenues, 15% restent à consommer (soit 245 000€). Concernant spécifiquement les dotations de fonctionnement du réseau versées par l'ARS entre 2013 et 2015, 12,5% des montants obtenus n'ont pas encore été utilisés.

**Tableau 13 – Evolution des fonds dédiés et des engagements à réaliser sur ressources affectés**

	2013	2014	2015
Fonds dédiés en fin d'exercice	142 950€	142 770€	245 001€
Engagements à réaliser sur ressources affectés correspondant à l'utilisation des excédents budgétaires constatés lors des exercices suivants	133 950€	102 020€	178 359€
Report des ressources non utilisées sur exercices antérieurs, qui correspond à l'utilisation des fonds dédiés sur l'exercice N	68 648€	102 200€	76 128€

Source : Bilans financiers 2013, 2014 et 2015 du réseau REPERE

Comme le montre le tableau suivant, en 2015, la subvention FIR (report de ressources compris) couvre 104% des charges d'exploitation.

Sur les trois années considérées, les salaires chargés représentent un peu plus de 40% de l'ensemble des charges. Ce taux est stable sur les trois années (43% en 2013, 41% en 2014 et 41% en 2015).

Quant aux charges externes, elles représentent sur les trois années plus de 53% du total des charges. Elles comprennent notamment les frais liés à la mise en œuvre des différents séminaires et journées organisés par le réseau.

**Tableau 14 – Charges d'exploitation du réseau 2013-2016**

Nature des dépenses	Nature des prestations	Montants		
		Budget 2013	Budget 2014	Budget 2015
CHARGES D'EXPLOITATION	SALAIRES CHARGES	223 462 €	236 233 €	193 937 €
	ACHATS ET CHARGES EXTERNES	269 411 €	306 840 €	248 852 €
	AUTRES CHARGES D'EXPLOITATION	19 064 €	22 860 €	22 027 €
<b>TOTAL DES CHARGES D'EXPLOITATION</b>		<b>511 937 €</b>	<b>565 933 €</b>	<b>464 816 €</b>
<b>TOTAL GENERAL DES CHARGES</b>		<b>514 997 €</b>	<b>573 431 €</b>	<b>467 892 €</b>

Source : Bilans financiers 2013, 2014 et 2015 du réseau REPERE

## 6.2 Analyse des dépenses

Le rapprochement de l'analyse de l'activité du réseau (section 5.1.2) permet de réaliser une estimation du coût du réseau par pôles d'activité.

Pour rappel, dans les grandes lignes, le temps consacré par l'équipe du réseau se répartit comme suit :

- 32% du temps est consacré à la gestion et au pilotage du réseau ;
- 39% à l'appui des professionnels (la formation, les rencontres professionnelles, la réponse aux informations, même si elles incluent les réponses aux usagers);

- 24% à la communication externe, à l'élaboration d'outils pour le réseau et à la participation à des colloques et congrès;

Ces missions représentent 95% de l'activité globale du réseau. Appliquées aux charges annuelles d'exploitation supportées sur l'année 2015, ces proportions font ressortir les coûts suivants par domaine d'activité :

- 148 741 € consacrés à la gestion et au pilotage du réseau ;
- 181 278 € consacrés à l'appui et à l'information des professionnels ;
- 111 556 € consacrés à la communication externe, à l'élaboration d'outils pour le réseau et à la participation à des colloques et congrès;

## ***7 Conclusions***

---

### **7.1 Dans quelle mesure le réseau a-t-il adopté une organisation pertinente, conforme à sa charte et/ou à son CPOM?**

#### ***7.1.1 Adéquation des missions avec les besoins des patients et les orientations politiques***

En matière périnatale, les indicateurs de La Réunion demeurent péjoratifs en dépit d'un niveau d'offre de prise en charge théoriquement semblable à celui de la métropole. C'est pour cette principale raison que les comparaisons s'opèrent constamment, à tort ou à raison, avec elle. Il existe cependant des facteurs sociétaux défavorables à La Réunion et associés (au sens statistique) avec les indicateurs habituellement analysés en périnatalité. L'existence de ces facteurs, combinés dans l'IDH qui pondère la réalité brute, donne l'opportunité de penser que les explications à ces différences observées résident dans la dimension sociale de la prise en charge. Or, peu d'éléments analysent, en périnatalité comme en général, la dimension effectivement « fonctionnelle » de l'offre de prise en charge. Cet aspect inclut l'articulation entre acteurs et le rôle des dysfonctionnements éventuels dans le résultat sanitaire observé. Ainsi, le niveau de collecte d'événements traduisant la qualité effective de la prise en charge et l'absence d'analyse croisée disponible ne permet pas d'écarter des dimensions de fonctionnement du système de santé dans le niveau des indicateurs observés.

La première difficulté du réseau, qui a par ailleurs déployé des efforts importants pour actionner les différents leviers de la qualité en intra-hospitalier, est précisément de ne pas pouvoir mesurer son action à partir d'un système d'information adéquat et encore moins de pouvoir ajuster cette dernière à des analyses. En particulier, les informations issues des bases de données de l'assurance maladie (DCIR issu du SNIIRAM) ou du PMSI, toutes deux traçant les actes ne sont pas utilisables pour apprécier l'évolution des pratiques professionnelles. Le recensement de tous les événements indésirables graves constitue une autre source informative mais elle est parcellaire, « spontané » du côté hospitalier et quasi inexistant pour la partie ambulatoire. Il est d'ailleurs surprenant, sauf erreur dans la recherche documentaire que nous avons faite, de ne pas trouver la collecte de cette information et surtout son utilisation dans une mise en perspective avec les indicateurs de périnatalité au niveau national, dans les enquêtes nationales périnatales.

Sa deuxième difficulté pour se positionner sur le terrain en tant que réseau de santé, est d'être à la fois défini par un cahier des charges national qui le rend spécifique et de devoir s'interroger comme tous les réseaux de santé quant à la définition de ses services (notion « d'appui à »). Bien qu'écarté par le guide de la DGOS 2012 repositionnant les réseaux de santé, la dynamique régionale et les questions émergentes autour du dispositif de PTA soulèvent des questions et de vraies interrogations auxquelles le réseau comme l'ARS devront répondre.

Le sens de l'instruction du 3 juillet 2015 relative à l'actualisation et l'harmonisation des missions des réseaux de santé en périnatalité (RSP) dans un cadre régional est de gommer les inégalités observées dans l'appropriation des services des RSP, face aux constats, par exemple, de création de réseaux spécifiques pour des fonctions prévues initialement (IVG) ou de missions additionnelles données par les CPOM régionaux.

Cette instruction, détaillée au chapitre 3.2.2, redonne désormais un socle commun, ouvre l'action des RSP à l'articulation ville-hôpital, à l'accès à l'IVG (ce qui suppose un lien avec les acteurs habituellement identifiés dans le champ de la prévention ou du social), au suivi des enfants vulnérables (ce qui suppose l'articulation avec les

acteurs concernés incluant ceux du handicap et le réseau pédiatrique) mais prévoit à nouveaux des objectifs additionnels donnés par les ARS dans le cadre des CPOM.

Au niveau régional, et via le PRS de première génération, il existe une ambiguïté au regard des missions qui sont données au REPERE en le positionnant dans un CPOM « soins », qui précise par ailleurs qu'il n'est pas concerné par le guide DGS 2012 - visant l'amélioration de la coordination des soins par l'évolution des réseaux de santé, et qui repositionne les réseaux de santé dans le soin et dans l'appui à la coordination des parcours complexes- mais qui fixe l'amélioration de cette coordination entre acteurs comme un objectif stratégique du réseau. En revanche, le CPOM laisse au réseau un objectif « prévention » qui correspond à son identité en tant qu'acteur soutenant globalement la périnatalité, avec un axe préventif développé.

