

**Ministère de la santé
et des sports
Direction Générale de la Santé**

**Évaluation du plan
périnatalité 2005 - 2007**

Etudes de territoires

Mai 2010

Sommaire des études de territoire

1	Languedoc-Roussillon.....	6
1.1	Territoire de santé de Montpellier (département de l'Hérault).....	6
1.2	Territoire de santé de Perpignan (département des Pyrénées Orientales)	17
1.3	Territoire de santé de Lozère (département de la Lozère).....	31
2	Picardie	41
2.1	Territoire de santé Sud-Ouest : Beauvais-Creil (département de l'Oise)	41
2.2	Territoire de santé Nord-Ouest : Abbeville-Amiens (département de la Somme)	55
2.3	Territoire de santé Nord-Est : Saint Quentin-Laon (département de l'Aisne).....	72
3	Poitou-Charentes	89
3.1	Territoire de santé de Saintes (département de la Charente-Maritime)	89
3.2	Territoire de santé de Poitiers (département de la Vienne)	102
4	Rhône-Alpes	116
4.1	Territoire de santé de Lyon Est (département du Rhône)	116
4.2	Territoire de santé de Roanne (département de la Loire).....	130
4.3	Territoire de santé d'Annecy (département de Haute-Savoie).....	139
5	Réunion	152
5.1	Territoire de santé Réunion - Sud (département d'Outre-mer de la Réunion)	152

1 Languedoc-Roussillon

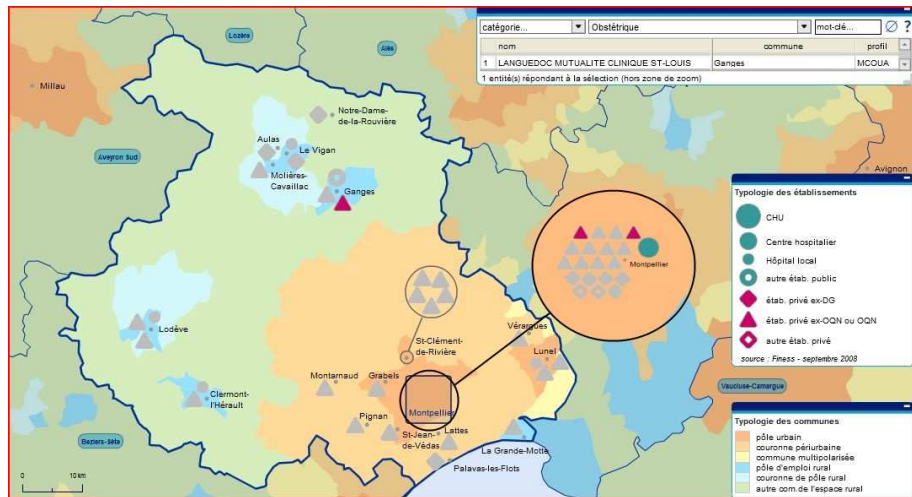
1.1 Territoire de santé de Montpellier (département de l'Hérault)

Contexte	
Contexte démographique, socio-économique et sanitaire	<p>Le territoire de santé de Montpellier couvre environ la moitié du département de l'Hérault, et une partie du Gard. Il s'agit d'un territoire dense, jeune et attractif : la population est de 650 000 hab. pour une densité de 164 hab. /km². On compte environ 12 500 naissances dans le département de l'Hérault (INSEE 2008).</p> <p>Le département de l'Hérault est marqué par une forte précarité, comme l'ensemble de la région par rapport à la moyenne nationale : le territoire comptait 5,2% de bénéficiaires du RMI (3,5% à l'échelle nationale) en 2004 et la proportion tend à augmenter (5,6% en 2009) ; 1,9% d'Héraultais souscrivent à la CMU-C et le taux de pauvreté s'élève à 17% (moyenne nationale : 11,7%). Le territoire est par ailleurs marqué par un taux de chômage important (11,7%).</p> <p>La mortalité infantile est inférieure à la moyenne nationale, avec un taux de mortalité périnatale de 9‰ (contre 10,8‰) et un taux de mortinatalité de 7,9‰ (9,1‰ pour la moyenne nationale), ce qui reste légèrement supérieur à la moyenne régionale.</p> <p>Depuis le début des années 2000, les taux de mortalité ont considérablement baissé, faisant passer la région des dernières places des classements nationaux aux premières places.</p> <p>Le taux de césarienne pour les établissements du territoire est de 21,2%.</p>
Offre de soins	<p>Etablissements : le territoire de santé compte 4 maternités, dont trois à Montpellier (91% des accouchements du territoire) et un seul établissement public (un tiers des accouchements du territoire environ).</p> <p>Une maternité type III : CHU Montpellier, qui accueille environ 3 200 naissances par an.</p> <p>Deux maternités de type IIa (privées) : Polyclinique Saint Roch (3100 accouchements par an) et Clinique Clémentville (2 300 accouchements par an).</p>

Une **maternité de type I** : Clinique mutualiste Saint Louis à Ganges (315 accouchements par an).

Suite à la fermeture de la petite maternité de Lunel, un centre périnatal de proximité (CPP) a été créé.

Le taux de fuite en matière obstétricale est de 5,5%. Il est légèrement inférieure (4,5%) en ce qui concerne le soin aux nouveau-nés.



Libéraux : la densité des professionnels libéraux est très bonne en Hérault. Elle est environ 2 fois supérieure à la moyenne nationale pour les sages-femmes, et 1,5 fois supérieure pour les médecins.

PMI : le service de PMI du département de l'Hérault dispose de 22 sages-femmes. Il est rattaché à la direction de la protection maternelle et infantile et de la santé.

Réseau : le Réseau Naître en Languedoc-Roussillon a été créé en 2004. Il compte 1 033 adhérents (31 décembre 2008). Son conseil d'administration implique tous les acteurs de la périnatalité. Il fonctionne grâce à 3 salariés et 1 sage-femme détachée. Il a été agréé par l'Urcam/ARH en 2004 et est financé par la DRDR.

Il intervient particulièrement sur la promotion du dossier commun informatisé, l'analyse rétrospective de dossiers de mortalité et morbidité périnatale, l'élaboration de référentiels périnataux et la formation médicale.

Autres acteurs de la périnatalité : les collaborations médico-psychologiques sont bien développées sur le territoire, avec l'existence de l'AFREE et du réseau ville - hôpital Pôle de Prévention Périnatale en Santé Mentale (P3SM).

Éléments de réponse aux questions évaluatives

Q1- Le plan a-t-il permis d'améliorer la sécurité et la qualité de la prise en charge en périnatalité ?

Question n°1.1 : Les réseaux de périnatalité, tout en tenant compte de leur hétérogénéité, ont-ils permis d'améliorer la prise en charge des femmes et des nouveau-nés, notamment par des orientations et des transferts adaptés à leur situation et leur garantissant une sécurité accrue ?

Le Réseau régional Naître en Languedoc-Roussillon est mis en place depuis 2004. Au 31 décembre 2008, il rassemble 95% des maternités régionales, 60% des sages-femmes, 44% des gynécologues et gynécologues-obstétriciens et 25% des pédiatres.

Le réseau est administré par un conseil d'administration de 24 membres représentant 19 collègues. Son fonctionnement est actif ; il a connu par exemple, en 2008, 2 assemblées générales, 3 réunions du conseil d'administration et 4 réunions du bureau.

Il n'existe pas d'animation locale du réseau régional. Ceci résulte d'un choix stratégique du réseau, de disposer d'une organisation régionale reliée au terrain (par exemple, les revues de dossiers sont effectuées par rotation dans les différentes grandes villes de la région), plutôt que d'une coordination d'actions de terrain. Ceci permet de conserver une véritable orientation régionale globale.

Les revues de mortalité et morbidité permettent d'échanger sur les cas survenus. Les cas de décès sont systématiquement étudiés et discutés, tandis que les cas graves sont étudiés sur demande. Ceci permet d'améliorer les pratiques des professionnels.

En Languedoc-Roussillon, une Cellule Régionale d'Orientation Périnatale (CROP) organise les orientations et les transferts. Elle agit de deux manières : son rôle premier est de conseiller les professionnels sur l'opportunité d'un transfert et sur le niveau adapté à la pathologie. Son rôle de conseil est d'autant plus important que les professionnels pourraient souhaiter transférer une patiente sans que cela ne soit toujours nécessaire, au risque de surcharger les maternités de type III inutilement.

Dans un second temps, lorsque le transfert est décidé, la CROP trouve une place disponible pour accueillir la parturiente ou le nouveau-né, dans un établissement adapté (dans le cadre du réseau en premier lieu).

Par son travail de collecte de donnée, la CROP a permis de mettre en évidence certains dysfonctionnements dans les transferts et ainsi mettre en place des formations ou des conseils adaptés à chaque établissement pour améliorer la sécurité de la prise en charge des parturientes et des nouveau-nés.

Entre janvier 2008 et juin 2009, la CROP a traité plus de 1 600 demandes, dont 46% de transferts in utero (TIU) et 36% de transferts post natalis (TPN). Les données plus précises sur ces transferts sont en cours de traitement.

Les aspects pratiques du transfert sont gérés par les 5 SAMU de la région, ce qui ne pose pas de problème pour le territoire de santé de Montpellier, puisque les maternités sont toutes situées dans le même département. Le SAMU de Montpellier est habilité à transférer les nouveau-nés.

L'absence de niveau IIb dans la région tend à focaliser les transferts vers les niveaux III (80% des transferts), et notamment le CHU de Montpellier, ce qui peut poser problème dans un contexte de pénurie de place.

La distinction des maternités en trois types pose question pour certains professionnels : les TIU sont favorisés et les petites maternités de type I réalisent peu d'actes. Dans ce contexte les pédiatres de maternité I ne pratiquent des gestes que lorsqu'un transfert n'a pas pu être anticipé, c'est-à-dire deux ou trois cas par an. Certains professionnels questionnent le maintien de la compétence de ces médecins.

Question n°1.2 : La prise en charge des urgences obstétricales, notamment des hémorragies du post-partum, répond-elle aux recommandations existantes ? Les recommandations pour la pratique clinique (RPC) existant sur ce thème sont-elles connues et appliquées par les professionnels ?

Le réseau NLR édite et diffuse auprès des maternités des protocoles sur les hémorragies du postpartum. Ceux-ci sont connus, appliqués et affichés dans les salles d'accouchement et les salles de pause du personnel. Des posters « personnalisés » permettent d'indiquer dans chaque établissement les noms et les numéros de téléphone des personnes à contacter à chaque étape.

Les maternités disposent d'une banque de sang dans l'établissement. Le CHU a mis en place des chariots d'urgence spécifiques et a optimisé son circuit de bilan sanguin pour obtenir des résultats en 20 minutes maximum.

Les formations et les revues de morbidité et mortalité (RMM) permettent de mieux appréhender les cas potentiellement évitables.

Q2- Le plan a-t-il permis d'améliorer l'humanité et la proximité de la prise en charge en périnatalité ?

Question n°2.1 : Le plan a-t-il permis de proposer aux couples des modes de prise en charge diversifiés, plus conformes à leurs attentes, incluant notamment un accompagnement et une prise en charge adaptés au déroulement des grossesses physiologiques ?

Le cas de la clinique de Ganges est ici à distinguer des deux ou trois autres maternités, car le territoire des Cévennes est confronté à une demande forte d'accouchement « physiologique » voire d'accouchement à domicile, demande beaucoup moins prénante à Montpellier. Aussi, une visite de la maternité est organisée pour les femmes qui le souhaitent, bien qu'ayant choisi d'accoucher à domicile¹. Les professionnels de la Clinique regrettent le manque de coordination avec les sages-femmes libérales.

Les professionnels de l'ensemble des établissements rencontrés sont de plus en plus sensibilisés à différentes méthodes pour limiter la médicalisation de l'accouchement. Ils prennent en considération le projet de naissance quand celui-ci existe et répondent aux souhaits quand ils sont compatibles avec la sécurité nécessaire à l'accouchement et aux pratiques de l'établissement (formation aux différentes postures, ballon, péridurale ambulatoire, peau à peau, aménagement des salles de naissance). Cela est plutôt considéré par les professionnels comme une amélioration du confort des parturientes.

Le système des sorties précoces n'est pas favorisé, car jugé insuffisamment sécurisé. Pourtant le nombre de professionnels libéraux est suffisant pour assurer le suivi, y compris en cas d'HAD et le soutien à ce système permettrait de désengorger la maternité publique. Des réunions de réflexions sur ce sujet sont organisées au sein de la clinique Saint-Roch pour étudier les risques potentiels.

Lorsqu'un transfert doit avoir lieu, le souhait des couples n'intervient qu'après d'autres critères tels que l'adéquation du type d'établissement au niveau de soin nécessaire, l'intégration de l'établissement au réseau (c'est-à-dire dans la région) et la disponibilité des lits. Il peut ainsi arriver qu'une patiente de Montpellier, accouchant dans l'une des deux cliniques privées de la ville soit transférée à Nîmes si c'est là qu'une place est disponible.

Les établissements privés proposent des questionnaires pour connaître la satisfaction des parturientes quant à leur prise en charge dans l'établissement. Celles-ci sont généralement satisfaites.

¹ Environ 3 femmes par mois visitent la maternité dans cette optique, ce qui ne donne qu'une estimation des accouchements réels à domicile (patientes ne visitant pas la maternité et passant inaperçues et patientes changeant d'avis).

Question n°2.2 : Les réseaux de périnatalité ont-ils permis d'articuler l'intervention des différents acteurs autour des besoins des familles, en particulier avec les services de PMI et l'offre de soins ambulatoire, pour assurer une continuité de la prise en charge de proximité des mères et des enfants, en amont et en aval de la naissance ?

Le réseau Naître en Languedoc-Roussillon est un réseau de santé et non un réseau de soins. Son développement au regard des libéraux et des professionnels de PMI n'assure donc pas directement une continuité de prise en charge de proximité des mères et des enfants, mais il favorise la création d'un terrain commun de pratiques et de conceptions.

Le réseau inclut ainsi une part significative des professionnels libéraux et des PMI : 30% des 1 000 adhérents du réseau régional sont des professionnels libéraux et 13%, des salariés du secteur privé ; les professionnels de PMI sont, quant à eux 41, soit 4% des adhérents. Les professionnels libéraux sont représentés au conseil d'administration dans 3 collèges : celui des sages-femmes, celui de la FHP et celui des médecins généralistes. Un collège est par ailleurs réservé aux Conseils généraux.

Les professionnels ayant répondu au questionnaire connaissent bien le réseau et apprécient son action en matière de diffusion de bonnes pratiques et de partage d'expérience.

Les services de PMI sont présents dans les maternités, y compris dans les établissements privés, ce qui s'est amélioré depuis quelques années. A Ganges, un travail se fait avec les PMI des deux départements (Gard et Hérault), puisque la majorité des parturientes sont gardoises. Les 5 PMI de la région harmonisent leurs pratiques dans le cadre d'un collège des services départementaux de PMI.

Traditionnellement et étant donné la couverture par les sages-femmes libérales, les services de PMI interviennent plutôt en post-natal : 22 sages-femmes de PMI pour plus de 275 libérales. Les services de PMI mettent à disposition pour certaines femmes des aides pour faciliter le retour à domicile (aides ménagères, TISF...). Un suivi pour les conduites addictives est également organisé (suivi spécifique et plus attentif pour les femmes rencontrant ces difficultés).

Afin d'améliorer la continuité de la prise en charge, un système de « référent - patient » a été mis en place au sein du CHU de Montpellier, ce qui permet de limiter le nombre d'intervenants auprès des patientes fragiles.

Le Dossier Commun Périnatal Informatisé, élaboré dans la cadre du réseau NLR, permet l'échange d'information entre professionnels. Il est disponible pour tous les professionnels de la périnatalité de la région, pour la consultation ou le remplissage. Cependant des problèmes d'interface avec les logiciels des professionnels libéraux ne permettent pas une mise en commun des données et obligent une double saisie (ce qui freine l'utilisation du dossier) : le CHU utilise le DCPI à 100%, mais le taux tombe à 50% en ce qui concerne l'ensemble des

établissements privés de la région. Certains acteurs suggèrent que les médecins sont encore parfois réticents à partager les informations de leurs patientes.

Si les établissements ne le remplissent pas, ils peuvent cependant y accéder en cas de transfert dans leur établissement d'une patiente, ce qui facilite la prise en charge. A Ganges, il est systématiquement rempli au moment de l'inscription en maternité.

Mis à part le problème de doublon, le DCPI est jugé comme un outil utile qui agit pour une meilleure prise en charge des patientes et des nouveau-nés, plus globale et plus continue. Ainsi, les services de PMI accèdent également au DCPI, pour consultation ou remplissage.

Dans l'Hérault, le service de PMI renégocie actuellement les conventions avec les établissements. L'un des points majeurs de la discussion est de pouvoir mettre en place des staffs « parentalité » entre les établissements et les professionnels de PMI afin d'amplifier la prise en charge des patientes dans le temps.

Question n°2.3 : L'écoute, l'information, la prise en charge et l'accompagnement des femmes enceintes et des couples ont-ils été pris en compte par les établissements de santé et les professionnels ?

Le réseau a permis de former l'ensemble des sages-femmes du territoire à l'entretien prénatal précoce (EPP). Une fiche a été rédigée en concertation avec les professionnels pour harmoniser les pratiques régionales en la matière. Les professionnels estiment à 40% le nombre de patientes qui en bénéficient. 370 EPP ont été réalisés en 2009 au CHU de Montpellier.

Le carnet de santé maternité n'est pas distribué systématiquement, mais seulement aux femmes en faisant la demande. En effet, les services de PMI considèrent qu'il constitue un doublon à la fois avec le DPCI, dans sa partie « échange d'information », et également avec les documents élaborés avec la caisse d'assurance maladie et la Caf et envoyés aux trois phases de la grossesse à toutes les femmes. Les usagères rencontrées en ont pour une part bénéficié et le jugent utile, pour les informations qui y sont données.

Depuis 2004, le pôle de Prévention Périnatale en Santé Mentale (P3SM) met en relation les professionnels de la grossesse et de la naissance des deux cliniques privées de Montpellier avec des pédopsychiatres (de ville ou mixte), afin d'améliorer le suivi et la prise en charge des patientes fragiles psychologiquement.

Lorsqu'une patiente fragile est repérée, deux solutions peuvent se présenter : une consultation directe avec la patiente par le pédopsychiatre (rendez vous pris dans les 24h), ou une aide indirecte, à travers le soutien des équipes intervenant autour de la patiente (afin de limiter le nombre d'intervenants). C'est cette situation qui est privilégiée (25% des cas).

La mise en place de ce réseau, aujourd'hui financé par le fonds FICQS et les MIGAC, a permis aux professionnels de la périnatalité (somatiques) de « s'ouvrir » aux questions de l'environnement psychologique, par la mise en place de solutions concrètes aux problèmes des femmes. La tendance précédente était plutôt de ne pas creuser les situations potentiellement difficiles, par peur de ne pas savoir la prendre en charge. Un retour d'information est systématiquement organisé entre les professionnels (pour éviter la rupture de soins).

Entre 2006 et 2009, 1 167 femmes sont entrées dans le parcours du P3SM (5 à 6% des accouchements des deux établissements), dans trois quarts des cas, les femmes entrent dans le dispositif en ante natal, et dans 50% pendant les 2 premiers trimestres de la grossesse, ce qui laisse présager le rôle probable de l'EPP (au moins 65% des femmes entrées dans le dispositif ont bénéficié d'un EPP).

Suite au passage au sein du réseau P3SM, les patientes sont réorientées vers les professionnels de la naissance (gynécologue et SF), vers les généralistes, mais aussi vers des psychiatres adultes (ouverture progressive) et les services de PMI. Deux mois après la sortie du dispositif un point est fait entre les professionnels, pour connaître la situation de la patiente. Une lacune est peut-être identifiée pour le suivi sur un plus long terme du couple et de l'enfant (des partenariats à renforcer avec les pédiatres libéraux et les services de PMI pour systématiser le suivi à 1 an sont envisagés).

La mise en place du P3SM a véritablement permis de décloisonner les actions des professionnels : les femmes ne sont plus les patientes d'un médecin, mais d'une équipe soignante. Le Pôle de prévention périnatal en santé mentale a été créé de manière parallèle au plan, mais celui-ci a permis de trouver un écho et une réponse favorable de la part des tutelles. Il permet de détecter de manière beaucoup plus systématique les patientes présentant une fragilité psychique, et de les orienter au mieux.

Le CHU a également mis en place un staff intégrant le psychologue, intervenant à la fois auprès des patientes et auprès des équipes, face à l'augmentation des cas. Il s'agit du psychologue de la maternité, et non plus de la mise à disposition d'un professionnel du service de médecine psychologique pour enfants et adolescents (MPEA).

Les services de PMI souhaitent ancrer le travail en réseau dans les territoires par la formalisation de réseaux de proximité.

Question n°2.4 : Le plan a-t-il permis de mieux intégrer les attentes des usagers dans le pilotage et la mise en œuvre de la politique de périnatalité, au niveau national et au niveau régional ?

Le réseau NLR n'intègre pas les usagers dans son fonctionnement, il est avant tout un élément de coordination entre professionnels de santé.

Q3- Le plan a-t-il permis de renforcer la prise en charge des femmes et des couples les plus en difficultés au regard de l'amélioration de leur accès aux droits, aux soins ?

Question n°3.1 : Le plan périnatalité a-t-il permis de mobiliser les ressources existantes, notamment dans les départements (services de protection maternelle et infantile) et les dispositifs spécifiques (comme les PRAPS, les PASS...) et de les adapter aux enjeux de la période périnatale ? Quelle appréciation peut-elle être portée à ce sujet ?

Une assistante sociale « périnatalité » est mise à disposition au CHU de Montpellier pour accompagner les patientes et les couples en situation de précarité. Le personnel soignant de la maternité souhaiterait intégrer le système de PASS qui est pour le moment généraliste (aux urgences) à la maternité (0,5ETP dédié pour gérer des consultations qui relèvent de la PASS). Cela permettrait une réponse très rapide à des situations difficiles. Les autres maternités rencontrées n'ont pas de problème de grande précarité (patientes se dirigeant spontanément vers le public).

Les services de PMI sont les relais habituels dans ces situations, dans le cadre de leurs liens relativement forts avec la maternité. Ils sont identifiés comme l'expert « public vulnérable » pour les hospitaliers, mais une certaine difficulté persiste pour s'accorder avec les sages-femmes libérales.

Question n°3.2 : Des dispositifs innovants ont-ils été mis en place dans certaines régions dans le but de renforcer la vigilance en direction des femmes enceintes en situation de précarité (notamment les migrantes en situation irrégulière) ?

En matière de migrantes, des listings de personnels parlant plusieurs langues sont établis, mais aucun financement d'interprétariat n'est mis en œuvre.

Une « convention PMI » permettait pour les femmes dépourvues de sécurité sociale de prendre en charge financièrement les consultations médicales de la grossesse (dans l'attente de la couverture sociale) par un financement du Conseil général. Cette convention ne prenait pas en charge l'accouchement, mais permettait d'accéder aux soins pendant le suivi. Cette convention n'est plus en cours depuis le 1er janvier 2010, car elle impliquait d'une part que le Département intervienne dans le champ de compétence de l'Etat, et d'autre part qu'il se substitue au financement MIGAC fléché à cet effet et qui n'est pas mobilisé par les hôpitaux (mission de service public).

Q4- Le plan a-t-il permis de renforcer et d'articuler les interventions des différents acteurs ?

Question n°4.1 : Le plan a-t-il amélioré les articulations nationales/régionales/départementales, tout particulièrement avec les services de protection maternelle et infantile ?

Les 5 services départementaux de PMI s'organisent et harmonisent leurs pratiques depuis 2005, dans le cadre d'un collège réunissant les médecins coordonnateurs. Les services de PMI ont également l'occasion de se rencontrer dans le cadre du réseau.

Question n°4.2 : Le plan a-t-il permis d'impulser une dynamique locale (au niveau départemental et au niveau régional) en améliorant la cohérence entre les différents acteurs et entre les différentes démarches ?

Non pertinent au niveau local

Question n°4.3 : Quelle analyse de l'articulation et de la complémentarité du PRSP et du SROS est-il possible de faire ?

Non pertinent au niveau local

Q5- Le plan a-t-il permis de rendre le système d'information périnatal plus performant au niveau national, au niveau régional et au niveau départemental ?

Question 5.1 : Les recommandations émises par Euro-peristat concernant le recueil des indicateurs incontournables ont-elles pu être suivies ?

Non pertinent au niveau local

Question n°5.2 : Les nouvelles dispositions relatives aux premiers certificats de santé ont-elles permis une meilleure connaissance territoriale de l'état de santé des nouveau-nés ?

Des lacunes persistent dans la transmission d'information : les CS8 ne sont pas systématiquement remplis, ou pas entièrement, et l'information arrive souvent trop tardivement pour qu'un suivi puisse se faire correctement sur cette base (parfois plus de 2 mois après l'accouchement). 85% des CS8 sont reçus. Le taux baisse à 60% pour les CS9 et à 50% pour les CS24.

Les services de PMI sont demandeurs d'une dématérialisation du certificat qui permettrait un remplissage plus exhaustif et une transmission en temps réel (le département fait partie des territoires pilotes pour l'expérimentation).

Une réflexion est en cours autour de la mise en place d'un bulletin régional des certificats de santé avec le GRSP et la futur ARS. Il s'agirait de faire une analyse annuelle et régionale des données issues des CS8, et de produire des données sur

la santé périnatale. Actuellement, un bulletin départemental est édité tous les 2 ans. L'expérimentation de la dématérialisation doit permettre de réduire les délais.