Aujourd'hui le réseau se positionne lui-même dans le soin à travers les termes de sa charte professionnelle<sup>30</sup>, alors que ses actions dont on a vu la richesse et la diversité y compris en direction de la population, répondent à des principes d'intervention beaucoup plus large. L'analyse permet de comprendre l'enfermement d'ordre sémantique alors que le « soin » est entendu dans son acception large de « prendre soin » comme en témoigne le détail des engagements que le professionnel doit prendre dans cette même charte et qui stipulent une « participation aux actions de prévention, d'éducation, de soins et de suivi sanitaire et social ».

Au final, l'ensemble de ces éléments traduit le malaise et la difficulté à concilier, non pas des orientations de politique mais des constructions de politiques à deux niveaux et qui créent des problèmes artificiels de spécificité organisationnelle (voir question 7.3) à l'origine de difficulté dans la lecture de l'action, son déploiement et sa réorientation.

Au vu de la réalité périnatale à La Réunion, il va de soi que Le REPERE fait face à de réels besoins dans son domaine et que les réalisations qu'il a porté répondent à ces besoins, même si la partie traitée prioritairement (et sans doute à juste titre) reste centrée sur la sécurité et la qualité de la naissance (voir infra), mais conformément (en proportion) aux réalisations prévues par le CPOM.

Le nouveau cahier des charges comme le nouveau CPOM sont donc une opportunité pour réaffirmer l'ouverture nécessaire aux autres pans de la périnatalité en commençant par une meilleure analyse des motifs et des obstacles à ce (non)déploiement, et qui sont proposés dans le chapitre des recommandations de ce rapport d'évaluation. Ceci s'avère d'autant plus important que les fléaux actuellement en croissance concernent l'obésité et le diabète pour lesquels la prise en charge doit être adaptée mais qui nécessitent des efforts pluri partenariaux en amont, dans le champ du soin comme dans le celui de la prévention.

### ***7.1.2 Adéquation de l'organisation avec les missions et capacité de l'organisation à mettre en œuvre ses missions***

Sur la période analysée, et malgré une équipe de coordination restreinte, le réseau a témoigné de sa capacité à porter un projet ambitieux, au niveau de sa gouvernance comme au niveau des activités menées.

Après avoir déployé des **efforts importants pour faire évoluer son fonctionnement**, le réseau est entré en 2015 dans une nouvelle **phase de travail**. L'équipe de coordination témoigne de sa volonté **de conduire son projet avec rigueur**, comme en témoigne les débriefings internes, les interactions fréquentes avec le bureau et la traçabilité consciencieusement recherchées des temps forts du fonctionnement. Pour autant, le suivi des

---

<sup>30</sup> [http://www.repere.re/fileadmin/user\\_upload/Pro/CHARTE\\_pour\\_site\\_internet.pdf](http://www.repere.re/fileadmin/user_upload/Pro/CHARTE_pour_site_internet.pdf)

réalisations, soulignant cependant l'étendue de ces dernières, a manqué jusqu'ici d'unité, sous la forme d'un tableau de bord global pour permettre avec plus de simplicité d'appréhender l'activité du réseau.

Les instances de l'association REPERE, conformes au statut associatif, assurent avec assiduité la fonction de suivi du projet et d'orientation stratégique, et n'appelle aucun aménagement complémentaire. Le noyau du pilotage, à travers le bureau, s'est sécurisé en doublant les membres titulaires de suppléants. Il manque cependant la présence des usagers malgré les tentatives restées vaines du réseau en direction de la maison des usagers, et la faible part de professionnels libéraux dans le conseil d'administration, en soulignant l'intégration récente d'un médecin généraliste et le recrutement en 2017 d'un coordinateur généraliste pour y pallier. S'agissant des médecins généralistes, cette difficulté est commune à la plupart des réseaux réunionnais.

### ***7.1.3 Adaptabilité et stabilité de l'organisation dans le temps***

REPERE a déjà engagé les missions correspondantes en grande partie à l'actuel cahier des charges des réseaux de santé en périnatalité, et a pris ses marques auprès de la plupart des acteurs.

## **7.2 Dans quelle mesure le réseau s'inscrit-il dans son environnement? Dans quelle mesure le réseau a-t-il adopté un fonctionnement favorisant la participation et l'intégration des acteurs?**

### ***7.2.1 Capacité du réseau à mobiliser les différentes parties prenantes (notion d'ancrage territorial)***

REPERE est un acteur connu et reconnu dans le monde hospitalier de la périnatalité, mais également parmi les acteurs spécialisés de la périnatalité. Sa stratégie d'action repose sur une pierre angulaire majeure : les formations, que le réseau a largement déployées et diversifiées afin de toucher et rallier le plus grand nombre. Le recours à des modalités modernes et ludiques sont un succès auprès des professionnels de la périnatalité, mais ne suscitent pas toujours l'intérêt escompté dans le monde médical et celui des généralistes en particulier. Le réseau a misé sur les regroupements de professionnels pour fédérer, autour des sujets phares qui engagent le pronostic vital de la mère et de l'enfant. Les recommandations et référentiels produits, co-construits dans les clubs, ont permis de diffuser et d'adopter en référence des conduites à tenir homogènes pour la région vis-à-vis des problèmes jugés prioritaires (mortalité maternelle, mortalité néonatale). L'analyse atteste d'une montée en charge des adhésions et des participations aux formations et d'une manière plus large aux activités proposées.

Il demeure cependant aujourd'hui principalement tourné vers le volet maternel de la périnatalité ou vers la dimension hospitalière néonatale du volet pédiatrique, ce qui a tenu, notamment, à la part majoritaire de la néonatalogie dans la surmortalité infantile observée à La Réunion (80% environ des causes).

Le réseau a sollicité en vain les associations d'usagers pour intégrer le CA.

### ***7.2.2 Qualité de l'articulation avec les partenaires institutionnels (cohérence externe)***

Le REPERE a permis de fédérer les 7 maternités de La Réunion autour de la diversité de ses interventions. Les relations avec la PMI restent à consolider notamment par une meilleure connaissance mutuelle et une présentation du large panel d'activités que le réseau met en œuvre aujourd'hui.

### **7.3 Dans quelle mesure le réseau met-il en œuvre les fonctions d'appui à la coordination répondant aux besoins des professionnels de premier recours?**

En dépit des différences entre les RSP et les autres réseaux de santé, concernés par le guide d'évolution vers les fonctions d'appui produit en 2012 par la DGOS, lesquelles sont rappelées dès l'introduction du CPOM de REPERE ou du cahier des charges des RSP du 3 juillet 2015, notre lecture ne se rallie pas à cette opposition. Notre argument repose sur la classification des objectifs du réseau que nous avons réalisée à partir des définitions des différentes fonctions d'appui des réseaux de santé, données par la HAS.<sup>31</sup> Soulignant néanmoins d'emblée que la différence porte plutôt sur le niveau du recours sur lequel agit le RSP, il existe des principes d'intervention tout à fait superposables quant à la typologie des actions mises en œuvre.

Cet exercice, présenté dans le Tableau 15 montre :

- Sur 4 orientations stratégiques, 30 objectifs opérationnels et 47 réalisations programmées pour REPERE, 1 seule intervention est inclassable avec les définitions de l'HAS.
- Sans grande surprise, l'affectation des réalisations à l'axe 2 « d'aide à l'organisation du travail pluridimensionnel et à l'animation territoriale » est la plus fréquente (41/47, soit **87% des réalisations**)
- Au sein de cet axe 2, la dimension 10 (« Aider à élaborer et à suivre des protocoles pluri professionnels ») domine avec 26/41 soit **63% des réalisations**, les autres dimensions étant :
  - La dimension 12 (« Soutenir les actions de prévention et promotion de la santé ») : 7/41 (17%)
  - La dimension 13 (« Aider à développer la culture de sécurité au niveau du territoire ») : 3/41 (7%)
  - La dimension 14 (« Participer au guichet intégré ») : 2/41 (5%)
  - La dimension 15 (« Partager l'information au niveau du territoire ») : 2/41 (5%)
  - la dimension 17 (Prendre en compte les avis de la population ») : 1/41 (2%)
- 2 dimensions de l'axe 1 (« Aide aux professionnels pour organiser les parcours des patients ») : la dimension 1 (1 fois) : « Aider au repérage des personnes en difficultés » et la dimension 2 (2 fois) : « Aider à planifier, suivre, et réévaluer les interventions du PPS ».
- 1 dimension de l'axe 3 (« Adoption d'un mode d'organisation adapté à ces fonctions) : la dimension 18 (« Travailler au plus près des organisations de soins primaires ») : cette dimension se réfère notamment à la coopération inter-réseau.

**Ainsi, l'ensemble des actions relatives à l'amélioration de la qualité et de la sécurité correspond bien au développement des fonctions d'appui de l'axe 2 et en particulier à la dimension 10 définies par la HAS.**

Cet exercice est d'autant plus important que, comme le montre le tableau 17, le nouveau cahier des charges de 2015 réaffirme plus de la moitié des réalisations déjà en place pour REPERE (13 partiellement ou totalement

---

<sup>31</sup> HAS. Organisation des parcours. Grille d'auto-évaluation des réseaux de santé. Guide d'utilisation. Janvier 2015

engagées sur la vingtaine de réalisations proposées, identifiées par une reconstruction sommaire de la théorie d'action implicitement décrite dans ce cahier des charges national).

Les autres réalisations sont :

- Soit sont à consolider: il s'agit principalement de tout ce qui touche au recueil et au traitement de l'information, à visée descriptive, explicative ou (et ce point est important) de surveillance. Il va donc s'agir de mieux soutenir les équipes dans l'organisation du recueil et l'analyse, au sein d'un cycle constructif de l'amélioration de la qualité (roue de Deming).
- Soit à mettre en place

Le réseau se décrit en appui du premier recours mais l'analyse du déploiement et la réalité des moyens dont il dispose le positionne davantage dans le maillage et l'amélioration des compétences et de la qualité des pratiques du deuxième recours.

**Tableau 16 : Classification des réalisations programmées de REPERE au cours du CPOM 2013-2016 à partir des définitions des fonctions d'appui de l'HAS**

Axe (dimension) des fonctions d'appui selon l'HAS	Réalizations programmées	Objectifs opérationnels	Orientations stratégiques
Axe 2(Dim 10)	Diffusion aux MG, SF, Gynécologues, pédiatres	Diffuser les recommandations de BP de suivi et orientation de la grossesse et du nné à risque (HAS, CNGOF, SFN, SFP)	1- Participer à la structuration du parcours périnatal en ville, dans les maternités et dans les unités de néonatalogie
Axe 2(Dim 10)	Mise en ligne sur le site du REPERE		
Axe 1(Dim1)	Définition des situations cliniques pour lesquelles un PPS est nécessaire	Elaborer et diffuser les PPS génériques et les parcours de soins aux ML, SF libérales, gynecoobstétriciens, pédiatres, cadres des établissements	
Axe 1(Dim3)	Elaboration des PPS de manière pluridisciplinaire		
Axe 1(Dim3)	Diffusion les PPS génériques aux professions cibles		
Axe2(Dim 14)	Création d'une liste de professionnels ressources/mise à jour annuelle	Identifier annuellement les professionnels de santé référents dans chaque territoire de santé	
Axe2(Dim 12)	Création du documentaire "périnatalité"	Impliquer et informer la population en matière de périnatalité	
Axe2(Dim 10)	Participation à la délégation de compétence pour les SF de Mayotte/Formation des SF à la pose de KIWI, de ballonnet de Bakri/Soutien de la structuration des services et des formations avec les PUPH	Soutenir la périnatalité à Mayotte	
Axe 2(Dim 15)	Participation aux choix des indicateurs pertinents analysables, fiables	Appuyer la mise en œuvre du PMSI élargi et l'utilisation de ses résultats par les professionnels	2 - Développer la démarche qualité en ville et en maternité
Axe 2(Dim 15)	Etre le bras armé déclinant les actions à mettre en place au vu de l'analyse de ces indicateurs		
Axe2(Dim 10)	Mise en œuvre du projet SUPREME	Sensibiliser et former les médecins et SF aux BP dans le suivi prénatal	
Axe2(Dim 10)		Diffuser les alertes, les recommandations des sociétés savantes	

	Réalisations programmées	Objectifs opérationnels	Orientations stratégiques
Axe2(Dim 10)	Formation basse et moyenne fidélité	Poursuivre la formation des professionnels de santé à la réanimation du nouveau né en salle de naissance	2 - Développer la démarche qualité en ville et en maternité
Axe2(Dim 10)	Analyse des pratiques, optimisation de la formation et la pratique des enseignants	Evaluation de la formation à la réanimation du nné en salle de naissance par simulation	
Axe2(Dim 10)		Initier in situ la formation aux gestes de la prise en charge de l'arrêt cardiorespiratoire maternel	
Axe2(Dim 10)	Elaboration du protocole régional, validation, diffusion, formation	Poursuivre la formation des professionnels ressources dans la prise en charge de l'HPP	
Axe2(Dim 10)	Réunions du Club HPP		
Axe2(Dim 10)	Elaboration du protocole de PEC en hospitalier, validation, diffusion, formation	Initier la formation des professionnels dans la prise en charge de la Pré-éclampsie en hospitalier et en ville	
Axe2(Dim 10)	Elaboration d'un protocole de PEC en ville, formation des MG et des SFL		
Axe2(Dim 10)	Distribution des licences, suivi des résultats	Mise en place et suivi de la formation en Elearning en RCF	
Axe2(Dim 10)	Etablir un protocole de suivi en post partum des nnés à risques, validation, diffusion aux MG, SF, pédiatres, gynécologues obstétriciens	Initier les médecins et les SF au protocole de suivi et d'orientation en postnatal des nnés à risque	
Axe2(Dim 10)	Mettre en œuvre les RMM ville-hôpital dans le territoire de santé Nord-Est et les poursuivre dans les autres territoires	Poursuivre les RMM ville-hôpital sur les évènements indésirables graves dans chaque territoire de santé. Synthèse à disposition de médecins de l'ARS	
Axe2(Dim 13)	Réaliser la revue annuelle et régionale des conclusions des RMM		
Axe2(Dim 10)	Définition des segments de PEC concernés par audits cliniques ciblés, organisation des services, application du plan périnatal, audit d'organisation	Développer la pratique des audits cliniques ciblés	
Axe2(Dim 13)	Création d'un groupe d'analyse des pratiques	Participer à l'évaluation des risques en échographies obstétricales	