1.2 Territoire de santé de Perpignan (département des Pyrénées Orientales)

Contexte	
Contexte démographique, socio-économique et sanitaire	<p>Le territoire de santé de Perpignan se déploie à l'échelle de l'ensemble du département des Pyrénées-Orientales en matière de périnatalité, puisque la ville concentre les trois seuls maternités départementales.</p> <p>La population des Pyrénées-Orientales est de 440 885 habitants (INSEE 2006) et la densité de 105 habitants au km² (INSEE 2006). Les Pyrénées-Orientales ont compté 4.756 naissances en 2008 (4638 en 2007 et 4.813 en 2006).</p> <p>Le niveau de précarité du territoire est élevé, avec un taux de bénéficiaires du RMI de 6% et de la CMUC de 11% (INSEE 2006) qui situe le département au niveau le plus défavorisé de la région Languedoc-Roussillon, qui connaît elle-même une situation défavorable parmi les régions françaises. Le Département des Pyrénées-Orientales est le plus pauvre de France.</p> <p>Les taux de mortalité liés à la périnatalité sont plutôt favorables sur le département et sont inférieurs à la moyenne nationale, en particulier pour la mortalité périnatale : les moyennes 2005-2007 des taux de mortalité infantile et néonatale des Pyrénées-Orientales sont respectivement de 3,8‰ et 2,0‰, proches de la moyenne régionale (3,4‰ et 2,0‰). Les moyennes 2005-2007 des taux de mortalité périnatale (8,3‰) et de mortinatalité (6,8‰) sont légèrement inférieurs aux taux régionaux (8,9‰ et 7,8‰) (ORS Languedoc-Roussillon et Réseau Naître et Grandir en Languedoc-Roussillon, 2009).</p>
Offre de soins	<p>Etablissements : le territoire compte un établissement de type III, le Centre Hospitalier de Perpignan et deux maternités de type I (cliniques ND d'Espérance et Saint-Pierre).</p> <p>Ces trois établissements assurent respectivement environ 30%, 40% et 30% des naissances, soit une part du secteur privé importante (71% des naissances en 2007).</p> <p>Ils regroupent 109 lits d'obstétrique et 20 de néonatalogie (établissements, 2009).</p>



Professionnels de santé : la densité de spécialistes en gynécologie (46,4 pour 100.000 femmes de 15 à 49 ans) est légèrement inférieure aux moyennes régionale et nationale qui sont équivalentes (50,4 ; exploitation ORS-LR, 2006).

La densité de sages-femmes (129,4 pour 100.000 femmes de 15 à 49 ans, exploitation ORS-LR, 2006) est inférieure à la moyenne régionale (151,8), mais supérieure à la moyenne nationale (121,1). La densité de sages-femmes libérales (22,6) est inférieure à la moyenne régionale (28,1).

PMI : le service départemental de PMI s'appuie sur 8 maisons de proximité dont 2 à Perpignan. Il compte 7 sages-femmes dont 2 sur Perpignan.

Autres acteurs de la périnatalité : une association des sages-femmes des Pyrénées-Orientales a été créée en 2004 et rassemble 127 sages-femmes sur le département. Elle bénéficie du financement à mi-temps d'une sage-femme coordinatrice par le Conseil général.

Réseau : le Réseau Naître en Languedoc-Roussillon a été créé en 2004. Il compte 1.150 adhérents (31 décembre 2009) dont 109 (9%) dans les Pyrénées-Orientales ; il implique les 3 maternités du département. Son conseil d'administration implique tous les acteurs de la périnatalité. Il fonctionne grâce à 3 salariés et 1 sage-femme détachée. Il a été agréé par l'URCAM et l'ARH en 2004 et est financé par la DRDR et le FICQS.

Il intervient particulièrement sur la promotion du dossier commun informatisé, l'analyse rétrospective de dossiers de mortalité et morbidité périnatale, l'élaboration de référentiels périnataux et la formation médicale.

Éléments de réponse aux questions évaluatives

Q1- Le plan a-t-il permis d'améliorer la sécurité et la qualité de la prise en charge en périnatalité ?

Question n°1.1 : Les réseaux de périnatalité, tout en tenant compte de leur hétérogénéité, ont-ils permis d'améliorer la prise en charge des femmes et des nouveau-nés, notamment par des orientations et des transferts adaptés à leur situation et leur garantissant une sécurité accrue ?

Le réseau est mis en place et inclut l'ensemble des établissements du territoire

Le Réseau régional Naître en Languedoc-Roussillon est mis en place depuis 2004. Au 31 décembre 2009, il rassemble 95% des maternités régionales, 59% des sages-femmes, 50% des gynécologues et gynécologues-obstétriciens et 25% des pédiatres.

Le réseau est administré par un conseil d'administration de 27 membres représentant 20 collèges. Son fonctionnement est actif ; il a connu par exemple, en 2009, 1 assemblée générale, 2 réunions du conseil d'administration et plusieurs réunions du bureau.

A Perpignan, le réseau rassemble les 3 maternités du département. En revanche, le Conseil général n'en est pas membre institutionnel, bien que travaillant avec lui.

Il n'existe pas vraiment, à Perpignan, d'animation locale du réseau régional. Ceci résulte d'un choix stratégique du réseau, de disposer d'une organisation régionale reliée au terrain (par exemple, les revues de dossiers sont effectuées par rotation dans les différentes grandes villes de la région), plutôt que d'une coordination d'actions de terrain. Ceci permet de conserver une véritable orientation régionale globale ; en revanche, les acteurs de terrain, bien que reconnaissant le travail du réseau et y participant, s'en sentent parfois un peu éloignés.

Les moyens relatifs aux transports ont été déployés et les transports sont mieux déployés sur le territoire

L'un des 20 collèges représentant les professionnels au conseil d'administration du réseau assure la représentation des transporteurs.

En Languedoc-Roussillon, une Cellule Régionale d'Orientation Périnatale (CROP) organise les orientations et les transferts. Elle agit de deux manières : en conseillant les professionnels sur l'opportunité d'un transfert et sur le niveau adapté à la pathologie ; en trouvant une place disponible pour accueillir la parturiente ou le nouveau-né, dans un établissement adapté (dans le cadre du réseau en premier lieu).

Le service rendu par la CROP est vu très positivement par le centre hospitalier. L'entrée en service de cette régulation a sécurisé la recherche de places adaptées et a libéré les professionnels locaux de santé d'une tâche lourde. Les procédures mises en œuvre sont perçues comme adaptées aux niveaux de risques. Les transferts gérables sur Perpignan restent traités localement sans transiter systématiquement par la régulation régionale, ce qui allège la procédure. Ces transferts sont effectués localement par le SAMU, sans spécialité pédiatrique, même si certains transporteurs ont pu être formés ou ont acquis par l'expérience les connaissances nécessaires.

La CROP n'est pas vue localement comme se substituant au SAMU.

Des outils permettent d'identifier les cas à risque et de décider en amont de l'orientation, mais ceci n'a pas été formellement développé par le réseau

Les engagements du réseau concernent notamment « l'anticipation des risques et l'orientation des patients et de leurs nouveau-nés dans des établissements adaptés à leur niveau de risques ». Mais les actions concrètes menées en ce domaine ont plutôt été menées par les établissements directement.

Ainsi, des conventions étaient en cours de finalisation lors du passage des évaluateurs (janvier 2010) entre le centre hospitalier (niveau III) et les deux cliniques (niveau I) de Perpignan. Ces conventions précisent les événements ou conditions qui déclenchent l'orientation de la mère ou/et de l'enfant de la clinique à l'hôpital.

L'une des deux cliniques note cependant que les transferts sont toujours du niveau I vers le niveau III et non dans l'autre sens.

Une fois par semaine, un staff pédiatrico-obstétrique relatif aux dossiers de grossesses pathologiques rassemble les services gynécologique-obstétrique et néonatalogie de l'hôpital ; la clinique Saint-Pierre y participe en vidéoconférence. Cette pratique permet de diffuser les informations nécessaires en amont et d'anticiper la prise de décision. Les transferts s'opèrent ainsi plus facilement.

Les réseaux s'inscrivent dans une démarche qualité, notamment en ce qui concerne les transferts

Le réseau organise régulièrement des revues de dossiers de mortalité et morbidité périnatale. L'une des 5 thématiques proposées dans chacune des réunions, concerne les « transferts périnataux et transferts à haut risque ».

En 2008, les 4 séances de revue de dossiers organisées ont rassemblé au total 243 participants, dont 30% de libéraux.

Un des référentiels créés par le réseau concerne le transport périnatal (2008).

La chronologie semble montrer un appui du réseau et du plan périnatalité à l'amélioration d'indicateurs de « sécurité », mais non un déclenchement

En Languedoc-Roussillon, l'amélioration des indicateurs de mortalité périnatale et de mortinatalité est très forte en 10 à 12 ans, faisant passer la région du 18^{ème} et 21^{ème} rang en 1995-97 au 1^{er} et 2^{ème} en 2005-07 (des évolutions similaires sont visibles sur d'autres indicateurs).

L'évolution est particulièrement nette autour des années 2000 où se produit un véritable basculement vertueux, qui s'est poursuivi progressivement jusqu'à aujourd'hui. Ce mouvement est à mettre en parallèle avec plusieurs événements intervenus à la fin des années 90 : la mise aux normes des établissements suite au décret de 1998, le « choc » provoqué en Languedoc-Roussillon par les premiers résultats de l'enquête Epipage (après 1997) classant très défavorablement la région, et la mise en place de la Commission Régionale de la Naissance fin 1999.

La création du réseau régional fin 2004 et la mise en œuvre du plan périnatalité pour la période 2005-07 interviennent donc de toute façon de manière décalée par rapport aux éléments antérieurs, en appuyant les efforts des acteurs régionaux plus qu'en les déclenchant.

Les acteurs régionaux mettent en avant les éléments suivants, à l'appui de ce mouvement : une véritable coordination d'acteurs diversifiés (centres hospitaliers, ORS, sages-femmes libérales, DRASS, ARH) avec le support du réseau ; un choix de constitution du réseau à un niveau vraiment régional et non local ; une bonne articulation des acteurs publics et privés.

Question n°1.2 : La prise en charge des urgences obstétricales, notamment des hémorragies du post-partum, répond-elle aux recommandations existantes ? Les recommandations pour la pratique clinique (RPC) existant sur ce thème sont-elles connues et appliquées par les professionnels ?

Information non disponible

Q2- Le plan a-t-il permis d'améliorer l'humanité et la proximité de la prise en charge en périnatalité ?

Question n°2.1 : Le plan a-t-il permis de proposer aux couples des modes de prise en charge diversifiés, plus conformes à leurs attentes, incluant notamment un accompagnement et une prise en charge adaptés au déroulement des grossesses physiologiques ?

La proximité n'est pas un critère de choix réel pour les couples

Malgré la concentration des 3 maternités des Pyrénées-Orientales à Perpignan, la répartition géographique sur le département des femmes de 15 à 49 ans selon le temps d'accès à la maternité la plus proche montre que seules 17% des femmes sont éloignées de plus de 20 minutes d'un établissement (contre 32% pour l'Aude et 59% pour la Lozère ; moyenne régionale : 21% ; source : DREES, exploitation ORS L-R, 2007).

Plusieurs acteurs de la périnatalité regrettent que, pour ces personnes éloignées, la fermeture des maternités de Prades et Céret n'ait pas été suivie de l'ouverture du centre périnatal de proximité un temps évoquée à Céret, mais finalement concrétisée à Lunel (34) ; une activité de prévention aurait en effet été jugée pertinente pour cet établissement. Une recrudescence temporaire d'accouchements à domicile à cette période semble d'ailleurs avoir été observée, permettant l'activité de deux sages-femmes dans un premier temps, puis une seule aujourd'hui (NB : l'hôpital demande à voir une fois, via la sage-femme qui la suit, toute femme qui souhaite accoucher à domicile).

L'hôpital espagnol de Puigcerda, grâce à une convention transfrontalière, ouvre un accès aux urgences et un accès à la maternité, si la consultation du 3^{ème} trimestre a été faite sur site. Côté français, la plus proche maternité est à une centaine de kilomètres depuis la suppression de celle de Prades. Une cinquantaine d'accouchements de résidentes en France est ainsi réalisée annuellement à Puigcerda.

S'agissant des effectifs plus importants du bassin plus immédiat de Perpignan, la proximité est rarement évoquée comme un critère de choix pour les couples, tant par les professionnels que par les usagers (focus groupe du 21 janvier 2010). Le critère principal est, de très loin, le choix du gynécologue.

Dans ce contexte, il convient de noter que l'hôpital fait « peu » d'accouchements (environ 30% des 3 établissements ; 1.350 naissances par an environ) et « dissuade » les grossesses non compliquées en proposant des rendez-vous tardifs. L'hôpital ne gère donc pas vraiment d'usagers de proximité.

S'agissant des deux cliniques, leur distance est d'environ 6 km, soit un trajet de l'ordre de 15 minutes, ce qui relativise le critère de la proximité.

Les profils des maternités sont diversifiés mais peu perçus par les usagers

Les usagers ont le choix entre 3 maternités ainsi différenciées : la clinique ND d'Espérance est l'établissement le plus important qui assure le plus grand nombre de naissances (2.000 naissances) ; en secteur privé, la clinique Saint-Pierre présente une structure plus petite avec une activité inférieure (1.400 naissances) ; enfin, en secteur public, avec un service de néonatalogie, le centre hospitalier a une activité limitée (1.350 naissances). Le volume d'accouchements réalisés dans le secteur privé est donc très important (71% en 2007), alors même que le département des Pyrénées-Orientales connaît une situation sociale très difficile.

Le critère privé / public n'est donc pas perçu de manière prioritaire par les usagers comme l'ont confirmé les observations faites dans le focus groupe qui ont placé le choix du gynécologue comme prépondérant par rapport au choix de l'établissement. Le coût de l'accouchement ne semble pas non plus perçu comme un critère de choix.

Les attentes des couples sont identifiées par les praticiens

Les sages-femmes rencontrées dans les 3 établissements observent qu'en majorité les femmes ont davantage un projet « d'accouchement » qu'un projet de naissance. Elles ont des opinions sur la péridurale ou l'épisiotomie, plus que sur l'ensemble du processus de grossesse. Les positions de principe peuvent se révéler favorables à des pratiques « naturelles », mais les demandes concrètes ne vont pas dans ce sens.

Les sages-femmes interrogées notent que les femmes cherchent davantage la simplicité que la maîtrise de l'accouchement ; les femmes souhaitent, selon elles, sécurité, praticité et absence de douleur. Elles mettent cela en relation avec une évolution sociale globale et un contexte médico-légal qui ne poussent pas nécessairement à une autonomisation de la personne. Les démarches volontaires de prise en charge des femmes par elles-mêmes sont jugées limitées à un petit nombre de personnes. Les femmes se laissent plutôt prendre en charge.

Ces observations sont très en phase avec les opinions recueillies lors du focus groupe (cependant, il convient de garder en mémoire que ce groupe n'est pas représentatif). Sur 10 participants, une femme a montré un intérêt pour l'accouchement dans l'eau (mais ne l'a pas pratiqué) et une autre s'est interrogée avec bienveillance sur l'accouchement à domicile. Les autres femmes et pères présents se sont massivement prononcés pour des approches « classiques », sans manifester de recherches particulières sur d'autres façons de faire. A l'exception d'une femme, l'ensemble des personnes s'est prononcé en faveur de la péridurale.

Les pratiques des établissements prennent davantage en compte qu'auparavant la dimension physiologique de l'accouchement

Même si les observations précédentes ne mettent pas en avant une demande explicite de la majorité des femmes en faveur d'une diversification des pratiques des maternités, ces dernières semblent avoir amélioré leur offre en ce sens.

Le centre hospitalier ne dispose pas de salle physiologique, mais utilise l'eau, les ballons, les méthodes de Bernadette de Gasquet... Ces approches sont intégrées aux pratiques des sages-femmes et sont utilisées, même en l'absence de demande des parturientes. Une sage-femme dispose également d'une formation en acupuncture.

A Saint-Pierre, les 7 gynécologues-obstétriciens travaillent selon la méthode de suivi discontinu, ce qui rend les sages-femmes très présentes et relativement indépendantes, et permet aux femmes de demander à bénéficier de ballons ou de bains ou des méthodes de Bernadette de Gasquet. Lors du passage de l'évaluateur, une femme était par exemple, en train d'accoucher en décubitus latéral gauche. En revanche, la clinique n'a pas souhaité investir dans une salle nature, jugeant cette démarche non pertinente. A la clinique ND d'Espérance en revanche, une salle nature est en prévision.

L'hôpital a par ailleurs ouvert le 1^{er} décembre 2009, un service d'hospitalisation à domicile qui dispose de 5 places pour la grossesse et les suites de couches précoces. Les sages-femmes libérales y participent et la demande semble augmenter rapidement. Ce service permet de diminuer la durée de séjour à l'hôpital et de rendre plus humaines les grossesses pathologiques en évitant des durées longues de séjour à l'hôpital.

Question n°2.2 : Les réseaux de périnatalité ont-ils permis d'articuler l'intervention des différents acteurs autour des besoins des familles, en particulier avec les services de PMI et l'offre de soins ambulatoire, pour assurer une continuité de la prise en charge de proximité des mères et des enfants, en amont et en aval de la naissance ?

L'articulation avec les PMI et les libéraux se développe

Le réseau Naître en Languedoc-Roussillon est un réseau de santé et non un réseau de soins. Son développement au regard des libéraux et des PMI n'assure donc pas directement une continuité de prise en charge de proximité des mères et des enfants, mais il favorise la création d'un terrain commun de pratiques et de conceptions.

Le réseau inclut ainsi une part significative des professionnels libéraux et des PMI : 32% des 1.150 adhérents du réseau régional (31 décembre 2009) sont des professionnels libéraux et 14%, des salariés du secteur privé ; les professionnels des PMI sont, quant à eux, 44, soit 4% des adhérents. Les professionnels libéraux sont représentés au conseil d'administration dans 3 collèges : celui des sages-femmes, celui de la FHP et celui des médecins généralistes. Un collège est par ailleurs réservé aux Conseils généraux.

Le dossier commun informatisé peine à se mettre en place de manière large

La conception et le déploiement d'un dossier commun informatisé constitue une des actions phares du réseau. En 2003, le réseau a bénéficié d'un financement pour lancer l'opération et équiper les établissements publics et privés en terminaux ; le dossier a été testé à partir de 2005 et est entré en vigueur en 2008. Il fonctionne aujourd'hui dans 5 des 22 maternités régionales dont le CHU régional de Montpellier. Il ne fonctionne dans aucun établissement de Perpignan. Plusieurs types de réticences sont évoqués pour expliquer l'absence de déploiement dans un établissement : surcharge de travail, difficultés d'interconnexion avec d'autres logiciels, mauvaise prise en compte des problématiques du secteur privé...

En 2008, la gouvernance du projet est entièrement passée de l'ARH au Réseau. 1 sage-femme forme les personnels des établissements et les libéraux ; trois quarts des professionnels ont ainsi été formés (pas à Perpignan). Au total, cela représente 1.162 utilisateurs au 31 décembre 2008. Les quantités de documents ont globalement doublé entre janvier et décembre 2008 ; sur 2008, 3.450 résumés d'accouchement ont ainsi été saisis, 20.777 consultations et 5.126 débuts de grossesse. En 2009, ces indicateurs ont encore cru respectivement de 49, 54 et 36%. Les PMI ont également été formées et celle de l'Hérault est utilisatrice effective du dossier.

Question n°2.3 : L'écoute, l'information, la prise en charge et l'accompagnement des femmes enceintes et des couples ont-ils été pris en compte par les établissements de santé et les professionnels ?

Le carnet de maternité n'est pas utilisé, à part par la PMI

Aucune des 3 maternités de Perpignan n'utilise le carnet de maternité. La clinique Saint-Pierre ouvre un dossier périnatal au début de la grossesse, qui est gardé par la sage-femme ; le document, issu d'Audipog, est rempli progressivement par les sages-femmes et les médecins ; 90% des femmes en disposent. La clinique ND d'Espérance estime le carnet proposé par le Conseil général insuffisamment adapté à l'accouchement et mélangeant des questions de prévention et des questions médicales. L'hôpital n'utilise pas non plus ce document.

Les sages-femmes de la PMI utilisent le carnet de maternité et estiment qu'il s'agit d'un excellent document de liaison avec les établissements. La question reste cependant posée de l'articulation entre ce document et le dossier commun informatisé.

L'entretien prénatal précoce se met en place difficilement

Le Réseau régional a formé 180 sages-femmes en 2006-07 et a mis en place en 2008 un outil de communication comprenant une fiche de synthèse à 3 feuillets destinés respectivement à la patiente, au praticien et au réseau, ainsi qu'une

plaquette d'information pour les patientes. 1.130 fiches sont revenues fin 2009 au réseau mais elles proviennent majoritairement de quelques sages-femmes. Concernant les 1 130 entretiens réalisés, les principaux résultats à retenir sont les suivants (Rapport annuel 2009 NLR) :

- près d'un entretien réalisé sur deux a été proposé au 2nd trimestre ;
- huit entretiens réalisés sur dix ont été proposés par un gynécologue ou une sage-femme ;
- vingt-cinq jours en moyenne se sont écoulés entre la proposition d'un entretien et sa réalisation ;
- près des trois quarts des entretiens ont été réalisés au 2nd trimestre ;
- plus de six entretiens sur dix ont été réalisés par des sages-femmes du public ;
- 14,5 % des entretiens ont été réalisés à domicile et 73,0 % avec la femme enceinte seule ;
- un quart des entretiens a été réalisé auprès de femmes attendant leur premier enfant ;
- le retour de fiches de synthèse est essentiellement concentré à Perpignan et à Béziers ;
- près de huit entretiens sur dix ont fait l'objet d'au moins une recommandation ;
- près des trois quarts des orientations proposées ont été considérées comme n'étant ni de l'ordre du médical, ni du psychologique, ni de la PMI et ni du social mais considérées comme « autres ».

A l'hôpital, un poste à temps plein a été créé pour cela ; l'entretien dure 45 à 60 minutes et comprend la visite des locaux ; si nécessaire, des orientations sont faites vers la consultation PASS ou l'addictologie ; des renvois vers la PMI sont également possibles ; le service de néonatalogie estime voir les répercussions de l'entretien, en particulier à travers l'information dont disposent les femmes sur la prématurité.

A la clinique ND d'Espérance, 7 sages-femmes ont été formées et 2 pratiquent régulièrement l'entretien dans le cadre de leur activité libérale. La clinique note que les consultations de pré-terme font jusqu'à présent souvent apparaître des questions non traitées (addictions, problèmes sociaux, ...) par les femmes avec les obstétriciens et estime donc que l'entretien du 4^{ème} mois devrait améliorer cette situation. Les entretiens déjà réalisés permettent d'orienter vers la PMI.

S'agissant de la clinique Saint-Pierre, les entretiens sont confiés aux sages-femmes libérales et non à la clinique. La clinique estime à 30 à 40% les femmes ayant bénéficié de cet entretien via les sages-femmes libérales ou la PMI. Elle note

que des préventions précoces peuvent être mises en place (tabac, diététique, ...) ce qui n'était pas le cas auparavant.

Au total, cette pratique semble progresser malgré le déficit d'accompagnement global envers les professionnels et les patientes (NB : lors du focus groupe organisé à Perpignan, aucun des 10 participants n'a identifié cet entretien). Les gynécologues et obstétriciens semblent encore par ailleurs insuffisamment convaincus de la pertinence et de l'utilité de cet outil.

Les collaborations médico-psychologiques sont limitées, mais leur développement n'est pas réclamé sauf en néonatalogie

La clinique Saint-Pierre bénéficie des services d'un psychologue qui n'est pas réservé exclusivement à la maternité et intervient à titre gratuit au profit de cette dernière, notamment dans les cas de situations difficiles. Elle a aussi accès aux ressources de la PMI en ce domaine. Elle ne note pas de croissance forte des besoins.

A la clinique ND d'Espérance, une psychologue libérale vient gratuitement en cas d'urgence. Les besoins sont perçus, mais les financements sont absents.

A l'hôpital, une psychologue à mi-temps est disponible pour la gynécologie-obstétrique et est sollicitée en cas de besoin. Le service de néonatalogie insiste plus lourdement sur l'absence de support psychologique professionnel jusqu'à une période très récente (novembre 2009) ; un soutien vient d'être obtenu, mais il ne s'agit pas d'un financement du plan périnatalité ; auparavant, le soutien psychologique résultait d'un effort « artisanal » de l'équipe qui n'a pas toujours permis de faire face aux lourdes situations parfois vécues.

En contrepoint de ces diverses pratiques professionnelles, on peut noter que les femmes rencontrées dans le focus groupe s'accordent à dire que l'information dont elles ont bénéficié était correcte. Elles notent que la première source d'information provient des professionnels de santé, puis des proches (mère et amies). S'agissant de la préparation à la naissance, les participantes se sont partagées entre celles qui n'ont pas suivi ou pas perçu l'utilité de cette démarche et celles qui l'ont appréciée. Enfin, en ce qui concerne l'intervention d'un psychologue, une seule femme a vu un professionnel qui faisait « le tour du service » ; les femmes estiment que cette intervention pourrait être intéressante, mais surtout après l'accouchement.