	Réalisations programmées	Objectifs opérationnels	Orientations stratégiques
Axe2(Dim 13)	Participation aux groupes de travail de l'ARS/InVS/CPOI	Participer au COPIL de l'analyse de la surmortalité périnatale	2 - Développer la démarche qualité en ville et en maternité
Axe2(Dim 10)	Obtention du label DPC, proposition de formations validantes aux professionnels	Proposer des programmes de formation DPC	
Axe2(Dim 10)	Aider les maternités en difficulté à poursuivre la démarche	Poursuivre la participation au programme national de pertinence des césariennes programmées	
Axe2(Dim 10)	Développer et valoriser les outils régionaux		
Axe2(Dim 10)	Faciliter le retour d'expérience		
Axe2(Dim 10)	Mise en lien des acteurs d'intervention dans les champs de l'éducation à la sexualité et à la vie affective	Contribuer à la maîtrise de la fécondité	3 - Promouvoir par des actions de prévention la bientraitance du couple et du bébé, et la prévention des grossesses non désirées
Axe2(Dim 12)	Elaboration et diffusion des supports de prévention en lien avec l'ARS et les acteurs concernés		
??	Evaluation des associations de prévention en lien avec l'ARS		
Axe2(Dim 14)	Création d'un volet site info ado ou une boîte SMS de réponses aux questions des ados	Contribuer à la bienveillance du couple et du nouveau né	
Axe2(Dim 12)	Initiation d'une campagne de prévention du syndrome du bébé secoué pour les professionnels et pour les couples		
Axe2(Dim 12)	Création d'un protocole d'accueil du nouveau né en salle de naissance		
Axe2(Dim 12)	Promouvoir en lien avec les équipes de pédopsychiatrie les actions de bientraitance du couple et du nouveau né	Harmoniser le suivi post IVG	
Axe2(Dim 12)	Participer avec l'ARS à l'harmonisation du suivi post IVG		
Axe2(Dim 12)	Participer à la campagne de vaccinologie	Mise en place d'une formation vaccinologie dans le DU de gynécologie de prévention pour les SFL, de soirées pour les libéraux	

	Réalisations programmées	Objectifs opérationnels	Orientations stratégiques
Axe2(Dim 10)	Organiser des rencontres réunissant les praticiens hospitaliers et les professionnels de santé libéraux	Faciliter la collaboration entre les établissements publics et privés	4 – Améliorer la coordination entre acteurs de l'offre de soins
Axe2(Dim 10)	Formaliser des procédures/protocoles de bonnes pratiques entre établissements		
Axe2(Dim 10)	Renforcer le lien entre les professionnels de santé et les maisons de santé et les pôles de santé	Renforcer le lien entre les professionnels de santé et les maisons de santé et les pôles de santé	
Axe2(Dim 10)	Transférer le savoir du réseau en matière d'ETP aux MSPP ou pôle de santé		
Axe2(Dim 10)	Trouver des idées pour améliorer la coopération entre MG et SF	Améliorer la coopération entre les MG et les SF libérales	
Axe2(Dim 17)	Mandat donné au CA	Impliquer les usagers si possible dans le fonctionnement du réseau	
Axe 3- Dim 18	Définir les conditions de participation à la coordination inter réseaux lorsque celle-ci s'avère nécessaire, notamment avec les réseaux de santé (SAOME, REUCARE, mais aussi d'autres structures telles que réseau VIF, la PMI, le CPOI, le CESSOI)	Participer à la coordination interréseaux	
Axe 3- Dim 18	Participer à la coordination interréseaux dans les conditions prédéfinies		

**Tableau 17 : Sélection des réalisations déjà en place dans les activités du REPERE, totalement (en orange) ou en partie (jaune) parmi celles qui sont proposées au sein du nouveau cahier des charges des RSP**

Réalisations	Objectifs Opérationnels	Objectifs Stratégiques	But
	<i>Organiser la réponse aux demandes d'IVG</i>		
Définition de parcours types	<i>Organiser les parcours de soins identifiés par la HAS (lorsqu'un diagnostic anténatal est nécessaire, pour des grossesses physiologiques, pour les femmes présentant des risques obstétricaux ou fœtaux, pour les femmes en situation de handicap ou souffrant de maladies chroniques, présentant une/des addictions, en situation de précarité ou de vulnérabilité, transferts maternels et néonataux, femmes à risque de développer un trouble de l'attachement avec son enfant, nouveau-nés re-hospitalisés, enfants vulnérables si l'état de santé le justifie, jusqu'à 6 ans, nouveau-nés nécessitant des dépistages, un diagnostic et un suivi coordonné (prématurés, cardiopathie congénitale, SAF, trisomie 21, syndrome malformatif,...), les enfants dépistés sourds.</i>	Contribution à la mise en œuvre de la politique nationale et régionale en santé périnatale et apporter son expertise à l'ARS	<b>Amélioration et renforcement de la qualité et de la sécurité de la prise en charge en périnatalité</b>
Identification de ressources locales (annuaires)			
Organisation de réunions régionales d'information, Organisation de réunions de partage et de retour d'expérience.	<i>Animer la politique en santé périnatale : mobilisation des acteurs locaux (ambulatoire et hospitalier)</i>		
Anticipation des fragilités de l'offre	<i>Donner son expertise à travers une mission de veille et d'alerte en lien avec Santé Publique France (ex InVS) : a. Il contribue à l'élaboration, mise en œuvre et évaluation du volet périnatal du PRS.</i>		
Signalement de dysfonctionnements graves et d'évènements indésirables graves (EIG)			

Réalizations	Objectifs Opérationnels	Objectifs Stratégiques	But
<p><i>Animation d'échanges, analyses et travaux de concert entre acteurs (organisation de staffs, de sorties en lien avec le secteur ambulatoire, de RMM, du recueil d'indicateurs auprès des maternités et des services de néonatalogies, mise en œuvre du dossier commun, suivi des enfants vulnérables).</i></p>	<p><i>Donner un appui méthodologique aux acteurs locaux de la périnatalité en matière d'organisation, de coordination et d'évaluation de la prise en charge sur le territoire.</i></p>	<p>Aide et accompagnement des acteurs de l'offre de soins en santé périnatale</p>	<p><b>Amélioration et renforcement de la qualité et de la sécurité de la prise en charge en périnatalité</b></p>
<p><i>Analyse des dysfonctionnements et des difficultés de prises en charge (IVG, transferts,...)</i></p>			
<p><i>Proposition d'outils du partage de l'information</i></p>			
<p><i>Aide méthodologique aux structures pour recueillir des indicateurs, déclarer des EIG, soutenir et accompagner l'allaitement maternel, organiser et soutenir les RMM, prendre en charge les situations d'urgence (simulation HPP, RNN en salle de naissance), élaborer et actualiser les procédures d'analyse des pratiques (hémorragies de la délivrance, transferts,...)</i></p>			

Réalisations	Objectifs Opérationnels	Objectifs Stratégiques	But
Formations sur le thème: Entretien prénatal précoce	<p>Mener des formations des professionnels de la santé périnatale Le réseau peut devenir organisme de DPC s'il utilise les méthodes validées par la HAS et est agrémenté. Les DPC collectifs portent sur l'analyse des pratiques professionnelles et l'acquisition ou le perfectionnement des connaissances ou compétences des professionnels de santé (les 2 s'articulant entre elles), dans une perspective de mise en œuvre de recommandations de bonne pratique de soins.</p>	Aide et accompagnement des acteurs de l'offre de soins en santé périnatale	<p><b>Amélioration et renforcement de la qualité et de la sécurité de la prise en charge en périnatalité</b></p>
Formations sur le thème: Dépistages néonataux (surdité)			
Formations sur le thème: HPP			
Formations sur le thème: Grossesses gémellaires			
Réanimation du nouveau-né en salle de naissance,			
Formations sur le thème: RCIU			
Formations sur le thème: RCF			
Formations sur le thème: Allaitement,..			
Diffusion ascendante vers les autorités sanitaires, les organismes d'observation et la FFRRS (recueil de données sur les déterminants de la santé périnatale, identification des ressources pour les prises en charges spécifiques, identification des besoins en recommandations de bonnes pratiques)	<p>Diffuser des informations,</p>		
Diffusion descendante vers les professionnels, les structures (recommandations, annuaire des ressources locales) et les usagers (informations grand public, annuaire des ressources locales)			

## 7.4 Dans quelle mesure le réseau a-t-il atteint les objectifs escomptés? Quels impacts a-t-il produit sur son environnement, sur les pratiques professionnelles, sur la prise en charge des patients?