Question n°2.4 : Le plan a-t-il permis de mieux intégrer les attentes des usagers dans le pilotage et la mise en œuvre de la politique de périnatalité, au niveau national et au niveau régional ?

Non traité au niveau local

Q3- Le plan a-t-il permis de renforcer la prise en charge des femmes et des couples les plus en difficultés au regard de l'amélioration de leur accès aux droits, aux soins ?

Question n°3.1 : Le plan périnatalité a-t-il permis de mobiliser les ressources existantes, notamment dans les départements (services de protection maternelle et infantile) et les dispositifs spécifiques (comme les PRAPS, les PASS..) et de les adapter aux enjeux de la période périnatale ? Quelle appréciation peut-elle être portée à ce sujet ?

Un effort déjà important hors plan périnatalité

Le plan périnatalité n'a pas forcément joué un rôle spécifique sur cette question du fait d'un investissement déjà fort du Conseil général sur ces questions, lié au développement de la précarité dans le département. Quelques chiffres témoignent de cette situation (enquête périnatale 2003-04, ORS L-R) : les femmes enceintes ayant déclaré ne pas vivre en couple représentent 13,7% des femmes enceintes contre 7,3% en France ; les femmes enceintes ayant un niveau scolaire inférieur ou égal au 1^{er} cycle sont 37,7% des femmes enceintes (35,9% au niveau national) ; 8,4% des femmes ont exercé un métier d'ouvrière pendant leur grossesse (5,6% en Languedoc-Roussillon) ; 6,4% des femmes enceintes ont déclaré leur grossesse après le 1^{er} trimestre (5,5% en Languedoc-Roussillon).

Face à cette situation, la PMI a développé depuis de très nombreuses années un partenariat important avec les établissements. Le plan a donc plutôt conforté une façon de faire marquée notamment par l'attention portée à la parentalité, au-delà de l'enfant. Ces approches ont débouché sur des protocoles (exemple : protocole d'hébergement de femmes enceintes toxicomanes, procédures d'accouchement sous secret, ...). Un accueil pour mineures enceintes a également été créé en décembre 2008. La PMI travaille maintenant sur la prise en charge de femmes enceintes, malades psychologiquement (protocole en cours d'élaboration). Un Module d'Accueil et d'Orientation (MAO) a également été créé pour faire tout ce que les autres ne font pas.

Un problème important reste celui de l'interprétariat, notamment pour les femmes en attente d'asile ; la PMI s'appuie sur les associations, mais les ressources de ces dernières sont limitées.

Un effort régional important a été fait hors plan périnatalité sur la question des addictions. Le Réseau Naître en Languedoc-Roussillon s'est investi en 2008 sur un programme de prévention des addictions en périnatalité, à travers des entretiens

avec des professionnels, une enquête auprès des maternités et une journée de rencontre et de formation. 50% des maternités déclarent accompagner régulièrement ou souvent des femmes qui ont des problèmes de comportements addictifs ; deux tiers d'entre elles ont mis en place une organisation spécifique pour accueillir les femmes enceintes concernées ; cela repose dans un cas sur deux sur un poste de sage-femme formée le plus souvent en tabacologie associé à un poste de psychologue. Des formations sur le tabac très majoritairement, mais aussi sur l'alcool sont suivies par les professionnels.

Question n°3.2 : Des dispositifs innovants ont-ils été mis en place dans certaines régions dans le but de renforcer la vigilance en direction des femmes enceintes en situation de précarité (notamment les migrantes en situation irrégulière) ?

Non disponible

Q4- Le plan a-t-il permis de renforcer et d'articuler les interventions des différents acteurs ?

Question n°4.1 : Le plan a-t-il amélioré les articulations nationales/régionales/départementales, tout particulièrement avec les services de protection maternelle et infantile ?

Au-delà du réseau stricto sensu, un collège régional des services de PMI s'est mis en place. La PMI des Pyrénées-Orientales témoigne ainsi du développement de cette coordination, avec des réunions deux fois par an ; la volonté de travailler ensemble y est perçue, y compris avec l'Espagne ; une formation commune sur le suivi de l'enfant à risque a par exemple été suivie ; le projet existe de mettre des outils en commun.

Sur le terrain, la coordination entre maternités des Pyrénées-Orientales et PMI est permanente : une sage-femme et une puéricultrice de la PMI se déplacent une fois par semaine à l'hôpital et à la clinique ND d'Espérance et une fois par mois à la clinique Saint-Pierre. Cette articulation est régie par une convention signée entre l'établissement et le Conseil général, qui porte tant sur la prévention que sur l'urgence. Ceci tient pour beaucoup à la difficulté de la situation sociale à Perpignan.

Question n°4.2 : Le plan a-t-il permis d'impulser une dynamique locale (au niveau départemental et au niveau régional) en améliorant la cohérence entre les différents acteurs et entre les différentes démarches ?

Question n°4.3 : Quelle analyse de l'articulation et de la complémentarité du PRSP et du SROS est-il possible de faire ?

Les 27 objectifs du PRSP ne ciblent pas spécifiquement la question de la périnatalité, mais la déclinaison de ces objectifs s'articule autour de la définition et de la mise en œuvre de 4 programmes prioritaires autour de 4 périodes de la vie, dont la naissance. Les priorités retenues concernent la prévention, l'harmonisation des pratiques professionnelles, l'amélioration de l'accès aux soins pour les femmes en situation de précarité, l'amélioration de la prise en charge des addictions pendant la grossesse, la confortation de l'organisation en réseau, la prévention du handicap et l'augmentation de l'allaitement maternel.

Le SROS 3 comporte un volet spécifique relatif à la périnatalité. Il cherche à renforcer le dispositif relatif aux différents niveaux de prise en charge périnataux : confortation des plateaux techniques de niveau III, renforcement de la coopération public / privé, optimisation de la prise en charge de proximité, recherche d'un meilleur équilibre territorial entre proximité, technicité et sécurité ; il vise aussi à promouvoir des outils communs : dossier périnatal commun informatisé, réseau, évaluation des transferts, consultation du 4^{ème} mois ; il s'attache à la promotion de l'encadrement psychosocial des parturientes, du suivi des nouveau-nés à risque, de l'allaitement maternel et de la lutte contre les conduites addictives.

Q5- Le plan a-t-il permis de rendre le système d'information périnatal plus performant au niveau national, au niveau régional et au niveau départemental ?

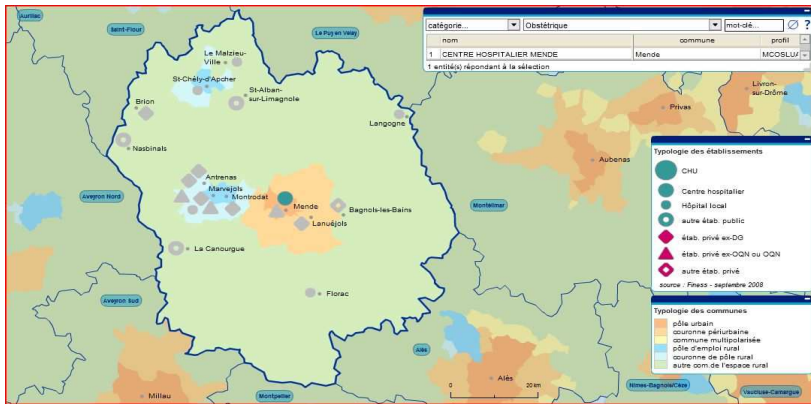
Question 5.1 : Les recommandations émises par Euro-peristat concernant le recueil des indicateurs incontournables ont-elles pu être suivies ?

Non traité au niveau local

Question n°5.2 : Les nouvelles dispositions relatives aux premiers certificats de santé ont-elles permis une meilleure connaissance territoriale de l'état de santé des nouveau-nés ?

Les certificats de santé du 8^{ème} jour remontent à la PMI et une personne les saisit (emploi à temps complet). Ces documents ne sont cependant pas remplis de manière homogène. Leur exploitation reste incertaine.

1.3 Territoire de santé de Lozère (département de la Lozère)

Contexte	
Contexte démographique, socio-économique et sanitaire	<p>Le territoire de santé de Lozère recouvre presque les limites du département de la Lozère, un canton au sud seulement en étant exclu. La Lozère est le département le moins peuplé de France avec 77 000 hab. en 2007 (source INSEE) et sa densité est très faible (14,7 hab. /m², pour une moyenne régionale de 95 hab. / km², déjà inférieure à la moyenne nationale). La population est relativement âgée (20% de plus de 65 ans) et rurale (12,4% d'agriculteurs). On compte environ 750 naissances par an dans le département.</p> <p>Le département est globalement moins défavorisé que le reste de la région (1,6% de bénéficiaires du RMI contre 5,8 dans la région - 0,5% de bénéficiaires de la CMUC contre 2,1% dans la région, 4,3% de chômage, contre 10,7% dans la région). Le taux de pauvreté est de 15,1% pour une moyenne nationale de 11,7%.</p> <p>La mortalité infantile se situe dans la moyenne nationale, avec un taux de mortalité périnatale de 9,1‰ (contre 10,8‰) et un taux de mortinatalité de 9,1‰ identique à la moyenne nationale. La mortalité est en revanche supérieure à la moyenne régionale (respectivement 8,6‰ et 7,7‰). Les taux de mortalité infantile et néonatale sont nuls.</p> <p>Le taux de césarienne est de 19,7% sur le territoire.</p>
Offre de soins	<p>Etablissement</p> <p>Le territoire ne compte qu'une seule maternité de type 2A : Centre Hospitalier de Mende. La maternité de type III de référence n'est pas vraiment définie (Montpellier, Nîmes ou hors région). La maternité réalise environ 550 naissances par an, soit 72% des naissances du département. 20% des naissances du département ont lieu en Auvergne.</p> 

	<p>Libéraux : la densité de professionnels libéraux est de loin inférieure à la moyenne nationale, qu'il s'agisse des sages-femmes (18 sages-femmes pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans) ou des médecins généralistes (87 libéraux ou mixtes pour 10 000 habitants) et spécialistes (34 libéraux ou mixtes pour 10 000 habitants).</p> <p>PMI : le service de PMI de la Lozère ne compte qu'un seul médecin et une seule sage-femme.</p> <p>Autres acteurs de la périnatalité : l'association Naitre et Grandir regroupe des parents pour échanger sur la période périnatale. Un CAMSP accueille l'ensemble des grands prématurés du département (environ 160 places).</p> <p>Réseau : le Réseau Naître en Languedoc-Roussillon a été créé en 2004. Il compte 1 033 adhérents (31 décembre 2008). Son conseil d'administration implique tous les acteurs de la périnatalité. Il fonctionne grâce à 3 salariés et 1 sage-femme détachée. Il a été agréé par l'URCAM/ARH en 2004 et est financé par la DRDR.</p> <p>Il intervient particulièrement sur la promotion du dossier commun informatisé, l'analyse rétrospective de dossiers de mortalité et morbidité périnatale, l'élaboration de référentiels périnataux et la formation médicale.</p>
--	--

Éléments de réponse aux questions évaluatives

Q1- Le plan a-t-il permis d'améliorer la sécurité et la qualité de la prise en charge en périnatalité ?

Question n°1.1 : Les réseaux de périnatalité, tout en tenant compte de leur hétérogénéité, ont-ils permis d'améliorer la prise en charge des femmes et des nouveau-nés, notamment par des orientations et des transferts adaptés à leur situation et leur garantissant une sécurité accrue ?

Le Réseau régional Naître en Languedoc-Roussillon est mis en place depuis 2004. Au 31 décembre 2008, il rassemble 95% des maternités régionales, 60% des sages-femmes, 44% des gynécologues et gynécologues-obstétriciens et 25% des pédiatres.

Le réseau est administré par un conseil d'administration de 24 membres représentant 19 collèges. Son fonctionnement est actif ; il a connu par exemple, en 2008, 2 assemblées générales, 3 réunions du conseil d'administration et 4 réunions du bureau.

A Mende, les professionnels sont officiellement membres du réseau (services de PMI et établissement hospitalier) et utilisent fréquemment les documents qu'il produit.

Il n'existe pas d'animation locale du réseau régional. Ceci résulte d'un choix stratégique du réseau, de disposer d'une organisation régionale reliée au terrain (par exemple, les revues de dossiers sont effectuées par rotation dans les différentes grandes villes de la région), plutôt que d'une coordination d'actions de terrain. Ceci permet de conserver une véritable orientation régionale globale ; en revanche, les acteurs de terrain, bien que reconnaissant le travail du réseau et y participant, s'en sentent parfois un peu éloignés. Les professionnels lozériens en sont encore plus éloignés, du fait de leur positionnement géographique : Mende n'accueille pas les activités du réseau et les professionnels peuvent difficilement assister à toutes les réunions.

En Languedoc-Roussillon, une Cellule Régionale d'Orientation Périnatale (CROP) organise les orientations et les transferts. Elle agit de deux manières : son rôle premier est de conseiller les professionnels sur l'opportunité d'un transfert et sur le niveau adapté à la pathologie. Son rôle de conseil est d'autant plus important que les professionnels pourraient souhaiter transférer une patiente sans que cela ne soit toujours nécessaire, au risque de surcharger les maternités de type III inutilement. Cela indique cependant que la logique du transfert est très bien intégrée par les professionnels hospitaliers des établissements de type I et II.

Dans un second temps, lorsque le transfert est décidé, la CROP trouve une place disponible pour accueillir la parturiente ou le nouveau-né, dans un établissement adapté, dans le cadre du réseau en premier lieu (c'est-à-dire dans la région).

Par son travail de collecte de donnée, la CROP a permis de mettre en évidence certains dysfonctionnements dans les transferts et ainsi mettre en place des formations ou des conseils adaptés à chaque établissement pour améliorer la sécurité de la prise en charge des parturientes et des nouveau-nés.

Entre janvier 2008 et juin 2009, la CROP a traité plus de 1 600 demandes, dont 46% de transferts in utero (TIU) et 36% de transferts post natal (TPN).

Données quantitatives relatives aux transferts à compléter

Les aspects pratiques du transfert sont gérés par les 5 SAMU de la région, qui s'organisent entre eux. Cela peut parfois poser problème lorsque le transfert implique un changement de département. C'est de fait le cas pour le territoire de Mende. Les urgentistes lozériens sont très demandeurs d'une formation pour la prise en charge des nouveau-nés, afin de pouvoir réaliser des transferts sans risque. Actuellement ils doivent attendre la venue du SAMU pédiatrique de l'Hérault pour les transferts de nouveau-nés.

L'éloignement géographique de Mende et sa difficulté d'accès en hiver pose certains problèmes pratiques qui peuvent limiter la possibilité même du transfert. Pourtant, en 2006, le taux de transferts vers des unités de néonatalogie s'élevait à 10,35%, tandis que la moyenne nationale était de 7,9% (source CS8).

Dans le cadre du réseau Naitre et Grandir en Languedoc Roussillon (réseau périnatal régional), des revues de mortalité et morbidité sont organisées, qui permettent d'échanger sur les cas survenus. Les cas de décès sont systématiquement étudiés et discutés, tandis que les cas graves sont étudiés sur demande.

Question n°1.2 : La prise en charge des urgences obstétricales, notamment des hémorragies du post-partum, répond-elle aux recommandations existantes ? Les recommandations pour la pratique clinique (RPC) existant sur ce thème sont-elles connues et appliquées par les professionnels ?

Le réseau NLR édite et diffuse auprès des maternités des protocoles sur les hémorragies du postpartum. Ceux-ci sont connus, appliqués et affichés à la maternité de Mende. Des posters adaptés à la maternité sont affichés en salle d'accouchement.

Les professionnels rencontrés affirment que la prévention des hémorragies du post-partum est un souci constant. Un travail important a été mené en la matière, notamment avec la venue de professionnels du réseau dans l'établissement pour revoir avec les intervenants hospitaliers (sages-femmes notamment), les procédures à suivre en cas d'urgence obstétricale.

Q2- Le plan a-t-il permis d'améliorer l'humanité et la proximité de la prise en charge en périnatalité ?

Question n°2.1 : Le plan a-t-il permis de proposer aux couples des modes de prise en charge diversifiés, plus conformes à leurs attentes, incluant notamment un accompagnement et une prise en charge adaptés au déroulement des grossesses physiologiques ?

Le territoire de santé de Mende - Lozère est confronté à une demande relativement importante d'accouchement le moins médicalisé possible et notamment d'accouchement à domicile. Ces pratiques sont difficilement quantifiables, car la maternité n'est pas toujours tenue informée de ces projets. Des sages-femmes libérales proposent de le mettre en place dans le département.

Dans certains cas, une visite de la maternité est malgré tout organisée afin de préparer un transfert en urgence en cas de besoin. Cependant, les professionnels hospitaliers semblent regretter un manque de coordination sur ce point, qui peut parfois conduire à des situations graves.

Connaissant ce contexte, la maternité développe dans la mesure du possible des méthodes d'accouchement moins intrusives et encourage la rédaction de projet de naissance. Les souhaits des patientes et des couples sont respectés dans la mesure du possible, c'est-à-dire tant qu'ils ne mettent pas en cause la sécurité de la parturiente ou du nouveau-né. Les sages-femmes ont été formées aux différentes postures d'accouchement.

Lorsqu'un transfert doit avoir lieu, le souhait des couples n'intervient qu'après d'autres critères tels que l'adéquation du type d'établissement au niveau de soin nécessaire, l'adhésion de l'établissement au réseau (c'est-à-dire dans la région) et la disponibilité des lits. Pour le territoire lozérien, cela signifie parfois un éloignement plus important qu'un transfert hors région (Montpellier est plus éloigné que Clermont-Ferrand par exemple). La situation géographique de Mende complique encore un peu plus les transferts. En effet, lorsque l'hélicoptère du SAMU de l'Hérault ne vole pas de nuit, celui de Saint Etienne peut accepter de venir chercher les nouveau-nés.

La CROP souhaite évaluer la satisfaction des couples quant aux transferts, mais avant même de réaliser l'étude, les professionnels ont conscience qu'il est difficile de répondre à leurs attentes. Le problème du manque de place, surtout en ce qui concerne la réanimation néonatale est un frein majeur à la possibilité de répondre à leurs attentes.

Question n°2.2 : Les réseaux de périnatalité ont-ils permis d'articuler l'intervention des différents acteurs autour des besoins des familles, en particulier avec les services de PMI et l'offre de soins ambulatoire, pour assurer une continuité de la prise en charge de proximité des mères et des enfants, en amont et en aval de la naissance ?

Le réseau Naître en Languedoc-Roussillon est un réseau de santé et non un réseau de soins. Son développement au regard des libéraux et des professionnels de PMI n'assure donc pas directement une continuité de prise en charge de proximité des mères et des enfants, mais il favorise la création d'un terrain commun de pratiques et de conceptions.

Le réseau inclut ainsi une part significative des professionnels libéraux et des PMI : 30% des 1 000 adhérents du réseau régional sont des professionnels libéraux et 13%, des salariés du secteur privé ; les professionnels de PMI sont, quant à eux 41, soit 4% des adhérents. Les professionnels libéraux sont représentés au conseil d'administration dans 3 collèges : celui des sages-femmes, celui de la FHP et celui des médecins généralistes. Un collège est par ailleurs réservé aux Conseils généraux.

L'éloignement géographique de Mende limite la présence des professionnels du territoire aux différentes réunions.

Le Dossier Commun Périnatal Informatisé, élaboré dans la cadre du réseau NLR, permet l'échange d'information entre professionnels. Il est disponible pour tous les professionnels de la périnatalité de la région, pour la consultation ou le remplissage. Cependant des problèmes d'interface avec les logiciels des professionnels libéraux ne permettent pas une mise en commun des données et obligent une double saisie (ce qui freine l'utilisation du dossier) : la maternité de Mende utilise le DCPI, tout comme les autres maternités publiques. Le DCPI fait doublon avec les dossiers des professionnels libéraux, qui ne l'utilisent donc pas. De plus, les bureaux de consultation du service de PMI n'étant pas systématiquement informatisés, les professionnels ne le remplissent pas systématiquement. Le rôle de renforcement de la continuité de la prise en charge s'en trouve donc amoindrie entre les professionnels du territoire.

Il n'existe pas de réseau de proximité autour de la maternité de Mende. Les services de PMI sont cependant en lien avec la maternité : des puéricultrices de PMI font des visites de la maternité et rencontre les couples, notamment lorsqu'un nouveau-né est en réanimation. Ces relations sont cependant fluctuantes : des staffs ont lieu à une fréquence variable (entre une fois par semaine et une fois par mois actuellement, arrêt des rencontres pendant un certain temps). Ces réunions permettent d'échanger sur les patientes dont la situation pose problème. Entre ces réunions, des fiches de liaison permettent de signaler les cas dans les deux sens (de la maternité vers les services de PMI et des services de PMI vers la maternité).

Cependant, l'intervention des puéricultrices de PMI semble reposer plutôt sur les indications émanant des certificats de santé du 8^{ème} jour. Selon certains critères, des situations sont repérées et une visite à domicile est proposée. De même, l'établissement privilégie les liens avec le psychologue dans l'établissement plutôt qu'avec les professionnels de PMI. En matière de suivi ante natal, le

manque de personnel de PMI (une seule sage-femme) limite les interventions possibles.

Question n°2.3 : L'écoute, l'information, la prise en charge et l'accompagnement des femmes enceintes et des couples ont-ils été pris en compte par les établissements de santé et les professionnels ?

Les outils prévus par le plan sont difficilement mis en œuvre.

Le réseau a permis de former l'ensemble des sages-femmes du territoire à l'entretien prénatal précoce (EPP). Une fiche a été rédigée en concertation avec les professionnels pour harmoniser les pratiques régionales en la matière.

À la maternité, une sage-femme est dédiée aux EPP, à raison de 0,5ETP. Ce poste, créé avant le plan n'a donc pas été financé par celui-ci. La sage-femme de PMI réalise également des EPP.

L'EPP est jugé particulièrement utile pour détecter précocement les situations à risque, notamment en matière de tabacologie. Les patientes sont ensuite orientées vers des tabacologues. Des oxymètres sont disponibles dans la maternité et auprès du service de PMI, et une large information est donnée sur les dangers que représente le tabagisme pendant la grossesse (en partenariat avec la Ligue contre le Cancer). Un établissement spécialisé dans les soins de suite et de réadaptation en alcoologie existe sur le territoire, bien que cet enjeu ne soit pas particulièrement soulevé par les professionnels.

Les professionnels peuvent également mettre en lien les patientes avec certaines associations du territoire, mais le manque de relais est parfois souligné. Les suites et les orientations se limitent donc aux travailleurs sociaux ou au psychologue (ressource en interne à la maternité). Le service de PMI dispose de plus d'outils pour apporter un soutien aux gestantes (TISF par exemple).

Un demi-poste de psychologue est disponible pour la maternité et la pédiatrie. Ce professionnel est jugé indispensable dans l'activité au quotidien et constitue le relai privilégié des professionnels hospitaliers. Les professionnels peuvent ainsi se reposer sur sa présence pour prendre en charge des situations qu'ils ne savent pas gérer. Des liens existent également avec des psychiatres, qu'ils soient hospitaliers (CHU Montpellier) ou de ville.

Le carnet de santé de maternité est systématiquement distribué, directement par les services de PMI, à réception de la déclaration de grossesse. Il est ensuite utilisé comme support, pour son volet informatif. L'espace d'échange d'information entre professionnels du suivi n'est cependant pas rempli, en grande partie parce qu'il double le Dossier Commun Périnatal Informatisé (DCPI).

Question n°2.4 : Le plan a-t-il permis de mieux intégrer les attentes des usagers dans le pilotage et la mise en œuvre de la politique de périnatalité, au niveau national et au niveau régional ?

Le réseau NLR n'intègre pas les usagers dans son fonctionnement, il est avant tout un élément de coordination entre professionnels de santé.

Q3- Le plan a-t-il permis de renforcer la prise en charge des femmes et des couples les plus en difficultés au regard de l'amélioration de leur accès aux droits, aux soins ?

Question n°3.1 : Le plan périnatalité a-t-il permis de mobiliser les ressources existantes, notamment dans les départements (services de protection maternelle et infantile) et les dispositifs spécifiques (comme les PRAPS, les PASS...) et de les adapter aux enjeux de la période périnatale ? Quelle appréciation peut-elle être portée à ce sujet ?

Sur la base de certains critères de vulnérabilité, détecté à partir des CS8 et des déclarations de grossesse, le service de PMI propose une visite à domicile. L'ensemble des patientes se voient informées de la mise à leur disposition des services de PMI.

Il n'existe pas de dispositif spécifique pour la prise en charge des personnes vulnérables ou précaires (pas de PASS). Cependant le service de PMI propose de mettre à la disposition de certaines femmes un technicien d'intervention social et familiale ou une aide à domicile, pendant la grossesse, ou au moment du retour à domicile.

Si des associations existent à Mende pour la prise en charge des personnes en situation de grande précarité, les liens avec la maternité sont peu évoqués, et non formalisés.

Les grossesses précoces ou les déclarations tardives restent un problème notable sur le territoire.

Le PRAPS n'identifie pas la périnatalité comme un enjeu majeur.

Question n°3.2 : Des dispositifs innovants ont-ils été mis en place dans certaines régions dans le but de renforcer la vigilance en direction des femmes enceintes en situation de précarité (notamment les migrantes en situation irrégulière) ?

La question de la prise en charge des migrantes en situation irrégulière ne se pose pas sur le territoire.

Q4- Le plan a-t-il permis de renforcer et d'articuler les interventions des différents acteurs ?

Question n°4.1 : Le plan a-t-il amélioré les articulations nationales/régionales/départementales, tout particulièrement avec les services de protection maternelle et infantile ?

Les 5 services départementaux de PMI de la région s'organisent et harmonisent leurs pratiques depuis 2005, dans le cadre d'un collège réunissant les médecins coordonnateurs. Les services de PMI ont également l'occasion de se rencontrer dans le cadre du réseau. Cependant, les professionnels de PMI sont relativement excentrés et participent légèrement moins souvent aux réunions. Le Conseil général de la Lozère a été le dernier à rejoindre le collège.

Question n°4.2 : Le plan a-t-il permis d'impulser une dynamique locale (au niveau départemental et au niveau régional) en améliorant la cohérence entre les différents acteurs et entre les différentes démarches ?

Non pertinent au niveau local

Question n°4.3 : Quelle analyse de l'articulation et de la complémentarité du PRSP et du SROS est-il possible de faire ?

Non pertinent au niveau local

Q5- Le plan a-t-il permis de rendre le système d'information périnatal plus performant au niveau national, au niveau régional et au niveau départemental ?

Question 5.1 : Les recommandations émises par Euro-peristat concernant le recueil des indicateurs incontournables ont-elles pu être suivies ?

Non pertinent au niveau local.

Question n°5.2 : Les nouvelles dispositions relatives aux premiers certificats de santé ont-elles permis une meilleure connaissance territoriale de l'état de santé des nouveau-nés ?

Les CS8 sont bien recueillis par les services de PMI (reçus à 96%). Il est vrai qu'ils ne sont pas toujours entièrement complétés, mais les informations sont malgré tout jugées fiables. Ils sont ensuite transmis à l'observatoire régional de santé. Le retour d'information vers les professionnels de santé est jugé insuffisant et difficile.

2 Picardie

2.1 Territoire de santé Sud-Ouest : Beauvais-Creil (département de l'Oise)

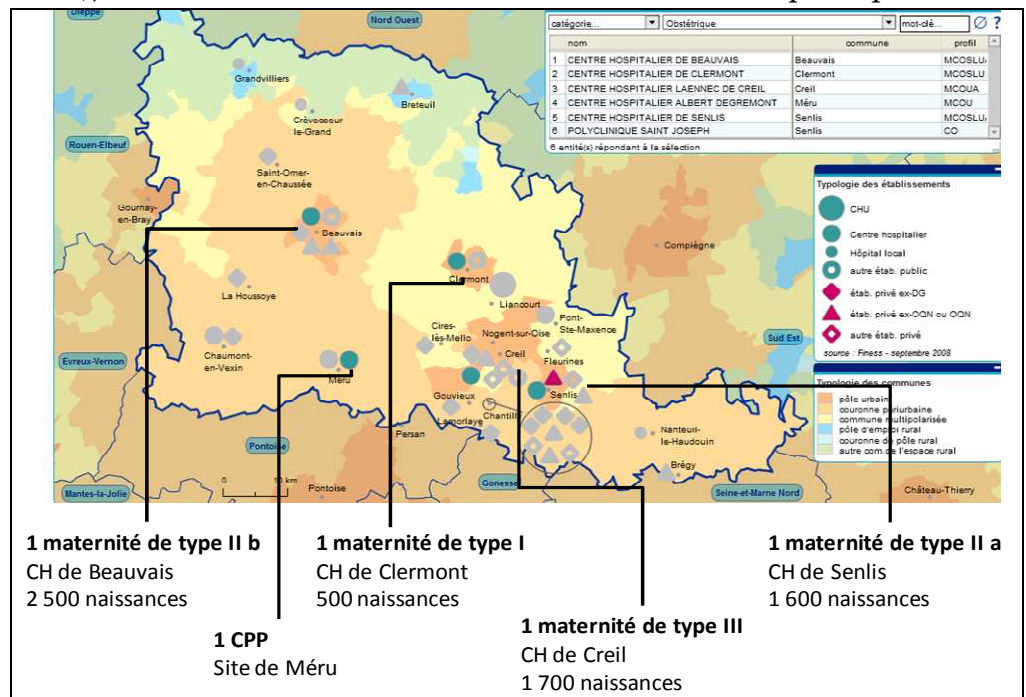
Contexte	
<p>Contexte démographique, socio-économique et sanitaire</p>	<p>Le territoire de Creil appartient au territoire de santé Sud-Ouest de la région Picardie. Établi en 2005 par l'ARH, ce territoire délimite une zone moins étendue que le département de l'Oise mais articulée autour des deux pôles issus des anciens secteurs de santé : Creil, au Sud, et Beauvais, au Nord. Ce territoire se caractérise par sa grande proximité avec la région Île-de-France. Le nombre élevé d'actifs de l'Oise travaillant en Île-de-France (plus de 100 000) illustre cette forte influence francilienne.</p> <p>La population du département de l'Oise est de 793 000 habitants (INSEE 2006) et la densité moyenne, de 135 habitants/km².</p> <p>L'Oise compte chaque année environ 11 000 naissances, soit pratiquement la moitié des naissances de la région picarde.</p> <p>Le niveau de précarité du département est légèrement inférieur à la moyenne nationale avec un taux de bénéficiaires du RMI de 2,6 % et un taux de population couverte par la CMUC de 5,9% (INSEE 2006) ; le taux de pauvreté, de 9,9%, se situe également dans la moyenne nationale (INSEE 2004) avec néanmoins de fortes disparités entre le Nord et le Sud du département.</p> <p>S'agissant des taux de mortalité liés à la périnatalité, il n'y a pas de différence significative avec la situation de la France métropolitaine : les taux de mortalité infantile et néonatale, homogènes dans les trois départements de la région, sont respectivement de 3,3‰ et 2,2‰ dans l'Oise.</p> <p>Les taux de mortalité périnatale (10,2‰) et de mortinatalité (8,7‰) sont inférieurs aux taux régionaux (11,2‰ et 9,8‰) (INSEE 2005).</p> <p>Le pourcentage d'enfants nés prématurés oscille entre 5 et 6 %, il est légèrement inférieur à la moyenne nationale (CG80 2003). Le taux d'enfants dont le poids de naissance est inférieur à 2 500 g, 6,8% en 2003, est en revanche légèrement supérieur à la moyenne nationale.</p>
<p>Offre de soins</p>	<p>Établissements : le territoire de santé compte 5 maternités représentant l'ensemble des types de prise en charge (de I à III) et un centre périnatal de proximité (CPP).</p> <p>4 établissements publics : le CH de Creil (maternité de type III depuis janvier 2010 et l'ouverture de 2 lits de réanimation), le CH de Beauvais</p>

(maternité de type IIb), le CH de Senlis (maternité de type IIa) et le CH Clermont (maternité de type I).

1 établissement privé : la polyclinique Saint Joseph à Senlis (maternité de type I).

Ces établissements regroupent 175 lits d'obstétrique, 33 de néonatalogie et 2 lits de réanimation (SAE 2008). Ils comptabilisent annuellement environ 6 500 accouchements.

Le taux de fuite du territoire en obstétrique est de l'ordre de 25% (PMSI 2008), à destination des établissements l'Île de France principalement



Libéraux : la densité de professionnels libéraux du département (84 généralistes et 44 spécialistes libéraux ou mixtes pour 10 000 habitants et 12 sages-femmes pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans) est largement inférieure à la moyenne nationale.

PMI : le service de PMI du CG60 est partagé en cinq territoires d'action sociale. Il rassemble 23 ETP médecins, 15 ETP sages femmes, 10 auxiliaires de puéricultures, 69 infirmières puéricultrices et 4 conseillères conjugales.

Autres acteurs de la périnatalité : aucun ASV, plusieurs associations intervenant dans le secteur de la périnatalité

Réseau : tandis que le Réseau régional de santé périnatale a été officiellement créé en juin 2009, les acteurs du secteur de santé de Creil (ancien secteur VI) se sont déjà constitués en réseau local depuis plusieurs années. Ce réseau de proximité rassemble les maternités de Creil, Senlis et Clermont et n'est pas seulement un réseau inter-établissements dans la mesure où les professionnels libéraux mais surtout les acteurs de PMI y participent.

Éléments de réponse aux questions évaluatives

Q1- Le plan a-t-il permis d'améliorer la sécurité et la qualité de la prise en charge en périnatalité ?

Question n°1.1 : Les réseaux de périnatalité, tout en tenant compte de leur hétérogénéité, ont-ils permis d'améliorer la prise en charge des femmes et des nouveau-nés, notamment par des orientations et des transferts adaptés à leur situation et leur garantissant une sécurité accrue ?

La mise en place du réseau régional (2009) s'articule au réseau local constitué autour du CH de Creil

Le réseau régional périnatal a été officiellement créé en juin 2009. Avant cette date, la Picardie était l'une des dernières régions de France à ne pas disposer d'un réseau régional de périnatalité structuré.

La formalisation de ce réseau s'est appuyée sur le réseau existant, constitué depuis 1998 à l'initiative du CHU d'Amiens et qui était centré sur l'organisation des transferts entre certains établissements de la région et le CHU, niveau III de référence.

La Charte du réseau régional signée par l'ensemble des établissements précise les deux objectifs principaux du réseau, à savoir :

- Organiser l'offre de soins en périnatalogie dans une perspective de complémentarité des institutions et d'optimisation de la gestion des risques en établissant des conventions ;
- Favoriser la prise en charge des patients à proximité de leur lieu de vie, à l'exception des situations exigeant un plateau technique spécifique.

A ce jour, le réseau régional est encore en cours de construction. Il devrait être totalement opérationnel lorsque le poste de coordonnateur du réseau sera pourvu. Son budget de fonctionnement prévisionnel est de l'ordre de 115 000 euros, co-financé par l'ARH et l'URCAM de Picardie.

Plusieurs groupes thématiques ont d'ores et déjà été constitués et un programme de travail a permis de définir les principaux axes de réflexion tels que la mise en place d'un protocole de prise en charge de l'HAD pour les sorties précoces, le développement de l'entretien prénatal précoce, la formation des sages-femmes sur la préparation à la naissance et à la parentalité, l'élaboration de bonnes pratiques en matière de dépistage et de diagnostic prénatal (trisomie 21), l'organisation et l'animation d'un réseau Orthogénie en Picardie, la poursuite des campagnes d'information « maternité sans tabac », etc.

Les actions portées par la future équipe de coordination ciblent quatre missions à mettre prioritairement en œuvre dans la région :

- assurer un maillage complet du territoire entre les différents niveaux via un système uniformisé de conventions inter-établissements ;
- faire se rencontrer les professionnels et diffuser l'information auprès du grand public (constitution d'un annuaire des professionnels, réactivation du site Internet, élaboration d'une plaquette destinée aux parents...)
- s'assurer de la traçabilité du suivi des mères et des enfants en attendant la mise en place d'outils partagés (projet de dossier standardisé de transferts commun à tous les établissements) ;
- améliorer les pratiques professionnelles en harmonisant les protocoles et en développant l'offre de formation à travers les activités du réseau.

Si l'ensemble de ces actions, basé sur la circulaire de 2006 relative à la mise en place des réseaux et inspiré des expériences plus anciennes menées en Champagne-Ardenne et en Bourgogne, vise à améliorer l'organisation de l'offre de soin et la prise en charge, il apparaît impossible, à ce stade, d'anticiper les effets à venir du réseau sur la prise en charge des femmes et des nouveau-nés.

La Charte du réseau prévoit que soit appliqué au niveau régional le protocole de transferts in utero et de retransferts suivant :

Transferts in utero	
Type I → Type II	< 35 SA et/ou poids <1 800 g
	< 36 SA pour une grossesse multiple
	Pathologie fœtales à risque vital néonatal ou hydramnios aigu
	Pathologie maternelle grave avec risque de décompensation pré ou post natal
Type II → Type III	< 32 SA et/ou poids < 1 200 g
	< 33 SA pour une grossesse multiple
	Pathologie fœtales à risque vital néonatal ou hydramnios aigu
	Pathologie maternelle grave avec risque de décompensation pré ou post natal
Retransferts	
Les retransferts vers l'établissement d'origine seront systématiquement privilégiés chaque fois que la pathologie ayant motivé le transfert aura disparu et que la structure d'accueil sera à même de reprendre en charge la mère et l'enfant.	

(Source : Charte du réseau régional périnatalité en Picardie – 2009)

Au niveau du territoire de Creil en revanche, plusieurs établissements du sud de l'Oise sont regroupés en réseau de proximité depuis 2004. Ce réseau, articulé à partir de l'ancien secteur de santé du sud du département (secteur VI) organisé autour de Creil, rassemble les maternités des centres hospitaliers de Creil, Clermont et Senlis.

Il constitue le seul réseau local réellement formalisé dans la région. Si un système de conventions signées par les maternités organise les modalités de fonctionnement du réseau, ce dernier est plus qu'un simple réseau inter-établissements : il intègre également les services de PMI du Conseil général de l'Oise ainsi que les quelques professionnels libéraux du territoire concernés par la périnatalité (des sages-femmes essentiellement).

L'activité de ce réseau est centrée sur les actions liées aux transferts et à la prise en charge. Les entretiens réalisés auprès des établissements montre que la gradation des niveaux de prise en charge des soins périnataux entre ces trois établissements (maternités de type I, II et III concentrées sur un territoire restreint) favorise une bonne adéquation et une régulation rapide des transferts. A cela s'ajoute des échanges réguliers entre les personnels de ces trois maternités (gardes, vacations, staffs hebdomadaires...).

Le réseau de proximité ne procède pas à une comptabilisation précise du nombre total de transferts in utero (TIU) et de transferts en post natal (TPN) entre les établissements. L'étude auprès des établissements indique cependant que le nombre de transferts est relativement faible, oscillant entre 50 et 60 par an pour les TIU et autour de 35 par an pour les transferts en post natal.

Les transferts se font en grande majorité entre les trois établissements du réseau mais dans certains cas, les maternités peuvent transférer vers d'autres établissements du territoire (CH de Beauvais, CHU d'Amiens) ou de l'Île de France (Saint Vincent de Paul, Hôpital Robert Debré, Hôpital Necker). Ces chiffres s'avèrent relativement stables sur les trois dernières années et la tendance actuelle semble être à la diminution du nombre de transferts néonataux du fait de l'ouverture de lits de réanimations à la maternité de Creil.

En dehors du réseau de proximité, le CH de Beauvais, isolé sur son secteur (seule maternité dans un rayon de 40 km), comptabilise lui aussi peu de transferts, une vingtaine par an environ, à destination quasi exclusive du CHU d'Amiens.

Une évolution stable des indicateurs de santé sur le territoire

Aucun travail n'a été réalisé pour l'instant pour apprécier dans le détail l'évolution des taux de mortalité et de morbidité au sein du réseau, qu'il s'agisse du réseau local ou du réseau national.

D'après les études plus larges concernant les taux de mortalité liés à la périnatalité et l'identification des facteurs de risque (rapports annuels du Conseil Général de l'Oise), le contexte de santé périnatale apparaît comme stable ces dernières années : la mortalité infantile a légèrement oscillé autour de 4,2% entre 2006 et 2008.

Le taux d'enfants nés prématurés a quant à lui légèrement progressé, passant de 5,2% en 2002 à 5,7% en 2007 mais reste inférieur à la moyenne nationale.

Au niveau des pratiques, le taux de césariennes est également stable, situé en moyenne autour de 18% (7% de césariennes programmées et 11% de césarienne d'urgence).

Question n°1.2 : La prise en charge des urgences obstétricales, notamment des hémorragies du post-partum, répond-elle aux recommandations existantes ? Les recommandations pour la pratique clinique (RPC) existant sur ce thème sont-elles connues et appliquées par les professionnels ?

Les protocoles de prises en charge des urgences obstétricales diffusés au niveau national (HAS et CNGOF 2006) sont connus et repris au niveau des établissements du territoire, notamment au CH de Creil où des protocoles ont été actualisés suite aux recommandations de la HAS.

Sur le thème des hémorragies du post-partum, des revues mortalité/morbidité sont organisées dans le cadre du réseau regroupant les trois établissements.

Des évaluations des pratiques professionnelles (EPP) et des enseignements post-universitaires (EPU) sont également organisés à l'initiative du CHU d'Amiens : 3 EPU organisés sur le thème suite à la formalisation des recommandations HAS en 2007.

Il s'agit cependant d'une démarche propre au service d'Amiens et il n'y a pas de réflexion particulière concernant ces problématiques au niveau régional, ni de suivi systématique des complications maternelles.

Q2- Le plan a-t-il permis d'améliorer l'humanité et la proximité de la prise en charge en périnatalité ?

Question n°2.1 : Le plan a-t-il permis de proposer aux couples des modes de prise en charge diversifiés, plus conformes à leurs attentes, incluant notamment un accompagnement et une prise en charge adaptés au déroulement des grossesses physiologiques ?

Une grande variété de solutions pour répondre aux attentes des couples, mises en œuvre dans la limite des moyens disponibles

Les 4 établissements du territoire ont mis en place de cours de préparation à la naissance. Ces derniers apparaissent, avec l'entretien prénatal précoce, comme le moyen privilégié mis en évidence par les établissements pour répondre aux attentes des couples.

L'offre de séances de préparation à la naissance et le nombre de projets de naissance rédigés par les parents se caractérisent par une importance accrue dans les maternités de plus petits niveaux de prise en charge où les besoins en salle de naissance et en suivi de grossesse pathologiques sont plus faibles et libèrent du temps aux équipes de sage-femme.

Cette relation entre le niveau de la maternité et la prise en compte des attentes des couples mérite cependant d'être nuancée : elle dépend également des moyens mis à disposition de la maternité et des projets portés par les équipes. A titre d'exemple, la maternité de Beauvais, de type IIb, fait partie des maternités les plus avancées en matière de prise en compte des attentes des couples : elle propose de nombreuses techniques de préparation à l'accouchement et encourage les femmes à partager leur projet de naissance.

Les maternités de Beauvais et Clermont proposent également un éventail diversifié de techniques de préparation à la naissance : yoga, sophrologie, haptonomie, chant, acupuncture, piscine... Le centre hospitalier de Creil, de type III, propose également des modes de prise en charge diversifiés et adaptés : plusieurs sages-femmes ont ainsi suivi des formations relatives à l'interculturalité et ont été sensibilisées aux méthodes d'accouchement du Dr de Gasquet.

Un projet de salle de naissance a été déposé par la maternité de Beauvais dans le but de proposer un accompagnement personnalisé dans un local attenant à la maternité et via des sages-femmes hospitalières qui feraient le relais. Le projet envisage également la possibilité d'ouvrir ces maisons de naissances aux sages-femmes libérales. Il convient d'observer cependant que sur le territoire, les initiatives de développement du suivi global ou de sorties précoces, lorsqu'elles existent, se heurtent à l'offre insuffisante de sages-femmes libérales (14 pour tout le département de l'Oise, 5 dans le bassin de vie de Creil).

Enfin, comme tous les établissements de Picardie, les maternités du territoire étudié n'échappent pas au développement de l'offre de HAD en périnatalité dans la région. Les maternités de Creil et Clermont ont ainsi défini un protocole d'hospitalisation à domicile avec l'ACCSO (principale association couvrant les besoins de HAD dans la région, particulièrement présente dans le sud de l'Oise) pour les patientes en suites de couches.

Pour autant le recours à la HAD reste modeste dans les deux établissements qui n'enregistrent aucun problème de taux d'occupation et confient généralement le choix de la HAD à la patiente.

Question n°2.2 : Les réseaux de périnatalité ont-ils permis d'articuler l'intervention des différents acteurs autour des besoins des familles, en particulier avec les services de PMI et l'offre de soins ambulatoire, pour assurer une continuité de la prise en charge de proximité des mères et des enfants, en amont et en aval de la naissance ?

Une continuité effective dans le cadre du réseau local et qui a vocation à être prolongée au niveau régional

Le réseau régional de Picardie n'inclut pour l'instant que les établissements, membres de droit du réseau. Le réseau a cependant été conçu comme ouvert à tous les acteurs de santé publics et privés, aux professionnels libéraux de la périnatalité, aux centres de PMI, aux associations professionnelles et d'usagers. Si les modalités précises d'adhésion des membres au réseau régional sont en cours d'élaboration, la première journée régionale du réseau qui s'est tenue le 4 février 2010 à Saint Quentin a rassemblé 230 personnes venues de toute la région.

Les services de PMI du Conseil général de l'Oise participent au réseau régional. Leur implication se traduit pour le moment par une participation aux rencontres et aux groupes de travail. Si les entretiens réalisés avec les acteurs de PMI du sud de l'Oise montrent que les attentes vis-à-vis du réseau régional sont réelles (outils commun, transversalité, partage d'expérience), il n'en reste pas moins que la présence d'un réseau de proximité sur le territoire, auquel les professionnels de PMI sont étroitement associés et qui satisfait la plupart des membres, invite ces derniers à une certaine réserve par rapport au déploiement du réseau régional. Des complémentarités sont à trouver mais l'articulation du réseau local avec le réseau régional est, pour le moment, difficile à apprécier étant donné la création récente du réseau régional.

La priorité sur le territoire semble être de travailler en commun avec l'ensemble des acteurs du département, notamment entre le Nord et le Sud de l'Oise.

Question n°2.3 : L'écoute, l'information, la prise en charge et l'accompagnement des femmes enceintes et des couples ont-ils été pris en compte par les établissements de santé et les professionnels ?

Le carnet de santé maternité davantage utilisé comme support d'information aux patients que comme outil de coordination entre professionnels

Le carnet de santé maternité n'est pas distribué systématiquement par le Conseil général aux femmes enceintes. Il est commandé par les professionnels de santé qui en font la demande et qui le remettent ensuite aux patientes. Il est beaucoup plébiscité par les différents acteurs du territoire (établissements, professionnels libéraux, services de PMI) mais davantage pour sa partie d'information à destination des couples que comme outil de coordination entre les professionnels de la naissance.

Dans les établissements étudiés il est en effet peu rempli par la majorité des médecins qui le considèrent comme redondant par rapport aux dossiers papiers existants. Il donne également lieu à des pratiques diverses selon les établissements. Au sein de la maternité de Clermont, le dossier n'est par exemple complété par les professionnels que lorsque le suivi de la patiente n'est pas exclusivement réalisé au sein de l'établissement, c'est-à-dire dans 25/30% des cas. Dans cette maternité, le projet informatisation des dossiers pose en outre la question de la pertinence de conserver un dossier papier.

L'intérêt de ce carnet se reporte donc sur l'information qu'il délivre aux patientes. Même si son utilisation par les patientes s'avère, dans les faits, aléatoire, ces dernières semblent en apprécier les informations. Le contenu du carnet leur permet par exemple de préparer leurs questions. Il faut noter cependant, que tout comme l'entretien précoce, le recours au carnet de santé dépend également de l'expérience de la maman en matière de grossesse et d'accouchement : les primipares étant plus susceptibles d'utiliser le carnet que les multipares.

Pour le suivi de grossesse, à l'exception de la maternité de Creil, les établissements rencontrés ont mis en place l'entretien du quatrième mois. En l'absence d'un réseau régional, la mise en œuvre de l'entretien prénatal précoce (formations, nombre de sages-femmes de consultation dédié, information des patientes) a été pilotée par chaque établissement, généralement dans le cadre des contrats de pôles

Un très faible déploiement de l'entretien prénatal précoce

La mise en place de l'entretien prénatal précoce figurait a été envisagée dans les 4 maternités du territoire. Le tableau suivant présente le montant des enveloppes attribuées à chaque établissement pour la mise en place de l'entretien prénatal précoce :

Plan périnatalité	
Consultation du 4 ^{ème} mois	
CH de Creil (III)	18,1 k€ (2005) + 14,1 k€ (2006)
CH de Beauvais (IIb)	26,7 k€ (2005) + 19,4 k€ (2006)
CH de Senlis (IIa)	16,5 k€ (2005) + 13,7 k€ (2006)
CH de Clermont (I)	4,5 k€ (2005) + 3,7 k€ (2006)

(Source : ARH Picardie)

Au sein de l'établissement de type I (Clermont), l'entretien prénatal précoce a été le plus développé. Sur l'équipe de 8 sages-femmes, 3 sages-femmes de consultations ont été formées à la réalisation de cet entretien et, depuis sa mise en place en mai 2008, 53 entretiens ont été réalisés en 2008 et 111 en 2009, ce qui représente plus d'un cinquième des patientes suivies à la maternité. A Beauvais, la mise en place de l'entretien du quatrième mois a également connu une montée en charge au fil des ans : deux sages-femmes sur trois ont été formées et plus de 300 entretiens ont ainsi été réalisés en 2009.

Au CH de Creil, en revanche, faute de moyens, et en dépit de l'enveloppe attribuée pour cette mesure, l'entretien n'a pas été mis en place, la priorité ayant été donnée au renforcement des effectifs de sages-femmes en salle de naissance et au sein de l'unité de réanimation ouverte en 2010.

Le tableau suivant présente le déploiement de l'entretien prénatal précoce dans les principales maternités du territoire :

	Entretien prénatal précoce	
	Pourcentage de sages-femmes formées	Pourcentage d'entretiens réalisés par rapport au nombre d'accouchements
CH de Clermont (I)	37%	22%
CH de Beauvais (IIb)	66%	12%
CH de Creil (III)	0	0
CH de Senlis (IIa)	NC	NC

Pour les établissements qui l'ont mis en œuvre, les principales réalisations de l'entretien prénatal précoce apparaissent conformes aux enjeux prévus par le plan périnatalité, à savoir, d'une part, l'occasion offerte aux futurs parents de partager leurs questionnements et leurs angoisses liées à la grossesse et, d'autre part, la possibilité pour les professionnels de santé de dépister et d'orienter les situations les plus complexes.