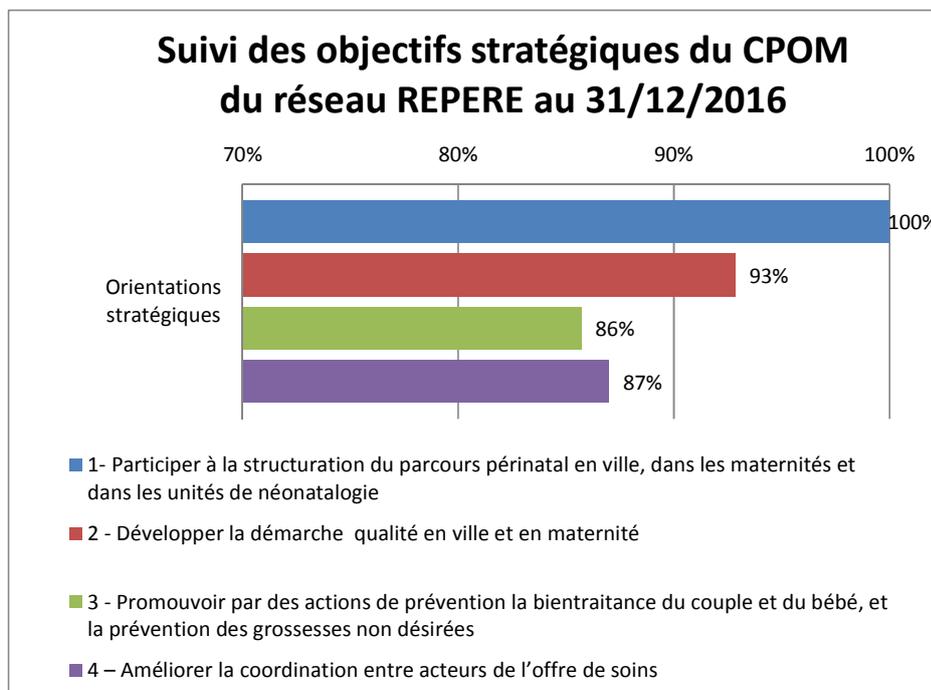
### L'atteinte des objectifs

Deux difficultés se sont présentées à l'évaluateur pour analyser l'efficacité du réseau (au sens de l'atteinte des objectifs):

- La « présentation » des activités dans le CPOM, qui fait perdre en lisibilité à l'égard des grands axes d'action que l'on chercherait à lire en conformité avec le cahier des charge national, Le détail des modalités différentes de réalisation d'un même objectif, présentées comme des axes de déploiement à part entière est l'exemple de cette perte de lisibilité, au mieux illustré par les formations.
- La forme du suivi de ces activités, liée à la propre difficulté du réseau à « choisir » son cadre de référence (CPOM, CDC national, SOS PRS), pour présenter son action : celui-ci est dispersé dans plusieurs types de documents qui n'utilisent pas la même logique.

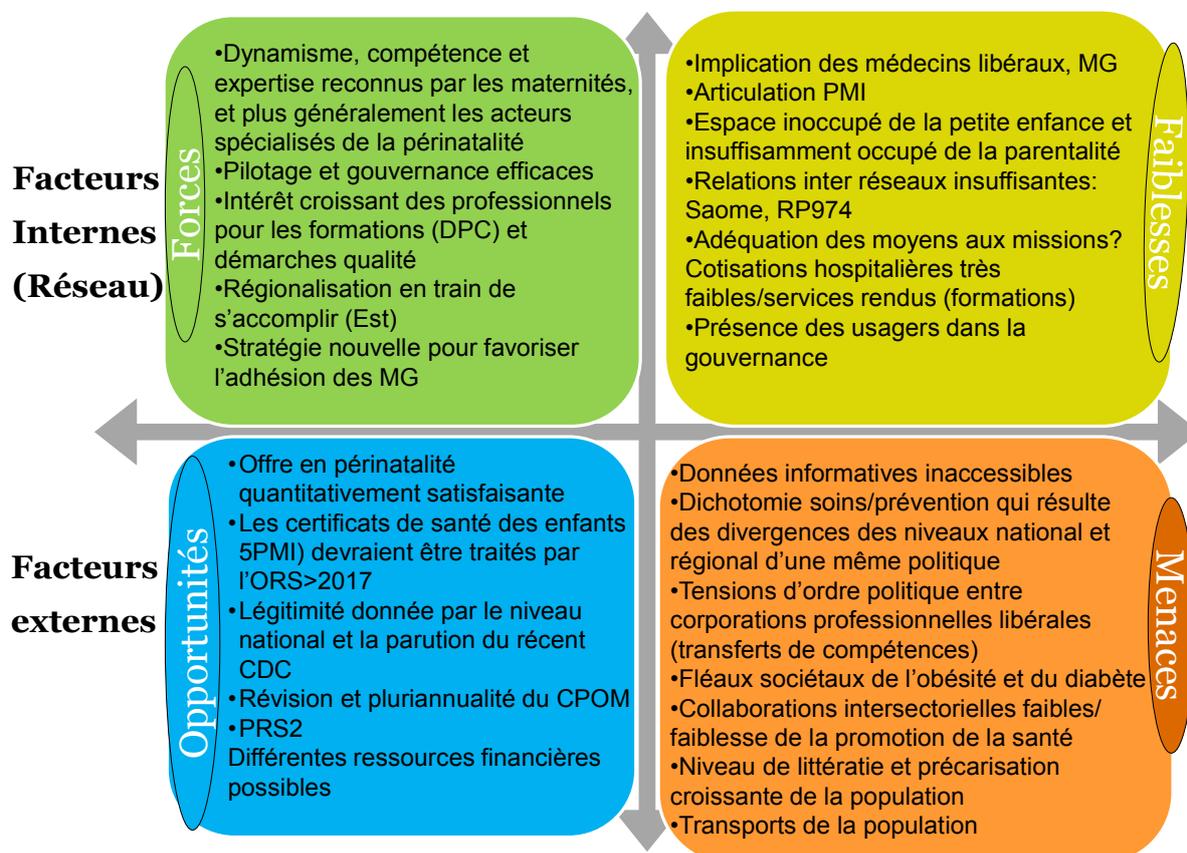
Malgré ces obstacles, l'analyse menée qui attribue un coefficient de réalisation à chaque action, conduit à conclure à un déploiement satisfaisant des activités du réseau puisque globalement, plus de 90% des actions ont été menées sur la période. Comme l'illustre le graphe suivant, ce taux de couverture varie peu selon les objectifs et la cohésion d'ensemble est bonne.