L'enquête auprès des établissements fait apparaître cependant que cet entretien est dans la majorité des cas réalisé par des femmes qui suivent également les cours de préparation à la naissance. Pour ces femmes-là, l'entretien du quatrième mois est vécu comme une étape supplémentaire dans le parcours qui prépare à l'accouchement. Les équipes de la maternité de Clermont (type I) constatent que cet entretien, qui est en « parfaite adéquation avec l'image de convivialité et de proximité que promeut l'établissement », est dans la majorité des cas plébiscité par des femmes bien informées et inscrites à l'ensemble des cours de préparation à la naissance, les publics plus en difficultés restant sur des formes de consultation plus classiques. En outre, il est plébiscité en priorité par des femmes primipares.

Un renforcement effectif des collaborations médico-psychologiques

Parallèlement, le renforcement des collaborations médico-psychologiques constitue un autre levier ayant, pour les professionnels rencontrés, permis d'améliorer l'écoute, l'information et la prise en charge des couples.

Les effectifs de psychologues dédiés à la prise en compte dans les maternités de l'environnement psychologique de la naissance varient entre 0,5 ETP (CH de Clermont) et 1,5 ETP psychologues (CH Creil). Les deux établissements les plus importants du territoire ont bénéficié d'un accroissement du temps de

psychologue dans le cadre du plan périnatalité, comme indiqué dans le tableau suivant :

Environnement psychologique de la naissance			
	Effectif avant le Plan périnatalité	Effectif supplémentaire	Moyens alloués
CH de Creil (III)	0,7 ETP psychologue	+ 0,7 ETP psychologue	36,3 k€
CH de Beauvais (IIb)	0	+ 1 ETP psychologue	42,7 k€
CH de Senlis (IIa)	NC	0	0
CH de Clermont (I)	0,5 ETP psychologue	0	0

Pour les psychologues rencontrés au sein des maternités, les principaux cas d'intervention concernent les cas d'addictions, de violences conjugales ou fœtales, à accompagner les IMG, les menaces d'accouchements prématurés. Dans deux des établissements, la psychologue se présente spontanément aux femmes hospitalisées, comme une « mise à disposition ». Ces derniers soulignent ensuite la difficulté qu'ils ont à suivre les femmes qui en auraient le plus besoin.

Au centre hospitalier de Beauvais a été mis en place le Comité de soutien à la parentalité du Beauvaisis (CSPB) qui réunit ponctuellement et au cas par cas, une sage-femme, un gynécologue-obstétricien, une assistante sociale et une psychologue.

Par ce type de pratiques, les psychologues des établissements étudiés semblent avoir trouvé leur place au sein des équipes des maternités même si pour certains, les collaborations médico-psychologiques pourraient être encore davantage développées au moment du diagnostic anténatal, via notamment un travail conjoint avec les échographes et les gynécologues.

Question n°2.4 : Le plan a-t-il permis de mieux intégrer les attentes des usagers dans le pilotage et la mise en œuvre de la politique de périnatalité, au niveau national et au niveau régional ?

Si à terme le réseau prévoit d'intégrer des usagers, pour l'instant il n'y a aucun représentant d'usagers au sein des groupes thématiques constitués.

Les entretiens réalisés auprès des établissements n'ont pas mis en évidence la présence de représentants d'usagers au sein des maternités.

Q3- Le plan a-t-il permis de renforcer la prise en charge des femmes et des couples les plus en difficultés au regard de l'amélioration de leur accès aux droits, aux soins ?

Question n°3.1 : Le plan périnatalité a-t-il permis de mobiliser les ressources existantes, notamment dans les départements (services de protection maternelle et infantile) et les dispositifs spécifiques (comme les PRAPS, les PASS...) et de les adapter aux enjeux de la période périnatale ? Quelle appréciation peut-elle être portée à ce sujet ?

Une prise en charge importante des publics précaires, antérieure à la mise en œuvre du plan mais soutenu par ce dernier

Le département de l'Oise est souvent présenté comme la « locomotive régionale ». La partie du sud sur laquelle sont implantées la plupart des maternités étudiées s'inscrit dans ce contexte. Pour autant, il convient de distinguer deux formes distinctes de précarité : une précarité liées à l'immigration (femmes sans papiers, absence de couverture sociale, problèmes d'alphabétisation...) concentrée au sud du département, dans les parties les plus limitrophes de l'Île de France et une précarité liée à l'isolement et à la ruralité (faibles revenus, mères mineures, cas d'addiction, problèmes de transport...) dans la partie Nord du département.

Les établissements ont depuis longtemps mis en place des dispositifs permettant de prendre en charge ces personnes en difficulté : même s'il elle n'est pas spécifiquement consacrée à la gynécologie-obstétrique, il existe une PASS dans les deux établissements les plus importants, à Creil et à Beauvais. Les équipes d'assistantes sociales interviennent régulièrement au sein de la maternité, comme à Beauvais où une assistante sociale a été désignée référent sur le pôle mère-enfant. Dans les faits le personnel de la maternité fait rarement appel aux acteurs associatifs et parvient généralement à trouver des solutions en interne (en faisant appel, comme à Creil aux autres services de l'hôpital) ou via leur réseau de partenaires (CAMSP, PMI...) en organisant, comme à Beauvais, des staffs hebdomadaires permettant d'étudier les cas les plus sensibles.

Par ailleurs, les services de PMI du département son bien organisés face aux problématiques liées à la précarité. Un système de fiche-relais est mis en place entre, d'un côté, les sages-femmes et puéricultrices de PMI et, de l'autre, les équipes au sein des établissements. Ces relations jouent dans les deux sens : pour alerter les maternités des possibilités d'accouchement des femmes en grande difficulté comme pour assurer le suivi par la PMI des femme dépistées lors de leur suivi à la maternité.

Question n°3.2 : Des dispositifs innovants ont-ils été mis en place dans certaines régions dans le but de renforcer la vigilance en direction des femmes enceintes en situation de précarité (notamment les migrantes en situation irrégulière) ?

Aucun dispositif innovant n'a été identifié sur le territoire.

Q4- Le plan a-t-il permis de renforcer et d'articuler les interventions des différents acteurs ?

Question n°4.1 : Le plan a-t-il amélioré les articulations nationales /régionales/départementales, tout particulièrement avec les services de protection maternelle et infantile ?

Les mesures du plan ont contribué à favoriser et à valoriser les articulations existantes

En confiant aux services de PMI la possibilité de réaliser des entretiens précoces, le plan périnatalité a contribué à renforcer les modalités d'action de ces derniers auprès des publics en difficulté et de renforcer les liens avec les autres acteurs de la périnatalité.

Au niveau départemental, l'ensemble des sages-femmes de PMI de l'Oise a été formé en 2007 à l'entretien précoce et avec près de 500 entretiens réalisés en 2009, les services de PMI sont les principaux opérateurs pour cet entretien. Pour autant, il est difficile d'apprécier les orientations et les parcours qui découlent de cet entretien. Il semblerait que la plupart des femmes qui réalisent cet entretien sont avant tout des femmes qui restent ensuite suivies par les services de PMI.

Par ailleurs, qu'elles soient formalisées au sein d'un réseau local (réseau de secteur Creil-Senlis-Clermont) ou par l'intermédiaire d'outils de coordination (fiches relais, CSPD) les liens de collaboration entre les services de PMI et les établissements sont déjà solides au niveau du département. Dans ce contexte, la mise en place conjointe de l'entretien précoce au sein des services de PMI et des maternités, n'a pas bouleversé les pratiques de coopération entre les acteurs du territoire. Sa principale contribution semble alors avoir été de valoriser et de faire reconnaître auprès des autres acteurs du territoire le savoir-faire de PMI dans le domaine de la prévention et de la prise en charge psycho-sociale.

Au niveau régional, le réseau périnatal prévoit d'impliquer les acteurs de PMI dans le développement et la généralisation de l'entretien prénatal précoce. La première rencontre régional du réseau a à cet égard proposé une réflexion sur la mise en œuvre de cet entretien en présentant plusieurs comptes-rendus d'entretiens réalisés par le personnel hospitalier et par les sages-femmes de PMI des départements de l'Aisne et de la Somme. Plus largement, les acteurs de PMI sont impliqués dans les groupes de travail thématique mis en place par le réseau.

Question n°4.2 : Le plan a-t-il permis d'impulser une dynamique locale (au niveau départemental et au niveau régional) en améliorant la cohérence entre les différents acteurs et entre les différentes démarches ?

Information non pertinente au niveau local

Question n°4.3 : Quelle analyse de l'articulation et de la complémentarité du PRSP et du SROS est-il possible de faire ?

Information non pertinente au niveau local

Q5- Le plan a-t-il permis de rendre le système d'information périnatal plus performant au niveau national, au niveau régional et au niveau départemental ?

Question 5.1 : Les recommandations émises par Euro-peristat concernant le recueil des indicateurs incontournables ont-elles pu être suivies ?

Information non pertinente au niveau local

Question n°5.2 : Les nouvelles dispositions relatives aux premiers certificats de santé ont-elles permis une meilleure connaissance territoriale de l'état de santé des nouveau-nés ?

Le département de l'Oise procède à une collecte et à une exploitation systématique des certificats de santé du 8^{ème} jour (CS8). Les taux élevés de retour de ces CS8, de l'ordre de 95-96% depuis 2001, donne lieu à la réalisation annuelle d'un bilan épidémiologique.

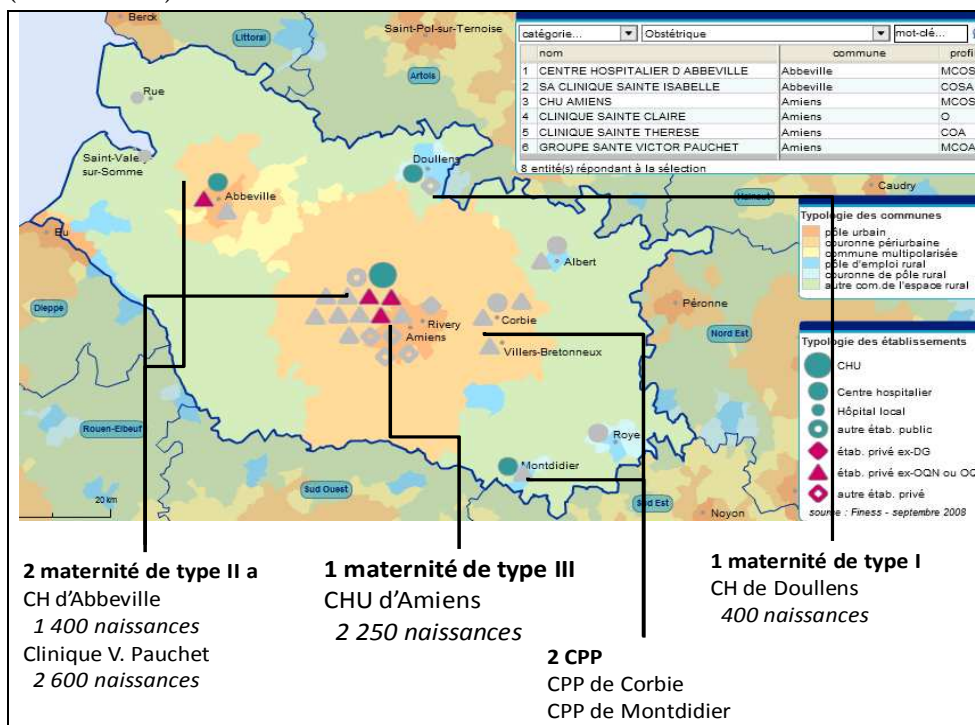
Ils ont contribué à améliorer la connaissance territoriale de l'état de santé du nouveau-nés, en fournissant notamment des informations relatives aux taux de prématurité (nés avant 33SA et nés entre 33 et 37 SA), aux transferts, à l'âge gestationnel, aux mensurations (poids et taille) à la naissance...

Parallèlement à la montée en puissance des CS8, les services du département constatent une chute importante du retour des certificats de santé du 9^e mois et du 24^e mois (de plus de 10 points chacun) ; cette situation risquant, selon le département, de remettre en cause l'exploitation épidémiologique de ces certificats.

2.2 Territoire de santé Nord-Ouest : Abbeville-Amiens (département de la Somme)

Contexte	
Contexte démographique, socio-économique et sanitaire	<p>Le territoire d'Amiens appartient au territoire de santé Nord-Ouest de la région Picardie. Établi en 2005 par l'ARH, ce territoire délimite une zone moins étendue à l'Est que le département de la Somme mais articulée autour des deux pôles issus des anciens secteurs de santé : Abbeville et Amiens. Le territoire se caractérise par une population en majorité semi-rurale et sa ville centre, Amiens, capitale régionale de 180 000 habitants est soumise aux influences grandissantes de plusieurs pôles extérieurs (Paris, Lille, Reims...).</p> <p>La population du département de la Somme est de 524 000 habitants (INSEE 2006) et la densité moyenne, de 91 habitants/km². La Somme compte chaque année environ 7 000 naissances.</p> <p>Le niveau de précarité du département est supérieur à la moyenne nationale avec un taux de bénéficiaires du RMI de 3,7 % (INSEE 2008) et un taux de population couverte par la CMUC de 8,9% (INSEE 2006) ; le taux de pauvreté, de 13,9%, se situe également au dessus de la moyenne nationale (INSEE 2004).</p> <p>S'agissant des taux de mortalité liés à la périnatalité, la situation est moins favorable que la moyenne des départements de France métropolitaine : les taux de mortalité infantile et néonatale de la Somme sont respectivement de 5,0‰ et 2,6‰, soit plus élevés que dans les deux autres départements de la région.</p> <p>Les taux de mortalité périnatale (14,2‰) et de mortinatalité (12,2‰) sont également supérieurs à la moyenne nationale (10,8‰ et 9,1‰) (INSEE 2005).</p> <p>Le pourcentage d'enfants prématurés de moins de 37 semaines est de 5,5 % en 2008, légèrement plus faible que la moyenne nationale (CG80 2008) tandis que le pourcentage d'enfants de moins de 2 500 g, 6,6%, reste élevé (CG80 2008).</p> <p>Le taux de césariennes enregistrés sur le territoire varie de 13 à 20 % des accouchements selon les maternités.</p>
Offre de soins	<p>Établissements : le territoire compte 4 maternités et 2 centres périnataux de proximité (CPP).</p> <p>3 établissements publics : le CHU d'Amiens (maternité de type III), le CH d'Abbeville (maternité de type IIa) et le CH de Doullens (maternité de type I).</p> <p>1 établissement privé : la clinique Victor Pauchet à Amiens (maternité de type IIa).</p> <p>Ces établissements regroupent 194 lits d'obstétrique, 38 de néonatalogie et 10 lits de réanimation néonatale (SAE 2008) et</p>

comptabilisent annuellement environ 6 700 accouchements. Le taux de fuite du territoire en obstétrique se situe autour de 8 % (PMSI 2008)



Libéraux : la densité de professionnels libéraux (généralistes, spécialistes et sages-femmes) du département, 150 médecins pour 100 000 habitants (DRASS 2006) est inférieure à la moyenne nationale. La densité de sages-femmes sur le territoire est également nettement inférieure à la moyenne nationale, avec 4 sages-femmes libérales en activité dans le département en 2006, dont 3 sur le secteur d'Amiens (DRASS 2006).

PMI : le service de PMI du CG80 est adossé à deux pôles de l'action départementale : le pôle « Famille et insertion » et le pôle « Territoire et proximité ». Il se déploie sur 12 territoires d'action sociale et rassemble 25 médecins, 13 sages-femmes et 65 auxiliaires et infirmières de puériculture.

Autres acteurs de la périnatalité : aucun ASV, l'OR2S basé à Amiens, plusieurs associations locales intervenant dans le secteur de la périnatalité...

Réseau : le Réseau régional de santé périnatale a été officiellement créé en juin 2009. Il a vocation à structurer et à formaliser le réseau qui avait été mis en place depuis 1998 à l'initiative du CHU d'Amiens et dans le but principal d'organiser les transferts. Le réseau régional vise également d'élargir le réseau existant à l'ensemble des établissements (via une Charte inter-établissement) ainsi qu'aux différents acteurs intervenant sur le champ de la

	<p>périnatalité (professionnels libéraux, acteurs de la PMI...). Si l'ensemble des maternités du territoire sont membres de droit du réseau régional, l'articulation des acteurs du territoire avec le réseau régional est, pour le moment, difficile à apprécier étant donné la création récente du réseau régional.</p>
<p>Stratégie régionale / départementale</p>	<p>Dans son chapitre consacré à la périnatalité, le SROS 3, adopté en 2006, vise à mieux répondre aux besoins spécifiques de chaque territoire de la région. Il poursuit trois objectifs généraux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Offrir une offre de soin coordonnée et adaptée, répartie de façon harmonieuse sur l'ensemble du territoire, - Répondre aux exigences de qualité des soins et de sécurité périnatale, - Faciliter la dynamique des réseaux périnatals et la collaboration entre les réseaux et favoriser la prise en charge globale du couple, des mères et des nouveaux nés. <p>Afin de pallier la pénurie de postes concernant la périnatalité, le SROS prévoit d'optimiser la répartition des spécialistes disponibles, d'éviter une trop grande dispersion des postes et de les regrouper dans des structures plus importantes. Il préconise ainsi une meilleure gradation des soins, un développement rapide des coopérations et de la télémédecine, la mise en place de fédérations médicales inter-hospitalière et fixe un cadre à la reconversion des petites maternités de type I en CPP.</p> <p>Le PRSP 2006-2009 mentionne, dans son volet consacré à l'action sur les déterminants de santé des mesures liées à la périnatalité telles que le soutien au sevrage tabagique des femmes enceintes, l'information relative à la consommation d'alcool chez les femmes enceintes (prévention du syndrome d'alcoolisation fœtale) et la prévention des grossesses adolescentes non désirées.</p> <p>Le PRAPS, dans son deuxième axe stratégique, qui vise à favoriser l'accès à la prévention et aux soins des jeunes de 16 à 25 ans les plus démunis intègre un objectif opérationnel lié à la périnatalité. Il entend en effet favoriser la prévention et l'accompagnement des grossesses précoces chez les adolescentes (16-18 ans) démunies (Fiche action n° 2-3). Les résultats attendus sont la réduction du nombre de grossesses précoces et la réduction du nombre de grossesses chez les mères de moins de 18 ans.</p> <p>Au niveau du département de la Somme, le Conseil Général a formalisé sa stratégie en matière de protection maternelle et infantile dans un Schéma de Prévention et de Protection de l'enfant, de l'adolescent et de la famille. Le champ de la périnatalité constitue un axe fort de l'action des services départementaux : le document fait notamment de l'entretien précoce un pilier des futures actions de prévention à mener dans le département.</p>

Éléments de réponse aux questions évaluatives

Q1- Le plan a-t-il permis d'améliorer la sécurité et la qualité de la prise en charge en périnatalité ?

Question n°1.1 : Les réseaux de périnatalité, tout en tenant compte de leur hétérogénéité, ont-ils permis d'améliorer la prise en charge des femmes et des nouveau-nés, notamment par des orientations et des transferts adaptés à leur situation et leur garantissant une sécurité accrue ?

Un réseau régional mis en place en 2009 et en cours de construction

Le réseau régional périnatal a été officiellement créé en juin 2009. Avant cette date, la Picardie était l'une des dernières régions de France à ne pas disposer d'un réseau régional de périnatalité structuré.

La formalisation de ce réseau s'est appuyée sur le réseau existant, constitué depuis 1998 à l'initiative du CHU d'Amiens et qui était centré sur l'organisation des transferts entre certains établissements de la région et le CHU, niveau III de référence.

La Charte du réseau régional signée par l'ensemble des établissements précise les deux objectifs principaux du réseau, à savoir :

- Organiser l'offre de soins en périnatalogie dans une perspective de complémentarité des institutions et d'optimisation de la gestion des risques en établissant des conventions ;
- Favoriser la prise en charge des patients à proximité de leur lieu de vie, à l'exception des situations exigeant un plateau technique spécifique.

A ce jour, le réseau régional est encore en cours de construction, il devrait être totalement opérationnel lorsque le poste de coordonnateur du réseau sera pourvu. Son budget de fonctionnement prévisionnel est de l'ordre de 115 000 euros, co-financé par l'ARH et l'URCAM de Picardie.

Plusieurs groupes thématiques ont d'ores et déjà été constitué et un programme de travail a permis de définir les principaux axes de réflexion tels que la mise en place d'un protocole de prise en charge de l'HAD pour les sorties précoces, le développement de l'entretien prénatal précoce, la formation des sages-femmes sur la préparation à la naissance et à la parentalité, l'élaboration de bonnes pratiques en matière de dépistage et de diagnostic prénatal (trisomie 21), l'organisation et l'animation d'un réseau Orthogénie en Picardie, la poursuite des campagnes d'information « maternité sans tabac », etc.

Les actions portées par la future équipe de coordination ciblent quatre missions à mettre prioritairement en œuvre dans la région :

- assurer un maillage complet du territoire entre les différents niveaux via un système uniformisé de conventions inter-établissements ;
- faire se rencontrer les professionnels et diffuser l'information auprès du grand public (constitution d'un annuaire des professionnels, réactivation du site Internet, élaboration d'une plaquette destinée aux parents...);
- s'assurer de la traçabilité du suivi des mères et des enfants en attendant la mise en place d'outils partagés (projet de dossier standardisé de transferts commun à tous les établissements) ;
- améliorer les pratiques professionnelles en harmonisant les protocoles et en développant l'offre de formation à travers les activités du réseau.

Si l'ensemble de ces actions, basé sur la circulaire de 2006 relative à la mise en place des réseaux et inspiré des expériences plus anciennes menées en Champagne-Ardenne et en Bourgogne, vise à améliorer l'organisation de l'offre de soin et la prise en charge, il apparaît impossible, à ce stade, d'anticiper les effets à venir du réseau sur la prise en charge des femmes et des nouveau-nés.

La Charte du réseau prévoit que soit appliqué au niveau régional le protocole de transferts in utero et de retransferts suivant :

Transferts in utero	
Type I → Type II	< 35 SA et/ou poids <1 800 g
	< 36 SA pour une grossesse multiple
	Pathologie fœtales à risque vital néonatal ou hydramnios aigu
	Pathologie maternelle grave avec risque de décompensation pré ou post natal
Type II → Type III	< 32 SA et/ou poids < 1 200 g
	< 33 SA pour une grossesse multiple
	Pathologie fœtales à risque vital néonatal ou hydramnios aigu
	Pathologie maternelle grave avec risque de décompensation pré ou post natal
Retransferts	
Les retransferts vers l'établissement d'origine seront systématiquement privilégiés chaque fois que la pathologie ayant motivée le transfert aura disparu et que la structure d'accueil sera à même de reprendre en charge la mère et l'enfant.	

(Source : Charte du réseau régional périnatalité en Picardie – 2009)

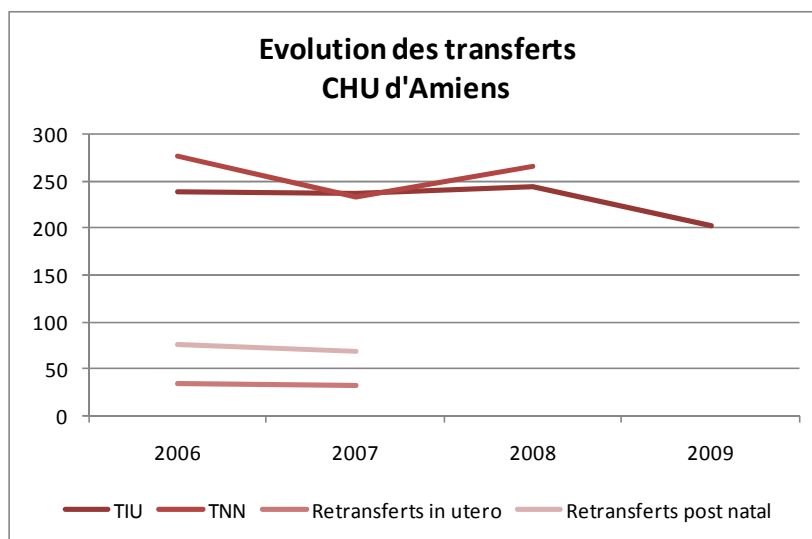
Au niveau du territoire d'Amiens, il n'existe pas de réseau de proximité organisant la périnatalité au niveau local.

En l'absence de réseau, une régulation des transferts pilotée par le CHU d'Amiens

Jusqu'à 2010 et l'ouverture de deux lits de réanimations à l'hôpital de Creil, le CHU d'Amiens représentait le seul établissement de type III de la région, avec 14

lits de réanimation. Il s'agit cependant d'un établissement de type III « hybride » dans la mesure où l'établissement se trouve dispersé sur quatre sites distants de plusieurs kilomètres, dont la maternité au centre-ville (centre de gynécologie-obstétrique, CGO) et les services de soins intensifs et de réanimation au nord (site de l'hôpital Nord)

A partir des décrets périnatalité de 1998, le CHU d'Amiens avait mis en place un protocole de transferts des établissements de la région vers la maternité de niveau III. Ces travaux ont permis de clarifier et d'améliorer les pratiques des établissements vers une orientation mieux adaptée en fonction du risque. La part des transferts in utero adressé au CHU d'Amiens a ainsi légèrement augmenté à partir des années 2000 pour se stabiliser depuis 2006 autour de 240. En 2009, on constate cependant une baisse du nombre de transferts in utero adressés au CHU d'Amiens, sans que l'on puisse pour le moment réellement l'expliquer. Le nombre des transferts en post natal fluctue quant à lui autour de 250. Ce chiffre peut paraître élevé, notamment par rapport au nombre de transferts in utero mais il s'explique par le fait que la comptabilisation des bébés transférés en post natal inclut les bébés transférés au sein même du CHU, du CGO (I et IIa) vers l'hôpital Nord (IIb et III).