**Figure 5 : Degré d'atteinte des objectifs stratégiques du réseau**



Parmi les facteurs ayant influencé le développement de ces objectifs, il existe des facteurs extérieurs au réseau (opportunités/menaces) permettant de construire l'analyse matricielle suivante<sup>32</sup> qui les sépare des facteurs intrinsèques (points forts, points faibles) sur lesquels le réseau peut agir.

**Figure 6 Analyse stratégique du réseau REPERE**



#### **Impact du réseau sur son environnement**

Incontestablement, le réseau est reconnu au sein des 7 maternités et parmi les acteurs spécialisés de la périnatalité. Il a pris sa place par l'intermédiaire des actions d'amélioration des pratiques, qu'il s'agisse des formations ou des méthodes de retour et partage d'expériences, et son expertise est reconnue comme en attestent les entretiens et l'enquête. Pour l'hôpital, il constitue un partenaire majeur à travers les formations qu'il dispense à coût compétitif. Il travaille actuellement à améliorer les relations entre la ville et l'hôpital, via les réunions du même nom, mais qui sont encore jeunes et relativement peu connues. Il cible le dénouement des relations ville-ville pour le proche avenir soulignant les tensions importantes qui existent entre corporations

#### **7.4.1 Impact du réseau sur les pratiques professionnelles**

Le REPERE a exploré de nombreuses voies pour améliorer la qualité et la sécurité périnatale mais a eu souvent recours à des actions ponctuelles, si on les considère du point de vue du professionnel (bien qu'il soit difficile avec les données disponibles de savoir si les professionnels participants sont ou non dans la continuité de leur

<sup>32</sup> matrice SWOT : Strengths (Forces), Weaknesses (Faiblesses), Opportunities (Opportunités), Threats (Menaces)

formation). Les actions conduites sont théoriquement toutes porteuses d'effet sur la connaissance et la pratique du professionnel. Mais les réflexions de fond, en matière « pédagogique », et ceci afin de mieux définir les stratégies de formation, manquent (de manière générale au sein des réseaux et pas seulement pour le REPERE). En effet, peu d'éléments existent pour statuer sur la définition d'une stratégie plus fine d'intervention, où le nombre de sessions successives ou de séances différentes traitant du même sujet auxquelles un professionnel doit participer pour changer sa pratique serait précisé (une ? deux ? dix ?). Néanmoins, notre approche qualitative, par les entretiens ou l'enquête a réuni des éléments en faveur d'une plus-value perçue des actions, dont témoigne également la montée en charge des participants et des adhérents au réseau.

#### ***7.4.2 Impact du réseau sur la prise en charge des patients***

L'impact théorique (via les choix opérés pour l'action, c'est-à-dire sa théorie d'action) ne fait pas de doute mais pour statuer sur l'effet, il manque des données d'observation, recueillies de manière fiable et homogène sur l'ensemble des maternités. Les éclairages qualitatifs apportés par les femmes interviewées suggèrent que des pistes de travail doivent être approfondies en direction des efforts à déployer par les professionnels dans la communication avec les usagers qui n'accèdent pas, par les explications directes (ce qui ne signifie pas que les informations ne sont pas données), à une bonne compréhension du déroulement de la grossesse, de son suivi, des conseils nutritionnels, et surtout sont en demande de plus de dialogue autour des questions de l'évènement suscite. Le site du REPERE, quand il est connu, répond à certaines de ces questions, et est apprécié par les femmes.

### **7.5 Dans quelle mesure les résultats obtenus sont-ils à la hauteur des moyens mobilisés**

Comme cela a été indiqué dans le chapitre dédié, l'analyse ne peut pas être « économique » mais financière et la notion d'efficacité est assujettie l'existence d'une référence qui, à notre connaissance, n'existe pas (à quoi comparer l'observation ?).

Si néanmoins la question du ratio moyens/réalisations peut être abordée, l'interrogation de fond que soulève l'ensemble de l'analyse s'exprime plutôt à l'égard des choix d'objectifs qui ont été faits pour atteindre les buts ou encore, comme évoqué dans les points précédents, à l'égard des méthodes d'action et de leur complétude pour obtenir les changements escomptés.

Malgré l'absence de référence, il apparaît que le REPERE mène un nombre d'actions très important au regard des ressources humaines dont il est doté et que la valorisation du temps supplémentaire consacré à la tâche, estimé à un tiers supplémentaire de l'affectation actuelle pour la coordinatrice permettrait de mener et suivre jusqu'au bout, à contenu égal, le projet. Cet élément doit donc être considéré avec le nouveau cahier des charges national et dans la mesure où la périnatalité demeure un enjeu très fort pour la population réunionnaise dans le cadre de la nouvelle programmation régionale.

## **8 Recommandations**

---

### **8.1 Pour consolider le projet existant**

**En termes d'ajustement de l'organisation et du fonctionnement aux besoins**

#### *Le contenu du futur CPOM*

---

- Les problématiques de la périnatalité constituent un champ vaste avec des spécificités qui concernent des acteurs différents du système de santé et se déclinent en :
  - Qualité du suivi des grossesses
  - Sécurité de la naissance
  - Accompagnement des femmes et de la cellule familiale
  - Suivi de l'enfant prématuré ou vulnérable
  - Suivi de l'enfant normal,
  - ....

Le REPERE jusqu'ici préférentiellement tourné vers la sécurité et la qualité de la naissance, doit poursuivre sur ces axes et pouvoir s'ouvrir, conformément au nouveau cahier des charges vers des actions essentielles pour la santé de la cellule familiale, de la mère et de l'enfant. En particulier, le suivi des enfants vulnérables est réaffirmé dans les textes nationaux mais l'ouverture plus large à la prévention est également concernée.

En effet, il s'agirait d'investir les espaces actuellement vacants : bien que la mission ne soit pas aujourd'hui intégrée aux réorientations des réseaux de santé, exclusivement tournés vers le soin selon le guide DGOS 2012), et bien que la question ne soit pas aussi largement développée dans le cahier des charges national, le développement de la promotion de la santé, transversale à tous les risques prévalents actuellement identifiés dans la survenue des problèmes prioritaires en santé publique, pourrait être pensé à l'occasion de la période de la naissance, et de la petite enfance, toutes deux propices à l'approche parentale. Ceci se montre pertinent dans la mesure où, à notre connaissance, cet espace demeure actuellement insuffisamment investi au regard des enjeux qu'il porte et qui se définissent en faveur du bien-être de la population en général et des enfants en particulier, buts poursuivis par le PRS.

Ceci est d'ailleurs en conformité avec la Loi de santé<sup>3334</sup>, qui réaffirme<sup>3536</sup> les priorités : de prévention (notamment en direction de la jeunesse et des plus vulnérables), de médecine de « parcours » (réorganisation autour des soins de proximité à partir du médecin traitant et importance du service territorial de santé au public), d'accès aux soins de premier recours, de rénovation du rôle de l'hôpital, d'innovation, de réforme de la gouvernance et de démocratie sanitaire.

---

<sup>33</sup> Loi relative à la santé. Juin-juillet 2014. Concertation. Document consultable en ligne : [www.social-sante.gouv.fr/IMG/.../concertation\\_loi\\_sante\\_juillet2014.pdf](http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/.../concertation_loi_sante_juillet2014.pdf)

<sup>34</sup> <http://www.gouvernement.fr/action/la-loi-de-sante>

<sup>35</sup> Loi relative à la santé. Juin-juillet 2014. Concertation. Document consultable en ligne : [www.social-sante.gouv.fr/IMG/.../concertation\\_loi\\_sante\\_juillet2014.pdf](http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/.../concertation_loi_sante_juillet2014.pdf)

<sup>36</sup> <http://www.gouvernement.fr/action/la-loi-de-sante>

**La nouvelle loi vise le renforcement du caractère stratégique et l'opérationnalité de la programmation régionale en simplifiant et assouplissant les PRS<sup>37</sup>.** Ses orientations stratégiques seront inscrites dans une temporalité de dix ans, cohérente avec les modifications d'état de santé attendues et dans un seul schéma d'organisation à cinq ans, qui vient rompre avec l'approche actuelle segmentée par les 3 schémas (prévention, soins, médico-social). Le schéma prévoit l'évolution de l'offre sur l'ensemble du champ de compétence des ARS, établit des objectifs pour améliorer la qualité, la sécurité, et la préparation à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles. La mise en œuvre du PRS sera réalisée sur la base d'une **territorialisation de l'action des ARS renouvelée** et suffisamment souple pour s'adapter aux différents contextes régionaux et locaux. À des fins de simplification, les conférences de territoires sont supprimées au profit des **conseils territoriaux de santé (CTS) qui réunissent l'ensemble des parties prenantes du territoire**. Le **renforcement du rôle des usagers** est prévu ainsi qu'une meilleure **coordination des politiques publiques**.

Mais ceci est également en conformité avec les attentes des femmes comme nous l'a montré l'éclairage qualitatif donné par nos interview et qui suggère une communication plus adaptée à leur capacité de compréhension et aux questions qu'elles se posent autour de la naissance. Ces questions dépassent les dimensions « techniques » que par ailleurs elles ne saisissent pas toujours. La réponse partielle apportée par les informations mises en ligne sur le site du REPERE mérite d'être davantage connue par le public, via la communication générale mais également celle des professionnels.

Le contexte est donc opportun au positionnement du REPERE dans la politique régionale et sur l'axe de la périnatalité, à la fois sur le volet du soin qui reste son chantier prioritaire à déployer jusqu'au bout, dans son volet « ville », et sur le volet de la prévention.

Afin de faciliter la lecture et l'évaluation de l'action publique qui, dans le cas des RSP s'inscrit dans plusieurs niveaux de mise en œuvre de la politique de santé, il serait opportun de gommer les obstacles artificiels liés à la sémantique ou à la forme du projet, recourir aux mêmes terminologies ou regroupement des déclinaisons d'objectifs (typologie de services) qui permettrait en outre d'utiliser les mêmes indicateurs pour les différents réseaux et se tenir à cette référence pour analyser le déploiement du projet.

Puisqu'elle existe et que notre analyse montre qu'elle est applicable aux RSP, puisqu'elle inclut le volet de la prévention, la définition de la typologie d'actions élaborée par la HAS dans son guide d'auto-évaluation des réseaux de santé de 2015 sera utilisée. Reste à y préciser la notion de niveau de recours qui pour le REPERE comprend le 2<sup>ème</sup> niveau et le 3<sup>ème</sup>, ainsi que le type d'acteurs qui composent le 1<sup>er</sup> niveau, à élargir aux acteurs de la prévention.

Sur ce point, il conviendra également de clarifier ce que « prévention » recouvre, en utilisant des définitions sans équivoque qui font appel aux concepts les plus récents de : promotion de la santé, prévention orientée et prévention ciblée<sup>38</sup>, et qui comportent l'intérêt de pouvoir aisément faire correspondre des acteurs à la typologie de prévention. Ce point, qui concerne tous les réseaux sera approfondi dans l'analyse transversale.

Enfin, le REPERE doit améliorer les indicateurs de la périnatalité alors que leur recueil est incomplet : le prochain CPOM doit donner cet axe de travail comme une des priorités, d'autant que les compétences existent autour du réseau pour produire de la connaissance utile, à partir des données épidémiologiques ou de consommations de soins en ville et à l'hôpital, importantes pour analyser les pratiques professionnelles. Mais afin de capitaliser immédiatement sur le terrain, et conformément aux recommandations actuelles en matière de lutte contre les

---

<sup>37</sup>Projet de Loi relatif à la santé N°2302 enregistré à la présidence de l'Assemblée Nationale le 15 octobre 2014. Titre IV, Chapitre I, article 38

<sup>38</sup> SAN MARCO J.-L., LAMOUREUX, P. Prévention et promotion de la santé. In BOURDILLON, F., BRUCKER, G., TABUTEAU, D. Traité de Santé Publique. 2ème édition. Paris : Médecine Sciences Flammarion, 2007/11, p. 194.

ISS, la recherche pourrait plutôt être interventionnelle (RISP)<sup>39</sup>. En effet, si la plupart des déterminants des ISS sont aujourd'hui connus et illustrés par un modèle descriptif devenu très sophistiqué (modèle Pathway de la CDS, OMS<sup>40</sup>), l'élaboration et l'évaluation de stratégies d'action efficaces manquent. La RISP focalise ses efforts sur le « comment faire » en développant les connaissances fondées scientifiquement sur « *le fonctionnement, l'efficacité, l'efficience, et le devenir des interventions de prévention et de promotion de la santé des populations* », et non sur les connaissances des mécanismes et des facteurs de risques des maladies qui, seules, ne suffisent pas pour planifier utilement ces mêmes interventions.

### L'ajustement du contenu

---

A l'intérieur d'un cadre général qui doit demeurer lisible et stable sur une période suffisamment longue (3 ans fixés par le cadre juridique), le réseau doit pouvoir s'ajuster aux besoins. Ceci suppose que les besoins sont connus en temps réel, et qu'ils incluent l'opinion des professionnels et celle des usagers pour certaines interventions. Rappelant que la démarche existe dans le réseau mais n'est pas formalisée, des questionnaires d'opinion, à mi-parcours à défaut de pouvoir être annuels permettraient de disposer de manière standardisée de l'avis des publics cibles du réseau.

### La forme et le suivi du futur CPOM

---

En terme de fonctionnement, le futur CPOM qui est le point d'ancrage au déploiement des actions et à la définition des moyens pourraient être écrit en rendant plus lisible la théorie d'action du réseau (idéalement au sein d'une théorie globale<sup>41</sup> évoquée dans le point précédent). En particulier, ce CPOM pourrait formuler **des résultats attendus**, rendant plus aisé le choix d'indicateurs pertinents pour assurer le suivi voire mesurer les effets des réalisations. Ces indicateurs pourront s'inspirer de ceux du cahier des charges national des RSP en améliorant leur précision au regard de ces résultats attendus (par exemple, au regard de la répartition du nombre de professionnels dans les secteurs et établissements, il conviendra d'apprécier de manière réaliste le seuil susceptible de produire les effets collectifs : 30% ? 40% ? 80% ? des professionnels doivent-ils participer aux services pour espérer observer des effets ?). De même, le nombre de « séances » identiques ou différentes par professionnel sera proposé pour être cohérent avec le changement de pratique souhaitée.

Les changements opérés par le réseau en 2016 dans son système d'information, à présent organisé avec l'application Excel pour un meilleur suivi de l'activité, et surtout des formations, va rendre possible une analyse à la fois dynamique (temporelle) du déploiement du réseau et à la fois instantanée (par exemple, il est essentiel de pouvoir très rapidement disposer d'une vision de la participation aux formations ou aux diverses réunions par zone géographique, par nouveaux professionnels, par types de professionnels,...). Il s'agirait de consolider cet outil en conformité avec le prochain CPOM et les interventions qui seront retenues. L'adoption d'une architecture

---

<sup>39</sup> POTVIN, L., DI RUGGIERIO, E., SHOVELLER, J.-A. Pour une science des solutions : la recherche interventionnelle en santé des populations. In : FERRON, C., BRETON, E., GUICHARD, A. Recherche interventionnelle en santé publique : quand chercheurs et acteurs de terrain travaillent ensemble. Dossier. La Santé en action, n° 425, 2013-09, p13

<sup>40</sup> Organisation mondiale de la santé (OMS). Comblent le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. OMS, 2008-03, 40 p.