(*Chiffres non disponibles pour 2008 et 2009)

Il n'existe pas de cellule de régulation des transferts dans la région et les transferts se font par des relations directes entre les professionnels via un système de conventions entre les maternités et le CHU d'Amiens.

Si la mise en place du réseau régional soutient le système uniformisé de conventions inter-établissements pour l'organisation des transferts, à ce jour 7 des 17 maternités de la région (hors CHU d'Amiens) sont liées par une convention de ce type avec le CHU.

Dans l'ensemble, une amélioration des indicateurs de santé sur le territoire

Déjà supérieurs à la moyenne nationale, les taux de mortalité liés à la périnatalité ont évolué dans un sens défavorable entre 2004 et 2008. Le taux de mortalité infantile n'a pas progressé. Le taux de mortalité périnatale a en revanche augmenté significativement entre 2004, atteignant jusqu'à 14,2 ‰ en 2005 pour se stabiliser autour de 12,8 ‰ en 2008, soit 1 point de plus qu'en 2004. Les autres indicateurs de santé ont évolué dans un sens plus favorable : bien que situé légèrement en dessous de la moyenne nationale, le nombre d'enfants nés prématurément a diminué entre 2004 et 2008. Parallèlement, on constate une augmentation du nombre d'enfants transférés entre 2004 et 2008.

Les principales données de santé périnatale sont représentées dans le tableau suivant :

Évolution des principaux indicateurs de santé dans la Somme			
Indicateurs	Somme 2004	Somme 2008	Évolution 2004-2008
Mortalité infantile	5,0 ‰	5,0	-
Mortalité périnatale	11,8 ‰	12,8 ‰	↗ 1
Enfants < 37 SA	6,2 %	5,5 %	↘ 0,7
Enfants < 33 SA	1,2 %	0,9	↘ 0,3
Enfants < 2 500g	7,0 %	6,6 %	↘ 0,4
Enfants transférés à la naissance	5,2 %	5,8 %	↗ 0,6
Enfants nés par césarienne	12,2 %	16,4 %	↗ 4,2

(Source : CG80, d'après CS8 - 2009)

Enfin, en l'absence d'un fonctionnement plein, pour le moment du réseau régional, un nombre limité d'informations est disponible sur les pratiques liées à la prise en charge des mères et des nouveaux nés. L'étude des modes d'accouchement des établissements du territoire révèle néanmoins certaines évolutions, en ce qui concerne notamment le taux de césariennes qui a sensiblement augmenté depuis 2004 (de 12,2% à 16,4%), tout en présentant néanmoins de fortes disparités selon les établissements (de 13% à 26%). Le pourcentage des césariennes réalisées en urgence (8,8%) reste cependant supérieur au pourcentage des césariennes programmées (7,6%).

Question n°1.2 : La prise en charge des urgences obstétricales, notamment des hémorragies du post-partum, répond-elle aux recommandations existantes ? Les recommandations pour la pratique clinique (RPC) existant sur ce thème sont-elles connues et appliquées par les professionnels ?

Les protocoles de prises en charge des urgences obstétricales diffusés au niveau national (HAS et CNGOF 2006) sont connus et repris au niveau des établissements du territoire. Le CHU d'Amiens établit ses protocoles à la suite des recommandations de la HAS.

Sur le thème des hémorragies du post-partum, des évaluations des pratiques professionnelles (EPP) et des enseignements post-universitaires (EPU) sont organisés à l'initiative du CHU d'Amiens : 3 EPU ont été organisés sur le thème depuis 2007.

Il s'agit cependant d'une démarche propre au service d'Amiens et il n'y a pas de réflexion particulière concernant ces problématiques au niveau régional, ni de suivi systématique des complications maternelles.

Q2- Le plan a-t-il permis d'améliorer l'humanité et la proximité de la prise en charge en périnatalité ?

Question n°2.1 : Le plan a-t-il permis de proposer aux couples des modes de prise en charge diversifiés, plus conformes à leurs attentes, incluant notamment un accompagnement et une prise en charge adaptés au déroulement des grossesses physiologiques ?

Le maintien difficile des maternités de proximité et la tendance au regroupement

Le territoire présente la caractéristique d'avoir accompagné ces dernières années la fermeture de plusieurs de ses petites maternités. Il ne reste en effet aujourd'hui qu'une seule maternité de type I sur les 5 qui composait il y a 10 ans l'offre de soins en périnatalité du territoire.

La disparition de ces maternités de type I relève cependant de deux phénomènes qu'il s'agit de distinguer : le regroupement des maternités privées et la reconversion des petites maternités « rurales » en centre périnatals de proximité (CPP). Le premier phénomène concerne les deux maternités privées du centre ville d'Amiens, Sainte Claire et Sainte-Thérèse qui ont fusionné en 2006 pour créer le pôle de santé Victor Pauchet. Cette clinique a été reconnue maternité de type IIa par l'ARH et réalise actuellement le plus d'accouchements de Picardie. Le deuxième phénomène concerne la reconversion des maternités de type I en CPP. En 2006, sur toute la région Picardie, on comptait encore 9 maternités réalisant moins de 1 000 accouchements par an, dont 5 réalisant moins de 500 accouchements par an.

Le SROS 3, dans son volet périnatalité, a soutenu la fermeture des plus petites de ces maternités en indiquant les paramètres médico-sociaux à prendre en compte, tels que le taux de précarité de la population du territoire concerné, l'éloignement d'une maternité inférieur à 35 kilomètres, un seuil d'activité inférieur à 300 accouchements en 2005 et/ou inférieur à 500 accouchements à horizon 2015 ou encore la difficulté de pérenniser l'activité médicale dans les dix

ans...Ainsi, depuis 2006, deux CPP ont été officiellement créés dans la Somme, à Corbie et à Montdidier.

Cette offre de proximité implique qu'il existe désormais une seule maternité précédant à des accouchements en dehors des deux grands centres urbains du département, Amiens et Abbeville. Cette dernière maternité de type I, située dans la zone rurale de Doullens, au Nord du département, réalise entre 380 et 400 accouchements par an. La création des CPP à Corbie et à Montdidier permet en outre d'assurer un suivi ante et post natal des femmes qui accouchent à Amiens à travers des relations étroites entre les structures (personnels communs, gardes...).

Les attentes des couples sont de plus en plus identifiées et prises en compte par les praticiens mais apparaissent encore secondaires par rapport aux impératifs de sécurité

Dans les 4 établissements rencontrés, la prise en compte des attentes des couples de matérialise de façons différentes et semble étroitement liée aux types de publics accueillis.

Pour la maternité de type qui ne prend pas en charge de grossesses pathologiques, l'urgence semble être davantage d'assurer une prise en charge de qualité, dans un environnement de grande sécurité et en organisant des transferts dans les meilleures conditions que de proposer des modes de prise en charge diversifiés. L'établissement est par ailleurs fortement exposé aux problématiques de publics en situation de précarité et/ou d'isolement. Même s'il ne pratique pas d'accouchement, la situation est à peu près identique pour le CPP de Corbie s'agissant du suivi de grossesse non pathologique et de la rééducation : la consigne est d'abord de « dépister » les cas les plus sensibles pour les transférer au CHU que de proposer un suivi adapté et personnalisé aux mères.

Pour les deux maternités d'Amiens, la prise en compte des attentes des couples s'est concrétisée par une offre traditionnelle de séances de préparation à la naissance et d'ateliers de puériculture (allaitement, massages...). Les équipes de sages-femmes rencontrées dans les deux maternités indiquent que la direction répond de plus en plus favorablement aux demandes de formation à des modes de prise en charge moins médicalisés : travail sur les positions, méthodes douces...

Dans le cadre de la préparation à la parentalité, le CHU a mis en place des séances d'échanges autour de l'alimentation du nouveau-né, à raison d'une par mois, auxquelles est associée une séance de portage du nouveau né. En suite de naissance, le thème de l'alimentation est systématiquement repris. En ce qui concerne l'allaitement maternel, une formation est poursuivie depuis 2000, avec la même intervenante et qui comprend la formation des nouveaux arrivants, ainsi que évaluation des pratiques. Avec cette mesure le CHU poursuit l'objectif à moyen terme d'obtenir le label « Hôpital Ami des Bébés ». Les sages femmes,

durant l'hospitalisation en suite de naissance, en lien avec l'équipe médico-psycho-sociale, privilégient l'établissement du lien parents-enfant. C'est ainsi que lors de la certification de décembre 2008, l'action a été notée par les experts de l'HAS comme action remarquable autour du lien parents-enfant. A distance de l'accouchement, une séance parents-enfant a également lieu et permet d'évaluer les pratiques professionnelles et de les réajuster si besoin. Enfin, les mères qui allaitent ont la possibilité de venir une fois par mois pour participer à des groupes d'échanges allaitement pendant le temps souhaité.

Des projets de « salle nature » (Clinique Victor Pauchet) ou « salle physiologique » sont à l'étude mais ne devraient pas être mis en place avant 2012. La politique de ces deux établissements semble plutôt « de ne pas tout accepter » et bien que ces établissements y consacrent du temps, le nombre de projets de naissance reste limité : 7 % environ à la Clinique Victor Pauchet.

Un effort entrepris par les maternités pour gommer les aspects les plus médicalisés de la prise en charge des mamans et des nouveau-nés

Globalement, la prise en compte des attentes des couples est donc plutôt lente à se concrétiser (peu d'expérimentations, faiblesse des moyens, insuffisance de la demande) et les aspects sécuritaires restent particulièrement prégnants dans une région marquée par un contexte sanitaire défavorable et un maillage réduit en maternités de haut niveau de prise en charge.

Pour autant, on observe depuis plusieurs années, une prise de conscience partagée par les équipes des quatre maternités pour tenter de gommer un certain nombre d'aspects médicalisés de la prise en charge. L'enquête auprès de la maternité de type I comme auprès des maternités de type II et III souligne la volonté des personnels, médecins comme sages-femmes, de développer des approches mettant moins l'accent sur la dimension médicale de la prise en charge. Pour le gynécologue-obstétricien rencontré à Doullens (maternité de type I), il importe par exemple que les équipes passent moins pour de bons techniciens que pour de bons communicants auprès de la patiente.

Ce dernier relève l'importance d'une « esthétique médicale » qui suppose de mettre en arrière plan l'obligation médicale au profit d'un surcroît d'écoute et d'échange avec la patiente. Un constat identique est établi par la maternité de la Clinique Victor Pauchet au sein de laquelle les sages-femmes s'efforcent de « donner l'illusion » de moins médicaliser en mettant en place des solutions nouvelles : péridurale déambulatoire, perfusion dans les chambres, musique dans la salle de naissance...

Question n°2.2 : Les réseaux de périnatalité ont-ils permis d'articuler l'intervention des différents acteurs autour des besoins des familles, en particulier avec les services de PMI et l'offre de soins ambulatoire, pour

assurer une continuité de la prise en charge de proximité des mères et des enfants, en amont et en aval de la naissance ?

L'articulation des acteurs, pas encore effective au sein du réseau, devrait se développer sans difficultés majeures

Le réseau régional de Picardie constitué officiellement en juin 2009, n'a pas encore permis de rendre effective l'articulation des différents acteurs et n'inclut pour l'instant que les établissements, membres de droit. Il a cependant été conçu comme ouvert à tous les acteurs de santé publics et privés, aux professionnels libéraux de la périnatalité, aux centres de PMI, aux associations professionnelles et d'usagers. Si les modalités précises d'adhésion des membres au réseau régional sont en cours d'élaboration, la première journée régionale du réseau qui s'est tenue le 4 février 2010 à Saint Quentin a rassemblé 230 personnes venues de toute la région.

Les groupes de travail qui ont été mis en place (entretien prénatal précoce, prise en charge en amont et en aval de la naissance, promotion et soutien à l'allaitement maternel, organisation d'un réseau orthogénique...) regroupent différentes catégories d'acteurs, représentant différentes disciplines et répartis sur tout le territoire. A titre d'exemple, le groupe consacré à la mise en place de l'entretien prénatal précoce, piloté par un pédiatre de la PMI de l'Aisne, rassemble une sage-femme libérale d'Amiens, un représentant du Conseil général de l'Oise, un médecin de la Somme, une sage-femme enseignant à l'école de sages-femmes d'Amiens et trois sages-femmes hospitalières, d'Amiens et Doullens.

Deux projets majeurs considérés comme prioritaires par le bureau du réseau devraient également permettre d'assurer une bonne articulation entre les différents acteurs de la naissance : la mise en place d'un dossier commun et la réalisation d'un annuaire régional des professionnels de la périnatalité.

Enfin, Le réseau devrait pouvoir s'appuyer sur les relations étroites qui existent d'ores et déjà sur le territoire entre les acteurs de PMI et les établissements. Le CHU d'Amiens travaille par exemple depuis plusieurs années avec les acteurs de la PMI à travers l'organisation de staffs de parentalité ou aux moyens de fiches de liaison.

Question n°2.3 : L'écoute, l'information, la prise en charge et l'accompagnement des femmes enceintes et des couples ont-ils été pris en compte par les établissements de santé et les professionnels ?

Le carnet de santé peu ou pas utilisé par les maternités.

Comme dans les autres départements de la région, le carnet de santé maternité n'est pas envoyé automatiquement aux femmes enceintes. Il est acheminé aux professionnels de santé qui le distribuent ensuite aux femmes lors des premiers rendez-vous. Si le carnet est bien ventilé aux mamans par les professionnels du territoire, il est peu ou pas utilisé par les trois maternités étudiées qui ont recours à d'autres dossiers de suivi des patientes.

A Doullens par exemple, l'équipe utilise depuis longtemps le dossier CCIM, issu d'Audipog, et qui présente l'avantage d'être informatisé. Ce dossier, utilisé par un tiers des maternités du territoire rend également possible des exploitations au niveau national, ce qui n'est pas le cas du carnet de santé maternité pour lequel les données complétées ne sont pas traitées.

Les cas où ce carnet est majoritairement utilisé portent sur les patientes qui sont suivies parallèlement par d'autres professionnels. Les équipes de ces maternités insistent cependant sur l'importance de l'information à destination des femmes que contient ce carnet. Pour autant, deux des quatre maternités estiment le taux d'utilisation de ce carnet compris entre 30 et 40 %. Au CPP de Corbie, la sage-femme interrogée n'a jamais été amené à compléter ce carnet.

Le service de PMI de la Somme assure toutefois la promotion du carnet de santé maternité. Même s'ils se posent la question de la pertinence d'un dossier papier face à l'informatisation croissante des données, les acteurs de PMI mettent en évidence la possibilité offerte par le carnet de s'approprier ses informations de santé. Comme il l'a fait pour le carnet de santé de l'enfant, le département travaille à rendre plus opérationnel et personnalisé cet outil, en projetant notamment d'y inclure des listes de professionnels de proximité à contacter, les lieux d'écoute et d'échanges, l'annuaire des spécialistes...L'ensemble devrait permettre d'en faire un véritable guide-ressource pour la mère.

Un faible déploiement de l'entretien prénatal précoce qui se développe lentement

Dans une étude réalisée en 2009, le groupe de travail « entretien prénatal précoce du réseau » estimait à 10 % le nombre d'entretiens réalisés en 2008 dans le département de la Somme. La même évaluation rétrospective pour 2007 situait à 5% le pourcentage d'entretiens réalisés.

Pour les trois maternités et le CPP étudiés, cet entretien a bien été mis en place et entre un quart et deux tiers des sages-femmes ont été formées. Au CHU d'Amiens, 14 des 43 sages-femmes ont suivi une formation spécifique ; l'entretien a été mis en place en mai 2007 et une journée par semaine, le vendredi, est consacrée à la réalisation de cet entretien. Le nombre d'entretiens réalisés par la maternité du CHU s'avère stable ces deux dernières années : 152

en 2008 et 153 en 2009. Au CH de Doullens, l'entretien prénatal précoce a été réalisé auprès de moins de 3 patientes sur 100 (environ une dizaine d'entretiens réalisés). Le CPP de Corbie en réalise quant à lui une trentaine par an, sur un totale d'environ 150 femmes suivies. Cette proportion est encore plus faible au niveau de la maternité de la clinique Victor Pauchet qui par rapport à ses 2 600 accouchements n'en réalise pas plus d'une centaine par an.

Le tableau suivant met en parallèle le nombre d'entretiens réalisés et les moyens alloués par l'ARH dans le cadre de la mise en œuvre du plan périnatalité fournissent par rapport au nombre total de femmes suivies :

	Entretien prénatal précoce		
	Nombre d'entretiens réalisés en 2008	Moyens alloués dans le cadre du plan	Nombre total de naissances / femmes suivies
CHU d'Amiens (III)	153	0	1 700
Clinique V. Pauchet (IIa)	NC	0	2 600
CH de Doullens	10	3 k€	400
CH d'Abbeville	NC	11,8 k€	NC
CPP de Corbie	30	0	150

Le déploiement de l'entretien prénatal précoce s'avère donc limité dans le département et malgré les efforts entrepris notamment par les acteurs de PMI pour mutualiser les efforts et organiser une diffusion large et transversale de l'entretien, ce dernier n'a pas connu une montée en charge significative depuis 2007.

Les principaux freins évoqués par les professionnels de santé porte sur le manque de moyens, de temps et sur la priorité donnée aux salles de naissances. Tout comme les postes de consultations, les heures de sages-femmes dédiées à la réalisation de l'entretien prénatal précoce jouent le rôle de variable d'ajustement dans un contexte de pénuries de moyens et de temps.

Des collaborations médico-psychologiques encore limitées

La maternité du CHU d'Amiens bénéficie d'un mi-temps de psychologue qui couvre les cas les plus difficiles. La clinique Victor Pauchet dispose également de temps de psychologues qui sont affectés plus largement sur l'ensemble de la clinique mais peuvent intervenir sur demande des personnels de la maternité ou lors de réunions organisées régulièrement.

Depuis plusieurs années, le CH de Doullens demande un poste de psychologue véritablement dédié à la maternité. Pour l'instant, la maternité doit faire appel à la psychologue qui intervient, à temps partiel, sur l'ensemble de l'hôpital. A Doullens, le besoin de psychologue recoupe qui plus est la prise en charge importante de publics en difficulté (environ une personne sur trois). Les

auxiliaires de puériculture qui interviennent à Doullens nourrissent de fortes attentes quant au renforcement des collaborations médico-psychologiques.

Enfin, il n'y a pas de psychologue affecté au CPP de Corbie. Les sages-femmes de consultation peuvent orienter les personnes vulnérables vers la psychologue du CHU d'Amiens.

Le bilan des collaborations médico-psychologiques apparaît donc très limité sur le territoire, en décalage net avec les besoins exprimés lors de l'évaluation. Ce constat est partagé par les acteurs institutionnels de la région, et notamment l'ARH qui a attribué au total plus de 132,3 k€ dans le cadre de l'amélioration de l'environnement psychologique de la naissance prévu par le plan, montant réparti entre les deux établissements les plus importants :

Plan périnatalité	
Environnement psychologique de la naissance	
CHU d'Amiens (III)	82,9 k€ (2006) + 31,1 k€ (2008)
Clinique Victor Pauchet (IIa)	18,4 k€ (2008)

Question n°2.4 : Le plan a-t-il permis de mieux intégrer les attentes des usagers dans le pilotage et la mise en œuvre de la politique de périnatalité, au niveau national et au niveau régional ?

Si à terme le réseau prévoit d'intégrer des usagers, pour l'instant il n'y a aucun représentant d'usagers au sein des groupes thématiques constitués.

Au niveau des établissements, les entretiens n'ont pas mis en évidence la présence de représentants d'usagers au sein des établissements.

Q3- Le plan a-t-il permis de renforcer la prise en charge des femmes et des couples les plus en difficultés au regard de l'amélioration de leur accès aux droits, aux soins ?

Question n°3.1 : Le plan périnatalité a-t-il permis de mobiliser les ressources existantes, notamment dans les départements (services de protection maternelle et infantile) et les dispositifs spécifiques (comme les PRAPS, les PASS...) et de les adapter aux enjeux de la période périnatale ? Quelle appréciation peut-elle être portée à ce sujet ?

Le plan périnatalité s'est inscrit dans la continuité d'une action forte sur la prise en charge des publics les plus en difficultés

Depuis longtemps les professionnels du territoire, via les services départementaux de PMI, mais également les actions institutionnelles, ont pris la mesure des enjeux de la période périnatale pour les publics les plus en difficultés. A travers des instances comme le Groupement régional de santé

public (GRSP) ou l'Observatoire Social de Picardie, de nombreuses actions sont menées au niveau régional pour agir sur la santé de la mère et de l'enfant : actions d'information, consultations préventives, campagnes de vaccination, assistance aux personnes en situation de grande précarité, visites à domicile... Si les situations peuvent être différentes entre les zones périurbaines et les zones rurales du territoire, les cas les plus sensibles concernent les grossesses non désirées et les grossesses précoces : le taux de mères adolescentes de moins de 18 ans, de 1,1 % est 2 fois plus élevé que la moyenne nationale.

Au niveau local, les établissements du territoire ont tous mis en place des actions pour améliorer la prise en charge des soins de périnatalité des publics en difficulté. Pour les deux établissements d'Amiens qui réalisent près de 75% des accouchements du département, une PASS existe depuis plusieurs années. Elle permet de prendre en charge les personnes sans ressources.

L'accueil des publics défavorisés constitue une problématique plus importante pour la maternité publique du CHU d'Amiens que pour la clinique Victor Pauchet. Au CHU, les équipes font preuve d'une grande réactivité sociale face à la majorité des situations de précarité (population immigrées primo-arrivant, problèmes d'hébergement, précarité économique...) et une assistante sociale intervient à 80% de son temps sur la maternité. Des staffs de parentalité réunissant gynécologues, sages-femmes, psychologues, assistante sociale sont régulièrement organisés et devraient être formalisés dans le cadre de la mise en place d'un staff médico-psycho-social prévue pour le 2^{ème} semestre 2010, en lien avec le réseau ville-hôpital. Plus ponctuellement la maternité organise des actions de prévention sur la toxicomanie et les conduites addictives en partenariat avec le service d'addictologie de l'hôpital. Enfin, un Service d'Aide aux Femmes Enceintes en Difficulté (SAFED) est à disposition des patientes en difficultés sociales et des jeunes.

Pour sa part, la maternité de Doullens, située en zone rurale, doit régulièrement faire face à la prise en charge de publics en difficulté : 12% des patientes accueillies à la maternité bénéficient de la CMUC, un taux deux fois plus élevé que la moyenne nationale (5%). Parallèlement aux soins médicaux, le personnel de Doullens développe plusieurs initiatives pour faire face aux situations les sensibles : travail en partenariat avec la Croix-Rouge, mise en place d'une « épicerie sociale », distribution de « trousseau de l'enfant » pour les mères isolées.

Question n°3.2 : Des dispositifs innovants ont-ils été mis en place dans certaines régions dans le but de renforcer la vigilance en direction des femmes enceintes en situation de précarité (notamment les migrantes en situation irrégulière) ?

Aucun dispositif innovant n'a été identifié sur le territoire.

Q4- Le plan a-t-il permis de renforcer et d'articuler les interventions des différents acteurs ?

Question n°4.1 : Le plan a-t-il amélioré les articulations nationales/régionales/départementales, tout particulièrement avec les services de protection maternelle et infantile ?

L'entretien prénatal précoce et le réseau, les deux points de rencontre des acteurs du territoire

A travers le déploiement de l'entretien prénatal précoce le plan périnatalité a contribué à renforcer les collaborations existantes entre les services de la PMI et les différents professionnels du territoire, hospitaliers comme libéraux. Le Schéma de Prévention et de Protection de l'enfant, de l'adolescent et de la famille de la Somme fait en effet de l'entretien précoce un pilier des futures actions de prévention à mener dans le département.

Ainsi, à l'initiative de la Mission Prévention PMI et des équipes d'obstétriques du CHU d'Amiens, les sages-femmes de l'ensemble des maternités du département et les professionnels de la naissance ont été invités à unir leurs efforts pour faire bénéficier le maximum de familles de cet entretien. Plusieurs réunions ont dès lors été organisées depuis 2006 ; elles ont notamment permis de mettre en place un partenariat de travail entre les maternités publiques et privées et les professionnels libéraux pour construire des actions sur l'ensemble du département en milieu urbain, comme en milieu rural ainsi que d'élaborer collectivement une plaquette d'information sur l'entretien à destination des couples. Dans certaines zones du territoire, les initiatives menées autour de l'entretien prénatal précoce ont également donné lieu à l'émergence de micro réseaux locaux de périnatalité, comme dans le pays Neslois où autour de la sage-femme de PMI, plusieurs professionnels ont collaboré pour mettre à disposition des personnels et des locaux dédiés à l'entretien précoce.

La formalisation du réseau régional et le lancement officiel des groupes de travail en juin 2009 constitue le deuxième lieu important de rencontre et d'échange pour les acteurs du territoire. Les acteurs de la PMI du département font preuve d'une grande implication dans les activités du réseau, à travers les réflexions menées sur l'entretien précoce mais également sur les thématiques relatives à la prise en charge en amont et en aval de la naissance (un médecin de PMI participant au groupe de travail) ainsi qu'à l'organisation de la HAD et des sorties précoces (un médecin de PMI).