<sup>41</sup> PORTEUS, N.-L. «La construction du modèle logique d'un programme ». Dans : « Approches et pratiques en évaluation de programmes », Les Presses universitaires de Montréal, 2012

commune entre réseaux pour ces tableaux de bord faciliterait le partage des réflexions sur des sujets communs ou sur le déploiement des projets en cohérence (par exemple si la même cible professionnelle est visée).

Cet outil de suivi doit servir plusieurs applications : au niveau du réseau pour son propre pilotage et pour l'orientation des choix stratégiques de déploiement (par zone géographique, par type d'établissements, par type de professionnels, , ,), pour le dialogue avec la tutelle et la rédaction des rapports d'activité (qui ayant une même structure permettrait de suivre l'évolution) et enfin, le moment venu, pour servir de base de réflexion à l'évaluation externe.

## **En termes de maillage partenarial**

### *Développement de l'inter réseau*

---

- **Ces interfaces concernent en particulier SAOME et RP974...**

Elles ont commencé de s'opérer et doivent permettre :

- De mieux comprendre et accompagner les professionnels confrontés aux addictions de la mère.
- De mieux prendre en charge et suivre les enfants à risque (« vulnérables », SAF)

Le rapprochement organisationnel proposé vise à mieux appréhender, avec plus de cohérence et de continuité l'ensemble des enjeux de la santé de la mère et de l'enfant, comme l'avait souligné le précédent plan stratégique régional, où le « capital santé des enfants » figurait parmi les 14 priorités régionales. Parmi elles, les troubles des apprentissages étaient cités et en raison des liens étiologiques, pour partie, avec la vulnérabilité des enfants à la naissance, des rapprochements sont également souhaitables pour d'améliorer la capacité collective à repérer précocement et améliorer le pronostic des enfants. Ceci est d'autant plus souhaitable que le nouveau cahier des charges place le suivi des enfants vulnérables dans les actions des RSP et qu'actuellement, sauf insuffisance d'analyse liée à la durée de la mission d'évaluation, l'espace « enfants de 6 mois à 5 ans » reste à investir en matière d'actions de prévention ou d'accès aux soins (repérage précoce et prise en charge précoce).

- **...mais une interface pourrait s'avérer fructueuse avec REUCARE si le réseau est repositionné en matière d'appui à la coordination de patients diabétiques**

En raison de l'augmentation inquiétante des femmes obèses et diabétiques, et en fonction des réorientations qui seront données au réseau REUCARE pour son prochain CPOM, des articulations avec REPERE pourraient s'avérer prometteuses, notamment pour le suivi d'un diabète gestationnel.

### *La mobilisation des praticiens ambulatoires*

---

Indiquée par le cahier des charges national, et nécessaire au vu des constats de santé périnatale, il apparaît pertinent de proposer que cette mobilisation utilise l'angle de la formation validante (DPC) pour se mettre en place. Mais cet aspect appelle à une plus grande cohérence de l'offre de formation sur le territoire. De ce fait, elle doit être pensée avec les organismes de FMC des MG en particulier. L'énoncé d'une demande de plus de cohérence entre les offres et de pertinence avec les buts poursuivis par le PRS OI dans son prochain document cadre pourrait inciter les acteurs à opérer à ce rapprochement. L'inter réseau précédemment évoqué prend tout son sens en matière de formation des professionnels, afin là-aussi, de leur garantir un programme cohérent en terme de planification (pas de chevauchement de dates, séquençage logique), et validant (DPC). Des rapprochements de l'ensemble des acteurs intervenants dans ces formations permettraient d'être plus efficace.

La participation effective de la médecine générale au CA du REPERE est un levier de cette mobilisation que le réseau vient d'actionner, comme le recrutement en ce début 2017 de deux médecins généralistes dans l'équipe du réseau : un médecin rédacteur (10 heures par semaine) qui facilitera par ailleurs le lien avec le réseau SAOME où il travaille le reste du temps) et un médecin coordinateur (17 heures par semaine) dont le rôle sera précisément de mobiliser la médecine générale. Le réseau devra être attentif aux facteurs de la réussite et aux freins de cette dernière pour en tirer des enseignements constructifs à partager avec les autres réseaux, et suivra la progression de cette implication dans le temps.

### *L'articulation entre acteurs*

---

L'insuffisance du dialogue entre la ville et l'hôpital créent des interprétations dans l'attitude des parties prenantes. Le levier des échanges créé par les réunions ville-hôpital se montrant utile, leur renforcement pourrait largement contribuer au maillage des acteurs qui actuellement ne se parlent pas suffisamment. Entre dans ce maillage l'acteur clé que constitue la PMI avec laquelle les liens pourraient être repensés, notamment à l'égard des publics en situation de précarité et dans la perspective de la mise en place du suivi des enfants vulnérables, mais également en cas d'investissement plus structuré du champ de la prévention. Ceci passe par nouvelle présentation mutuelle susceptible de faire émerger des collaborations plus étroites, notamment à l'égard « du bon moment » où la PMI pourrait intervenir pour une plus grande synergie.

#### **En termes de communication**

En lien direct avec le point précédent, le REPERE qui a engagé un plan de communication structuré, doit faire évoluer son image. Le but serait de passer d'un réseau perçu comme celui de « sages-femmes » à un réseau de professionnels de la périnatalité, ce qu'il s'attache à être mais il n'est pas ressenti comme tel. Les débats actuels sur le transfert des compétences crispent les relations entre médecins généralistes et sages-femmes et ne facilitent pas le travail du REPERE. Les multiples espaces d'échanges créés par les actions du réseau peuvent être une opportunité pour que les synergies se substituent aux oppositions. En direction de certains acteurs comme la PMI, la clarification du type d'interventions proposé par le REPERE, en matière d'appui, est nécessaire.

## **8.2 Pour développer le projet sur le territoire régional**

La dimension régionale du projet, outre la formalisation organisationnelle proposée au point 1.1 demande surtout une réflexion sur l'adéquation des ressources correspondantes au modèle de travail attendu. En l'absence de références en la matière, et face à l'insuffisance d'une approche qui pourrait être donnée par seul benchmark auprès des autres RSP nationaux, l'analyse de l'activité comparative entre réseaux de La Réunion pourrait permettre, en groupe de travail, d'éclairer sur des volumes de travail rattachables à certaines tâches, en n'omettant pas de prendre en compte forfaitairement le temps des déplacements qui peut s'avérer très important selon les interventions et les périodes.

La clarification des périmètres d'action et des chevauchements doit être accompagnée par la tutelle qui garantit le lien avec les orientations de la planification globale.

## **9 Annexes**

---

Au regard du volume qu'elles constituent, les annexes sont réunies au sein d'un document annexe.

### **9.1 Annexe 1 : Référentiel d'évaluation**

### **9.2 Annexe 2 : Grille d'auto-évaluation**

### **9.3 Annexe 3 : Guide d'entretien auprès des acteurs**

### **9.4 Annexe 4 : Grille d'analyse de l'activité de la cellule de coordination des réseaux**

### **9.5 Annexe 5 : Questionnaire d'enquête auprès des médecins**

### **9.6 Annexe 6 : Focus group avec les usagers**