Question n°4.2 : Le plan a-t-il permis d'impulser une dynamique locale (au niveau départemental et au niveau régional) en améliorant la cohérence entre les différents acteurs et entre les différentes démarches ?

Information non pertinente au niveau local

Question n°4.3 : Quelle analyse de l'articulation et de la complémentarité du PRSP et du SROS est-il possible de faire ?

Information non pertinente au niveau local

Q5- Le plan a -t-il permis de rendre le système d'information périnatal plus performant au niveau national, au niveau régional et au niveau départemental ?

Question 5.1 : Les recommandations émises par Euro-peristat concernant le recueil des indicateurs incontournables ont-elles pu être suivies ?

Information non pertinente au niveau local

Question n°5.2 : Les nouvelles dispositions relatives aux premiers certificats de santé ont-elles permis une meilleure connaissance territoriale de l'état de santé des nouveau-nés ?

Depuis 20 ans, le service de PMI de la Somme a fait des certificats de santé un outil de santé publique afin d'améliorer la connaissance et la santé de l'enfant du département et d'orienter ainsi les actions pour renforcer l'accompagnement des familles. Chaque année le département présente les principaux résultats issus des certificats de santé, en croisant notamment les données des trois certificats (8^e jour, 3^e et 9^e mois) aux données nationales.

2.3 Territoire de santé Nord-Est : Saint Quentin-Laon (département de l'Aisne)

Contexte	
Contexte démographique, socio-économique et sanitaire	<p>Le territoire d'Hirson appartient au territoire de santé Nord-Est de la région Picardie. Établi en 2005 par l'ARH, ce territoire délimite une zone correspondant à la moitié Nord du département de l'Aisne et englobant, à l'Ouest, la ville de Péronne. Cette zone s'articule autour de deux pôles importants, Laon et Saint Quentin, tandis qu'à l'extrême Nord-Est, la Thiérache, plus isolée, abrite une zone importante de bocage à dominante agricole.</p> <p>Si le département de l'Aisne comprend plusieurs villes de tailles moyennes (Laon, Saint Quentin, Soissons, Château-Thierry...), le territoire se caractérise par une population en majorité rurale.</p> <p>Le département de l'Aisne compte 524 000 habitants (INSEE 2006) et une densité moyenne de 73 habitants au km², la plus faible de la région.</p> <p>L'Aisne compte chaque année environ 7 000 naissances.</p> <p>Le niveau de précarité du département est supérieur à la moyenne nationale avec un taux de bénéficiaires du RMI de 3,3 % (INSEE 2008) et un taux de population couverte par la CMUC de 7,7% (INSEE 2006). Le taux de pauvreté, de 14,7%, se situe également au dessus de la moyenne nationale (INSEE 2004). Enfin, la part des bénéficiaires de l'Allocation Parents Isolé (API), 19,7‰, se trouve à un niveau significativement plus élevé que la moyenne nationale (12,8‰).</p> <p>Même si les disparités sont grandes selon les zones du territoire, dans l'ensemble, les taux de mortalité liés à la périnatalité se situent dans la moyenne nationale. Les taux de mortalité infantile et néonatale de l'Aisne sont respectivement de 2,5‰ et 0,7‰, significativement moins élevés que dans les deux autres départements de la région. En 2005, les taux de mortalité périnatale (9,5‰) et de mortinatalité (9,1‰) sont légèrement plus faibles que la moyenne nationale (INSEE 2005) tandis que ces mêmes chiffres, en 2004 et 2006 se situaient au dessus de la moyenne nationale, respectivement de 11,4‰ et 12,6‰. Le pourcentage d'enfants prématurés dans l'Aisne se situe dans la moyenne régionale, 5,6% en 2003, légèrement inférieur à la moyenne nationale. Les pourcentages les plus forts d'enfants prématurés (plus de 7%) se situent en majorité dans l'Aisne, dans les cantons du Sud et du Nord (Thiérache).</p>

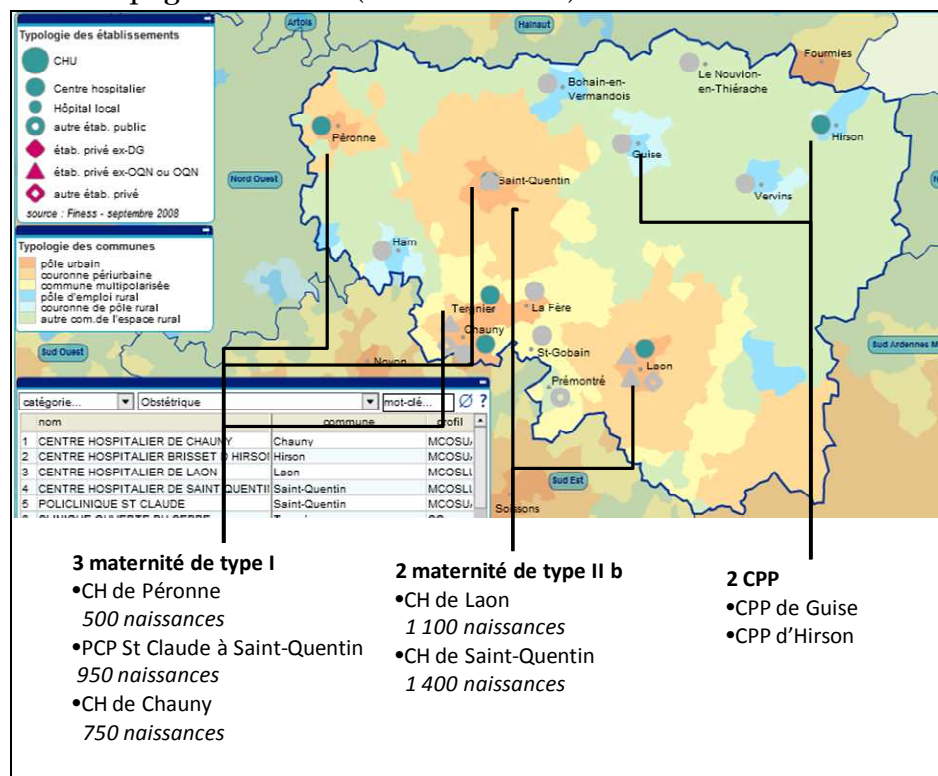
Offre de soins	<p> Établissements : le territoire compte 5 maternités et 2 centres périnataux de proximité (CPP). L'offre de maternité est concentrée au sud et à l'ouest du territoire. La Thiérache ne compte pas de maternité et les 2 CPP se situent sur cette zone. </p> <p> 6 établissements publics : le CH de Laon (maternité de type IIb), le CH de Saint Quentin (maternité de type IIb), le CH de Péronne </p>

(maternité de type I), le CH de Chauny et les CPP de Guise et Hirson (deux anciennes maternités de type I).

1 établissement privé : la polyclinique Saint Claude à Saint-Quentin (maternité de type I).

Ces établissements regroupent 173 lits d'obstétrique et 25 de néonatalogie (SAE 2008). Ils comptabilisent annuellement environ 6 800 accouchements.

Le taux de fuite du territoire en obstétrique se situe autour de 20 % (PMSI 2008), principalement vers les régions Nord-Pas-de-Calais et Champagne-Ardenne (CHU de Reims).



Libéraux : la densité de professionnels libéraux (généralistes, spécialistes et sages-femmes) du département est l'une des plus faibles de France, inférieure à 1 pour 1 000 habitants (DRASS 2006). En 2006, le département comptait 2 sages-femmes libérales (DRASS 2006).

PMI : les actions liées à la prévention périnatale constituent un axe fort des missions des services de PMI du CG02 au sein des Circonscriptions de Prévention et d'Action Sociale (CiPAS). Les effectifs des services de PMI du département comptent une centaine de personnes dont 13 ETP médecins (pédiatres), 4 ETP sages-femmes, 13 ETP auxiliaires de puériculture, 30 infirmières, 4 ETP conseillères conjugales et 2,5 ETP de psychologues.

Autres acteurs de la périnatalité : aucun ASV, plusieurs associations intervenant dans le secteur de la périnatalité et

	<p>notamment le réseau ELSA (Équipes de Liaison et de Soins en Addictologie) intervenant auprès des établissements.</p> <p>Réseau : sur le territoire de l’Aisne, il n’existe pas à proprement parler de réseau rassemblant les acteurs de la périnatalité ; les deux pôles de type IIb, Saint-Quentin et Laon travaillant chacun avec ses acteurs de proximité. Le Réseau régional de santé périnatale a été officiellement créé en juin 2009 dans le but de renforcer les coopérations entre les établissements de l’Aisne et le reste de la région. Par lettre de mission du directeur de l’ARH, la présidente de la CRN, exerçant à Péronne et à Saint-Quentin a été chargée de coordonner le groupe de travail pour organiser la formalisation du réseau sous l’égide de la CRN.</p>
<p>Stratégie régionale / départementale</p>	<p>Dans son chapitre consacré à la périnatalité, le SROS 3, adopté en 2006, vise à mieux répondre aux besoins spécifiques de chaque territoire de la région. Il poursuit trois objectifs généraux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Offrir une offre de soin coordonnée et adaptée, répartie de façon harmonieuse sur l’ensemble du territoire, - Répondre aux exigences de qualité des soins et de sécurité périnatale, - Faciliter la dynamique des réseaux périnatals et la collaboration entre les réseaux et favoriser la prise en charge globale du couple, des mères et des nouveaux nés <p>Afin de pallier la pénurie de postes concernant la périnatalité, le SROS prévoit d’optimiser la répartition des spécialistes disponibles, d’éviter une trop grande dispersion des postes et de les regrouper dans des structures plus importantes. Il préconise ainsi une meilleure gradation des soins, un développement rapide des coopérations et de la télémédecine, la mise en place de fédérations médicales inter-hospitalière et fixe un cadre à la reconversion des petites maternités de type I en CPP.</p> <p>Le PRSP 2006-2009 mentionne, dans son volet consacré à l’action sur les déterminants de santé des mesures liées à la périnatalité telles que le soutien au sevrage tabagique des femmes enceintes, l’information relative à la consommation d’alcool chez les femmes enceintes (prévention du syndrome d’alcoolisation fœtale) et la prévention des grossesses adolescentes non désirées.</p> <p>Le PRAPS, dans son deuxième axe stratégique, qui vise à favoriser l’accès à la prévention et aux soins des jeunes de 16 à 25 ans les plus démunis intègre un objectif opérationnel lié à la périnatalité. Il entend en effet favoriser la prévention et l’accompagnement des grossesses précoces chez les adolescentes (16-18 ans) démunies (Fiche action n° 2-3). Les résultats attendus sont la</p>

	<p>réduction du nombre de grossesses précoces et la réduction du nombre de grossesses chez les mères de moins de 18 ans.</p> <p>Au niveau du territoire, le département de l'Aisne a formalisé sa stratégie en matière de protection de la mère et de l'enfant en adoptant un Schéma départemental de la Protection maternelle et infantile 2008-2012. Le Schéma rappelle les missions de prévention et de promotion de la santé, de la famille et de l'enfant, il s'adresse à toute la population avec une attention particulière pour les familles en difficulté. Enfin, il fait des mesures liées à la planification et à l'éducation familiale et des actions médico-sociales en faveur des femmes enceintes, les deux axes prioritaires de l'intervention des services départementaux.</p>
--	---

Éléments de réponse aux questions évaluatives

Q1- Le plan a-t-il permis d'améliorer la sécurité et la qualité de la prise en charge en périnatalité ?

Question n°1.1 : Les réseaux de périnatalité, tout en tenant compte de leur hétérogénéité, ont-ils permis d'améliorer la prise en charge des femmes et des nouveau-nés, notamment par des orientations et des transferts adaptés à leur situation et leur garantissant une sécurité accrue ?

Un réseau régional mis en place en 2009 et encore en cours de construction

Le réseau régional périnatal a été officiellement créé en juin 2009. Avant cette date, la Picardie était l'une des dernières régions de France à ne pas disposer d'un réseau régional de périnatalité structuré.

Par lettre de mission du directeur de l'ARH, la présidente de la CRN, exerçant à Péronne et à Saint-Quentin a été chargée de coordonner le groupe de travail pour organiser la formalisation du réseau sous l'égide de la CRN.

La Charte du réseau régional, signée par l'ensemble des établissements, précise les deux objectifs principaux du réseau, à savoir :

- Organiser l'offre de soins en périnatalogie dans une perspective de complémentarité des institutions et d'optimisation de la gestion des risques en établissant des conventions ;
- Favoriser la prise en charge des patients à proximité de leur lieu de vie, à l'exception des situations exigeant un plateau technique spécifique.

A ce jour, le réseau régional est encore en cours de construction, il devrait être totalement opérationnel lorsque le poste de coordonnateur du réseau sera pourvu. Son budget de fonctionnement prévisionnel est de l'ordre de 115 000 euros, co-financé par l'ARH et l'URCAM de Picardie.

Plusieurs groupes thématiques ont d'ores et déjà été constitué et un programme de travail a permis de définir les principaux axes de réflexion tels que la mise en place d'un protocole de prise en charge de l'HAD pour les sorties précoces, le développement de l'entretien prénatal précoce, la formation des sages-femmes sur la préparation à la naissance et à la parentalité, l'élaboration de bonnes pratiques en matière de dépistage et de diagnostic prénatal (trisomie 21), l'organisation et l'animation d'un réseau Orthogénie en Picardie, la poursuite des campagnes d'information « maternité sans tabac », etc.

Les actions portées par la future équipe de coordination ciblent 4 missions à mettre prioritairement en œuvre dans la région :

- assurer un maillage complet du territoire entre les différents niveaux via un système uniformisé de conventions inter-établissements ;
- faire se rencontrer les professionnels et diffuser l'information auprès du grand public (constitution d'un annuaire des professionnels, réactivation du site Internet, élaboration d'une plaquette destinée aux parents...)
- s'assurer de la traçabilité du suivi des mères et des enfants en attendant la mise en place d'outils partagés (projet de dossier standardisé de transferts commun à tous les établissements) ;
- améliorer les pratiques professionnelles en harmonisant les protocoles et en développant l'offre de formation à travers les activités du réseau.

Si l'ensemble de ces actions, basé sur la circulaire de 2006 relative à la mise en place des réseaux et inspiré des expériences plus anciennes menées en Champagne-Ardenne et en Bourgogne, vise à améliorer l'organisation de l'offre de soin et la prise en charge, il apparaît impossible, à ce stade, d'anticiper les effets à venir du réseau sur la prise en charge des femmes et des nouveau-nés.

La Charte du réseau prévoit que soit appliqué au niveau régional le protocole de transferts in utero et de retransferts suivant :

Transferts in utero	
Type I → Type II	< 35 SA et/ou poids < 1 800 g
	< 36 SA pour une grossesse multiple
	Pathologie fœtales à risque vital néonatal ou hydramnios aigu
	Pathologie maternelle grave avec risque de décompensation pré ou post natal
Type II → Type III	< 32 SA et/ou poids < 1 200 g
	< 33 SA pour une grossesse multiple
	Pathologie fœtales à risque vital néonatal ou hydramnios aigu
	Pathologie maternelle grave avec risque de décompensation pré ou post natal
Retransferts	
Les retransferts vers l'établissement d'origine seront systématiquement privilégiés chaque fois que la pathologie ayant motivée le transfert aura disparu et que la structure d'accueil sera à même de reprendre en charge la mère et l'enfant.	

(Source : Charte du réseau régional périnatalité en Picardie – 2009)

Ce protocole a été signé pour le moment par 7 des 17 maternités du territoire (hors CHU). Le CH de Laon n'a pas signé ce protocole.

Un réseau local mis en place autour du CH Laon qui assure l'essentiel de la prise en charge du territoire et organise les transferts des cas les plus sensibles

Le Nord-Est de l'Aisne a été marqué ces dernières années par la fermeture de ses deux maternités de type I, à Guise et à Hirson, en 2007. Sur le territoire, la prise en charge des mères et des nouveaux est organisée autour du seul CH de Laon, maternité de type IIb, qui assure la prise en charge complète des patientes, organise les transferts et oriente si besoin vers les centres de niveau III, Amiens ou Reims.

La maternité de Laon, de type IIb dispose de 34 lits de gynécologie obstétrique, 10 lits de néonatalogie et 4 lits de soins intensifs, ce qui lui permet de faire face aux naissances du territoire, et le plus souvent de garder la plupart des mères et des nouveau-nés. Le nombre de transferts vers les établissements de type III s'avère relativement faible : 97% des bébés du CH de Laon naissent en effet sur place.

En 2008, sur un total d'environ 1050 accouchements, l'établissement comptabilisait autour de 25 transferts in utero. Pour la même année, le nombre de transferts néonataux s'élevait à 18, 7 transferts ayant été réalisés vers Amiens et 11 vers Reims.

Le nombre de retransferts de bébés est quant à lui important, le plus souvent pour des questions de rapprochement : en 2008, 21 bébés sont revenus de Reims et 16 d'Amiens.

Il est également intéressant de constater que les collaborations privilégiées pour les transferts diffèrent selon la nature de ces derniers : le pourcentage des transferts adressés au CHU d'Amiens est en effet plus faible pour les transferts in utero que pour les transferts en post natal, les équipes d'obstétriques travaillant d'abord avec le CHU de Reims. Cela montre notamment que, en l'absence de réseau régional et de protocole formalisé, les transferts restent conditionnés par les pratiques professionnelles existantes.

Une amélioration lente des principaux indicateurs de santé du territoire

Dans l'Aisne, les taux de mortalités liés à la périnatalité ont évolué lentement ces dix dernières années, et restent légèrement plus élevés que la moyenne nationale, oscillant entre 11,5% et 12,5%.

Pour les acteurs du territoire, plus que la mise en place du réseau et du plan périnatalité 2005-2007, c'est la mise aux normes des maternités via les décrets périnatalité de 1998 (les professionnels rencontrés soulignent l'importance de ces décrets pour la mise aux normes du matériel, des effectifs et des pratiques), ainsi que les restructurations des établissements d'obstétriques au niveau régional qui ont réellement permis d'améliorer la sécurité de la prise en charge.

Les différentes mesures concernant la périnatalité sont également à mettre en parallèle avec le renforcement des actions de prévention, l'articulation des acteurs publics et privés via notamment les différentes rencontres organisées dans le cadre de la CRN et les liens professionnels tissés entre les établissements.

Le réseau, dans son programme de travail, s'inscrit dans la continuité de ces actions.

Question n°1.2 : La prise en charge des urgences obstétricales, notamment des hémorragies du post-partum, répond-elle aux recommandations existantes ? Les recommandations pour la pratique clinique (RPC) existant sur ce thème sont-elles connues et appliquées par les professionnels ?

Les protocoles de prises en charge des urgences obstétricales diffusés au niveau national (HAS et CNGOF 2006) sont connus et repris au niveau des établissements du territoire. Le CH de Laon a ainsi repris ses protocoles sur la base des protocoles édités par le Syngof.

Sur le thème des hémorragies du post-partum, des évaluations des pratiques professionnelles (EPP) et des enseignements post-universitaires (EPU) sont organisés à l'initiative du CHU d'Amiens : 3 EPU organisés sur le thème suite à la formalisation des recommandations HAS en 2007. Il s'agit cependant d'une démarche propre au service d'Amiens et il n'y a pas de réflexion particulière concernant ces problématiques au niveau régional, ni de suivi systématique des complications maternelles.

Q2- Le plan a-t-il permis d'améliorer l'humanité et la proximité de la prise en charge en périnatalité ?

Question n°2.1 : Le plan a-t-il permis de proposer aux couples des modes de prise en charge diversifiés, plus conformes à leurs attentes, incluant notamment un accompagnement et une prise en charge adaptés au déroulement des grossesses physiologiques ?

L'humanité et la proximité aux prises avec la fermeture des petites maternités du territoire

Département le moins peuplé de la région Picardie, l'Aisne se caractérise par une population encore très rurale : 40% de la population vit actuellement dans des communes rurales, qui représentent 80% de l'ensemble des communes. La densité de population est plus faible encore dans la Thiérache.

En ce qui concerne la dynamique démographique, le département de l'Aisne se signale par un important déficit migratoire. La classe d'âge quittant le plus le département est la population jeune (les 10-24 ans). Parallèlement, le nombre d'enfants par femme connaît une forte progression ces dernières années : entre 1999 et 2006 il est passé de 1,93 enfant à 2,11. Enfin, La proportion des mineures enceintes s'élève à 1,33% en moyenne dans l'Aisne (PMI 2007), contre 0,61% pour la moyenne nationale.

Dans ce contexte, la proximité de l'offre périnatale constitue un enjeu de premier plan sur le territoire. Elle se heurte cependant à la fermeture des petites

maternités de type I du territoire. Alors qu'en 1999 coexistaient trois maternités de type I sur le territoire de la Thiérache (deux dans le Nord-Est de l'Aisne, à Guise et Hirson et une dans le département du Nord, à Fourmies), depuis 2007, il n'y a plus que la maternité de Fourmies, à l'extérieur du département qui est encore en activité. En novembre 2006, la maternité d'Hirson a ainsi cessé de fonctionner pour des raisons de sécurité : avec l'arrêt des soins de chirurgie de l'hôpital, la maternité ne réunissait plus les conditions minimales de sécurité pour conserver une activité d'obstétrique.

Ces fermetures font que les femmes vivant en Thiérache ont désormais le choix d'accoucher soit à Fourmies (type I), à l'extérieur de la région, soit dans les maternités de Laon ou de Saint-Quentin (tous les deux de type II), situées à plus d'une heure de route. La question de la proximité se pose avec d'autant plus de force que la Thiérache se caractérise par un taux élevé de grossesses de femmes mineures et par une proportion importante de personnes ne disposant pas de moyens de transport.

Le maintien d'une activité de suites de couches au CPP d'Hirson

Pour maintenir un service de proximité, les deux maternités de Guise et d'Hirson ont été reconverties en CPP. Ces derniers assurent donc les consultations de suivi de grossesse et les suites de couches. S'agissant d'Hirson, depuis l'arrêt de fonctionnement de la maternité, une coopération a été mise en place avec le CH de Laon. Cette coopération se traduit notamment par la présence sur place une fois par semaine du chef de service de gynécologie obstétrique de Laon ainsi que la mise en place de gardes avec les gynécologues de Laon.

En plus de renforcer l'organisation des transferts et la qualité des consultations, ce système a permis de conserver un fort degré de proximité et d'humanité, en permettant notamment aux femmes d'accoucher à Laon et de sortir à J1 ou J2 pour terminer leur hospitalisation au CPP d'Hirson. En 2009 environ une centaine de femmes avait ainsi fait toute leur préparation auprès des sages-femmes d'Hirson, avait accouché à Laon et avait effectué leurs suites de couches à Hirson. Au printemps 2010 ce système est cependant amené à disparaître, la direction du CH de Laon ayant prévu de stopper l'activité de suites de couches du CP au bénéfice de la mise en place d'une HAD hospitalière.

Les attentes des couples portent davantage sur les aspects relationnels de la prise en charge que sur la mise en place de modes diversifiées de prise en charge

Bien que les établissements prennent davantage en compte la dimension physiologique de la naissance, ces derniers n'enregistrent cependant pas de demandes explicites de nouveaux modes de prise en charge. Le CH de Laon propose depuis longtemps des cours de préparation à la naissance (sophrologie, chant, haptonomie...). La maternité a également développé les accouchements dans différentes positions. Un projet de création d'une salle nature a aussi été présenté à la direction. Cet investissement fort des équipes autour d'une

approche moins médicalisée de l'accouchement a semble-t-il permis au CH de Laon de récupérer une partie du public destiné au CHU de Reims et préférant accoucher dans une maternité de taille plus modeste.

Pour les équipes d'obstétrique, la prise en compte de la dimension physiologique de la naissance passe davantage par une prise en charge humaine et personnalisée, faite d'information et le dialogue, que sur la mise en place de dispositifs innovants. A Laon comme à Hirson, l'accent est d'abord mis sur la relation avec la maman et sur le temps qui lui est consacré : depuis les renforcements des effectifs à Laon, aucun des deux établissements n'a de problème de places ni de personnel.

Cette approche semble rencontrer les attentes des femmes qui se portent davantage sur un besoin de confiance et de d'échange que sur de nouveaux modes d'accouchement : il y a par exemple un nombre très faibles de projets de naissances. Comme le soulignent les sages-femmes du CPP d'Hirson où, plus qu'ailleurs, la population qui consulte se trouve en situation de précarité, les femmes sans-abris, toxicomanes, sous méthadone ou battues par leurs maris, sont plus en demande de soutien psychologique que de séances de sophrologie. Enfin la taille réduite des équipes et les relations étroites avec les partenaires de ville et de PMI fait que le suivi global, sans être formalisé, existe de fait.

Question n°2.2 : Les réseaux de périnatalité ont-ils permis d'articuler l'intervention des différents acteurs autour des besoins des familles, en particulier avec les services de PMI et l'offre de soins ambulatoire, pour assurer une continuité de la prise en charge de proximité des mères et des enfants, en amont et en aval de la naissance ?

Une articulation ancienne avec les services de PMI qui devrait être renforcée par le réseau

Les services de PMI du département de l'Aisne sont historiquement bien organisés et les effectifs sont relativement étoffés : une centaine d'ETP au total dont 13 ETP médecins, 4 ETP sages-femmes, 13 ETP puéricultrices et 30 ETP infirmières.

Les relations entre les acteurs de PMI et les centres hospitaliers sont formalisées autour de plusieurs dispositifs. AU CH de Laon par exemple, une réunion anténatale est organisée tous les lundi en présence de la sage-femme de PMI et une réunion postnatale a lieu le jeudi avec la puéricultrice de PMI chargée des visites à domicile.

Le réseau régional de Picardie constitué officiellement en juin 2009, n'a pas encore permis de rendre effective l'articulation des différents acteurs et n'inclut pour l'instant que les établissements, membres de droit. Il a cependant été conçu comme ouvert à tous les acteurs de santé publics et privés, aux professionnels libéraux de la périnatalité, aux centres de PMI, aux associations professionnelles

et d'usagers. Si les modalités précises d'adhésion des membres au réseau régional sont en cours d'élaboration, la première journée régionale du réseau qui s'est tenue le 4 février 2010 à Saint Quentin a rassemblé 230 personnes venues de toute la région. Par ailleurs la mise en place du réseau a beaucoup mobilisé des acteurs de l'Aisne à travers la mission confiée à une pédiatre de l'hôpital de Péronne et une forte implication de la responsable de PMI de l'Aisne dans le groupe de travail consacré au développement de l'entretien prénatal précoce.

La mise en place devrait donc favoriser encore davantage les échanges entre les acteurs de l'Aisne et les acteurs de la région. La distance de et les résultats satisfaisants du réseau créé localement autour du CH Laon constituent toutefois des éléments à prendre en compte dans le potentiel des professionnels du territoire à s'impliquer dans le futur réseau.

Une pénurie de médecins et de sages-femmes libérales

L'articulation des différents acteurs de la périnatalité se heurte cependant à la démographie des professionnels libéraux présents sur le territoire. En 2006, le SROS 3 indiquait qu'avec 5,57 pédiatres pour 1 000 naissances, la pédiatrie picarde se situe au 18^e rang des régions françaises. Ce problème est encore renforcé dans l'Aisne qui compte la plus faible densité de sages-femmes de la région avec un peu moins de 19 sages-femmes pour 100 000 habitants. Une étude sur la démographie médicale réalisée par la DRASS en 2006 montrait enfin qu'il n'y avait que 2 sages-femmes libérales pour tout le département de l'Aisne et que leur âge moyen était de plus de 55 ans.

Question n°2.3 : L'écoute, l'information, la prise en charge et l'accompagnement des femmes enceintes et des couples ont-ils été pris en compte par les établissements de santé et les professionnels ?

Le carnet de santé, distribué par la PMI, n'est pas utilisé par les professionnels

Le carnet de santé maternité n'est pas distribué automatiquement aux femmes enceintes, les services départementaux de PMI l'éditent, le personnalisent et le distribuent aux établissements et aux professionnels de santé du territoire.

Au CH de Laon le carnet de santé n'est pas utilisé. Depuis une période récente, la maternité n'en commande plus au Conseil général car les professionnels, qui remplissent déjà un dossier informatique commun, ne le complètent pas et qu'environ 1 femme sur 10 le possède avec elle lors des consultations.

Au CPP d'Hirson, le carnet de santé maternité, s'il est davantage utilisé par les mamans, notamment pour les informations qu'il contient, n'est pas davantage utilisé par les professionnels qui partagent le dossier de la maternité de Laon.

Les responsables des services de PMI du département constate également que la partie information est sous utilisée par les futures mères car le carnet et est

concurrenté par plusieurs sources d'informations telles que le document édité par la CPAM de l'Aisne.

L'entretien prénatal précoce, une pratique acquise par les acteurs du territoire, en plein développement

Au CH de Laon, la moitié de l'effectif des sages-femmes, 6 au total, a été formée à l'entretien prénatal précoce. Ces formations ont été organisées en 2002, bien avant le plan et la mise en place d'un entretien au 4^{ème} mois figurait dans les objectifs du contrat de pôle mère enfant. Les formations ont donc été réalisées avant les recommandations du plan, via un organisme de formation spécialisé dans la formation des sages-femmes (ADCO).

La mise en place de l'entretien prénatal précoce s'est cependant concrétisé en 2006 : le CH de Laon a obtenu de l'ARH 7 800 € dans le cadre de la mise en œuvre du plan. Depuis, 161 EPP ont été réalisés en 2008 et 202 en 2009. Pour 2010, l'objectif visé les équipes de la maternité se situe autour de 250 EPP. De l'information est faite auprès des patientes et la maternité estime à environ un mois la liste d'attente pour les femmes. Par ailleurs, si l'entretien est systématiquement proposé aux femmes pendant le suivi de grossesse, de nombreuses femmes multipares ne sentent pas le besoin de l'effectuer.

L'entretien prénatal est également réalisé en dehors de l'hôpital, où les partenaires de ville, gynécologues et sages-femmes en réalisent une centaine environ par an.

A Hirson, la sage-femme de consultation a été formée à l'entretien prénatal précoce et le propose systématiquement à la dizaine de femmes suivies par mois. Pour le centre de proximité, la mise en place d'un tel entretien s'inscrit dans le droit fil des pratiques existantes bien avant le plan. Les sages-femmes du CPP indiquent en effet réaliser des entretiens de ce type depuis 1987 et soulignent avoir toujours pris le temps de réaliser

Pour les services de PMI, l'entretien prénatal précoce paraît également être une pratique « acquise » : en 2009, sur 1 431 consultations, 1 244 entretiens ont été réalisés et ont débouché sur 335 propositions d'accompagnement (psychologue, sevrage, relogement...). L'entretien prénatal est présenté par les acteurs de PMI comme intégré depuis longtemps à la culture professionnelle des services.

Un renforcement effectif des collaborations médico-psychologiques

Le CH de Laon a toujours eu l'habitude de travailler avec une psychologue présente sur l'hôpital (au sein du service de pédiatrie générale) mais depuis 2007 un psychologue à temps partiel intervient au sein même de la maternité. En 2007, le CH de Laon a en effet reçu 25,6 k€ (0,6 ETP psychologue) pour la mise en place d'une action en matière de parentalité.

Ce renfort est perçu comme un soutien important pour les équipes de sages-femmes. Les cas où la psychologue intervient le plus sont les suivants :

grossesses non désirées, abandons, traumatismes de fausses couches, dysfonctionnement maternel, angoisses de la mère, etc. La maternité de Laon a également été à l'origine de la création d'une unité PPH au sein du CAMSP où interviennent conjointement la psychologue et le psychomotricien.

A Hirson, il n'y a pas de psychologue : ce sont les sages-femmes de consultation qui assurent l'essentiel de la prise en charge psycho-sociale des patientes et qui, au besoin, orientent vers le psychologue de circonscription (PMI). Les services de PMI disposent en effet d'une équipe de psychologues, au nombre de 4. Cet effectif a été renforcé en 2002-2003 avant la mise en œuvre du plan.

Question n°2.4 : Le plan a-t-il permis de mieux intégrer les attentes des usagers dans le pilotage et la mise en œuvre de la politique de périnatalité, au niveau national et au niveau régional ?

Si à terme le réseau prévoit d'intégrer des usagers, pour l'instant il n'y a aucun représentant de ces derniers au sein des groupes thématiques constitués.

Les entretiens réalisés auprès des établissements n'ont pas mis en évidence la présence de représentants d'usagers au sein des maternités.

Q3- Le plan a-t-il permis de renforcer la prise en charge des femmes et des couples les plus en difficultés au regard de l'amélioration de leur accès aux droits, aux soins ?

Question n°3.1 : Le plan périnatalité a-t-il permis de mobiliser les ressources existantes, notamment dans les départements (services de protection maternelle et infantile) et les dispositifs spécifiques (comme les PRAPS, les PASS...) et de les adapter aux enjeux de la période périnatale ? Quelle appréciation peut-elle être portée à ce sujet ?

Un investissement déjà fort en matière de précarité que le plan est venu compléter

Les principaux indicateurs sociaux du département signalent un contexte difficile pour les enfants et leurs familles. Les bénéficiaires de minima sociaux représentent dans l'Aisne une part importante de la population, en comparaison avec la situation des autres départements de la région picarde ou de la France métropolitaine. Si le taux de RMI se situe à un niveau semblable à la moyenne française (32%, DREES 20066), et légèrement supérieur à la moyenne picarde (30%, DREES 2006) , la part des bénéficiaires de l'Allocation Parent Isolé (API), en revanche, se trouve à un niveau significativement plus élevé : elle s'élève, dans l'Aisne, à 19,7%, contre 16,6 au niveau de la région et 12,8 en France métropolitaine.

Il existe également un faible taux d'activité chez les parents de jeunes enfants : 43% des parents d'enfants de moins de 6 ans sont sans activité dans l'Aisne, soit

5 points de plus qu'en moyenne en Picardie. Le département se caractérise enfin par des taux élevés de grossesses adolescentes : la proportion des mineures enceintes s'élève ainsi à 1,33% en moyenne dans l'Aisne, contre 0,61 % pour la moyenne nationale

Entre 2004 et 2006, le nombre de visites à domicile des services de PMI a augmenté : visites prénatales, de consultations d'enfants de moins de six ans, bilans en écoles maternelle...En termes de résultats, il est à observer qu'entre 2004 et 2006, le nombre d'avis de grossesses a augmenté de manière significative sur le département (+22%), ce qui traduit, au-delà de la croissance démographique, une amélioration du taux de déclaration des grossesses. En revanche, le nombre des mineures enceintes, dont la baisse était un objectif du précédent schéma départemental, est resté relativement stable, en dépit des actions d'informations en collèges et lycées menées par les sages-femmes de PMI. Il faut noter enfin des disparités importantes entre territoires : si en moyenne 23% des femmes enceintes sont vues au moins une fois par les sages-femmes de la PMI, ce chiffre atteint plus de 33% en Thiérache où le suivi des mineures enceintes se situe également autour de 56% (la moyenne départementale s'établissant à 70%.)

Au niveau des établissements, enfin, plusieurs actions ont été mises en place pour accueillir les publics les plus en difficulté : une PASS existe au CH de Laon qui compte également la présence d'une assistante sociale intervenant sur demande à la maternité. L'établissement est également partenaire de l'opération Pièces Jaunes pour venir en aide aux mamans les plus en difficultés. Les faibles taux d'occupation de l'établissement permettent également aux personnels d'aider les mères en proposant des solutions d'hébergement à l'hôpital, au-delà du forfait couvert par la CMUC (12 jours).

A Hirson, où on compte environ un tiers de situations préoccupantes, des actions ont également été mises en place avec le réseau ELSA, l'équipe de liaison pour les soins en addictologie. Les deux établissements font également partie du réseau des maternités sans tabac.

Question n°3.2 : Des dispositifs innovants ont-ils été mis en place dans certaines régions dans le but de renforcer la vigilance en direction des femmes enceintes en situation de précarité (notamment les migrantes en situation irrégulière) ?

Aucun dispositif innovant n'a été identifié sur le territoire.

En revanche une enquête pilote sur la précarité devrait être menée à Péronne pour étudier le lien entre la précarité et les pratiques d'allaitement et un groupement CAMSP, PMI et CPAM a également mené une expérimentation sur les femmes de 16-20 ans primipares bénéficiaires de la CMUC.

Q4- Le plan a-t-il permis de renforcer et d'articuler les interventions des différents acteurs ?

Question n°4.1 : Le plan a-t-il amélioré les articulations nationales /régionales/départementales, tout particulièrement avec les services de protection maternelle et infantile ?

Face au contexte socio-économique et démographique du territoire, le service de PMI du département est depuis longtemps un acteur-clé du dispositif de prévention dans la mesure où elle organise un accompagnement précoce des familles sur le plan médical, social et psychologique. A travers ses schémas pluriannuels sur la protection maternelle et infantile, le département cible une série d'actions menées dans les Circonscriptions de Prévention et d'Action Sociale (CiPAS) en matière de protection périnatale.

Il s'agit notamment de renforcer le fonctionnement des centres de planification en relation avec les hôpitaux du territoire (Laon, Soissons, Chauny, Hirson...), d'encourager les conventions avec les associations d'aide aux familles en partenariat avec la CAF et la MSA, de soutenir la parentalité à travers le réseau REAAP (Réseau d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents) mis en place en 1999 et qui finance et labellise les actions de soutien à la parentalité portées par le centres sociaux ou encore de maintenir la politique d'aide à l'hébergement des femmes enceintes (90 places étant disponibles dans le département).

Les mesures prévues par le plan sont donc davantage venues renforcer les actions et les collaborations existantes. Des outils comme l'entretien prénatal précoce ou la mise en réseau des acteurs de la périnatalité (organisation de staffs, réunions thématiques) ont été intégrés aux leviers d'action existants. Ils ont notamment contribué améliorer la qualité de l'information et à augmenter la cohérence du dispositif départemental de repérage des situations à risque : en 2006, 2,3% des avis de grossesse en 2006 ont ainsi fait l'objet d'une information préoccupante - soit 159 femmes.

Question n°4.2 : Le plan a-t-il permis d'impulser une dynamique locale (au niveau départemental et au niveau régional) en améliorant la cohérence entre les différents acteurs et entre les différentes démarches ?

Information non pertinente au niveau local

Question n°4.3 : Quelle analyse de l'articulation et de la complémentarité du PRSP et du SROS est-il possible de faire ?

Information non pertinente au niveau local

Q5- Le plan a -t-il permis de rendre le système d'information périnatal plus performant au niveau national, au niveau régional et au niveau départemental ?

Question 5.1 : Les recommandations émises par Euro-peristat concernant le recueil des indicateurs incontournables ont-elles pu être suivies ?

Information non pertinente au niveau local

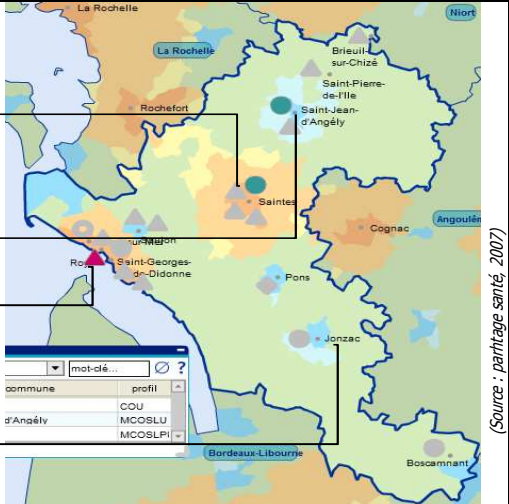
Question n°5.2 : Les nouvelles dispositions relatives aux premiers certificats de santé ont-elles permis une meilleure connaissance territoriale de l'état de santé des nouveau-nés ?

Les certificats de naissance du 8^e jour sont perçus comme indispensable pour les acteurs de PMI. Leur collecte et leur exploitation donne lieu à la publication chaque année dans rapport, « Naître dans l'Aisne ». La PMI mène également un travail en réseau avec l'OR2S de Picardie pour analyser ces données au niveau régional. Le tout permet de fournir une meilleure vision du territoire.

3 Poitou-Charentes

3.1 Territoire de santé de Saintes (département de la Charente-Maritime)

Contexte	
Contexte démographique, socio-économique et sanitaire	<p>Le territoire de santé de Saintes correspond à un peu plus de la moitié sud du département de Charente-Maritime, à l'exception de quelques cantons rattachés au territoire de santé d'Angoulême.</p> <p>Le département de Charente-Maritime compte 605 410 habitants (INSEE 2007) et présente une densité démographique : 88 hab. /km² (2007, INSEE).</p> <p>Le département comptabilise environ 6 0000 naissances annuelles (18 000 dans toute la Région).</p> <p>Le niveau de précarité départemental est proche des moyennes régionale et nationale, avec un taux de bénéficiaires du RMI de 3,2 % (CNAF-MSA 2008) et un taux de CMUC de 6,1% (INSEE 2006).</p> <p>Les taux de mortalité liés à la périnatalité sont supérieurs à la moyenne de Poitou-Charentes, mais restent légèrement inférieurs aux taux français : la mortalité infantile est de 3‰, la mortalité néonatale de 1,2‰. Le taux de mortalité périnatale est de 10‰ et le taux de mortinatalité de 9,1‰ (INSEE 2005), très proches de la moyenne nationale.</p> <p>Le taux de césarienne des établissements de la région est de 17,9% des accouchements, inférieur au taux national.</p>
Offre de soins	<p>Établissements : La répartition départementale des plateaux techniques est plutôt équilibrée et complétée par la mise en place des CPP pour les prises en charges et amont et en aval de la naissance.</p> <p>3 établissements publics : CH Saintonge à Saintes type IIb (1 400 naissances), CH de Saint Jean d'Angely type I (450 naissances), CPP à Jonzac (ex-maternité de type I).</p> <p>1 établissement privé : Clinique Pasteur de Royan type I (650 naissances).</p>

	<div data-bbox="512 262 1460 763" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>1 Maternité type IIb</p> <ul style="list-style-type: none"> • CH de Saintes 1 400 naissances <hr/> <p>2 Maternité type I</p> <ul style="list-style-type: none"> • CH de St Jean d'Angely 480 naissances • Clinique Pasteur de Royan 650 naissances <hr/> <p>1 CPP</p> <ul style="list-style-type: none"> • CPP de Jonzac (ex-maternité de type I) </div>  <p><i>(Source : partage santé, 2007)</i></p> <p>Libéraux : la densité de médecins généralistes libéraux et mixtes (126/10 000 hab.) est supérieure à la moyenne nationale, contrairement à la densité de spécialistes (73/10 000 hab.), inférieure au niveau national. La densité de sages-femmes libérales, de l'ordre de 22/100.000 femmes de 15 à 49 ans, est également égale à la moyenne nationale.</p> <p>PMI : les services de PMI de Charente-Maritime sont basés à La Rochelle ; ils sont présents sur tout le territoire. Les services comprennent 106 personnes au total, dont 16 médecins généralistes et spécialistes, 12 sages-femmes, 13 psychologues, et des conseillères conjugales.</p> <p>Réseau : la région Poitou-Charentes compte un réseau régional (RPPC), qui existe depuis 2002 et regroupe près de 400 professionnels (soit plus de 40% 950 professionnels de santé concernés par la périnatalité dans la région), dont 57% de libéraux. Il inclut également des établissements médico-sociaux et des structures associatives. Son budget annuel est de l'ordre de 250K€, financés au titre du FIQCS et incluant une partie des coûts de l'équipe (1 coordinatrice, 1,6 ETP secrétaire, 0,2 ETP sage-femme et 0,2 ETP pédiatre épidémiologiste). Outre le RPPC, la région compte quatre réseaux locaux, dont un au niveau du territoire de santé de Saintes.</p>
<p>Stratégie régionale / départementale</p>	<p>Le volet périnatalité du SROS fixe les grandes orientations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluation des maternités selon l'activité, la qualité du service rendu et les moyens disponibles ▪ Soutien au réseau régional de santé périnatale ▪ Développement des CPP ▪ Mise en place d'alternatives à l'hospitalisation (hors HAD) ▪ PMA / IVG ▪ Bilan des collaborations médico-psychologiques en périnatalité <p>Les différents partenaires institutionnels (ARH, DRASS, CG, etc.) se réunissent régulièrement pour évoquer leur politique et leurs</p>

actions...mais au sein de deux instances, la CRN, présidée par un professeur du CHU de Poitiers, et particulièrement active depuis 2007, et le Réseau RPPC.

Dans son axe « Bien grandir », le PRSP ne mentionne pas les enjeux relatifs à la périnatalité.

Dans le PRAPS 2009 de la région Poitou-Charentes, les enjeux liés à la périnatalité ne sont pas abordés de façon spécifique. Ils sont en revanche pris en compte dans les recommandations relatives à la prise en compte des inégalités sociales de santé dès la petite enfance et visent à :

- Mieux repérer les grossesses au niveau des lieux d'accueil potentiels des femmes en situation de vulnérabilité ;
- Améliorer la coordination interinstitutionnelle afin, notamment de contribuer à globaliser en un seul document les informations adressées aux femmes, une fois la grossesse déclarée ;
- Contribuer à optimiser l'accompagnement social, éducatif et médico-social pour préparer l'arrivée du jeune enfant.

Eléments de réponse aux questions évaluatives

Q1- Le plan a-t-il permis d'améliorer la sécurité et la qualité de la prise en charge en périnatalité ?

Question n°1.1 : Les réseaux de périnatalité, tout en tenant compte de leur hétérogénéité, ont-ils permis d'améliorer la prise en charge des femmes et des nouveau-nés, notamment par des orientations et des transferts adaptés à leur situation et leur garantissant une sécurité accrue ?

Sur le territoire de santé de Charente-Maritime cohabitent deux réseaux de santé périnatale : le réseau régional mis en place en 2002 et le réseau local constitué autour de la maternité de Saintes en 2008 sur la base du volontariat pour une meilleure prise en charge du patient et ayant comme soutien et référence les recommandations du Réseau Régional

Un réseau régional de santé périnatale mis en place dès 2002 et qui a développé de nombreuses actions dans le cadre du plan périnatalité

Le réseau périnatal Poitou-Charentes (RPPC) a été constitué en 2002, mais a connu une montée en charge importante à partir de 2005 et la mise en œuvre du plan. En 2008, les principales actions ont été les suivantes :

- Amélioration des pratiques : élaboration et mise en place du schéma d'organisation régional de la pratique de l'entretien prénatal précoce, séminaires de formation ; organisation de différents groupes de travail ou réunions thématiques (troubles de l'oralité, prévention de la plagiocéphalie chez le nouveau-né, accueil et accompagnement des parents en unité de néonatalogie...);
- Mise en lien des professionnels : 2 journées annuelles du réseau, 1 journée inter-réseaux en néonatalogie ; réunions des bureaux scientifiques régional et inter-réseaux (Poitou-Charentes, Bourgogne et Franche-Comté),
- Études et enquêtes : étude sur la prise en charge du suivi neurologique à 1 et 2 ans des grands prématurés en Poitou-Charentes, enquête de morbidité maternelle ;
- Mise en place d'outils permettant un suivi d'activité (fiche transferts, fiche décès périnatal) et constitution d'un tableau de bord régional.

Le budget alloué par l'URCAM et l'ARH de Poitou-Charentes au RPPC est de l'ordre de 226 000 €. Le RPPC emploie une coordinatrice et une assistante de gestion à temps plein et 0,2 ETP de pédiatre épidémiologiste. Le RPPC présente aussi la particularité de travailler en inter-réseau avec le réseau de la région Bourgogne : 0,2 ETP sont partagés entre les deux réseaux. Parallèlement les

membres du réseau entretiennent des relations fortes avec le réseau de la région Centre.

Il s'agit d'un réseau transversal et pluridisciplinaire : les trois champs d'activités (salariés, libéraux, institutionnels) et l'ensemble des catégories professionnelles (sages-femmes, gynéco-obstétriciens, pédiatres, psychologues, kinésithérapeutes, infirmières et puéricultrices) y sont représentés.

Il se caractérise enfin par une forte implication des structures privées (le président du réseau appartient à une maternité privée de Poitiers) ainsi que des professionnels libéraux : près d'un quart des adhérents, 109 au total, sont des professionnels libéraux et les sages-femmes libérales du territoire sont particulièrement investies dans les groupes de travail, sur l'annonce du handicap notamment.

Un réseau local constitué depuis 2008 autour de la maternité de Saintes (type IIb)

Localement, un réseau de proximité a été constitué en 2008 à l'initiative du CH de Saintonge à Saintes. Il s'agit du second réseau de ce type dans la région (un autre réseau existe au nord des Deux-Sèvres). Ce réseau relie les établissements de proximité, les professionnels libéraux et les acteurs de PMI locaux ; il n'est pas aussi formalisé que le réseau régional et se matérialise par un échange facilité d'informations et l'organisation fréquentes de rencontres.

En 2010, il implique 50 personnes et intervient sur des thèmes variés en pédiatrie comme en obstétrique. Des formations sont également proposées aux sages-femmes et aux médecins (notamment acupuncture, médecine douce). Le réseau ne procède pas à un suivi des transferts ni des indicateurs de santé périnatale, il s'agit avant tout d'un réseau de coordination et d'échange interprofessionnels, non financé.

Enfin, le réseau local est totalement inclus au sein du réseau régional et les actions régionales et locales sont complémentaires. Le réseau local a vocation à être le support du réseau régional au niveau du territoire.

Une amélioration continue des taux de mortalité liés à la périnatalité au niveau régional

Concernant les taux de mortalité liés à la périnatalité, le territoire a enregistré une baisse significative du taux de mortalité néonatale infantile, passé de 4,2‰ à 2,9‰ en 3 ans. Des résultats proches ont été enregistrés pour le taux de mortalité périnatale qui est passé de 9,9 ‰ à 9,4‰ en deux ans, ce qui reste encore inférieure à la moyenne nationale. Le réseau a également réalisé un important d'identification des taux de mortalité périnatale par établissements et par causes des décès.

Les principales données d'activité médicale disponibles au sein du réseau concernent la grande prématurité (22 SA à 32 SA) et portent sur la mortalité, la distribution du poids de naissance et de l'âge gestationnel, le taux de grossesses

multiples et la distribution de l'âge maternel. Le taux de mortalité infantile pour les grands prématurés mesuré au sein du réseau est de 10,4% et le taux de mortalité néonatale de 8,5%. Sur le territoire, la proportion d'enfants prématurés, 6,1% en 2004 (ORS), se situe dans la moyenne régionale et en dessous de la moyenne nationale (7,2%). En dehors de ces chiffres, l'évolution du contexte de santé périnatal n'est pas suivie au niveau infra régional par les deux réseaux.

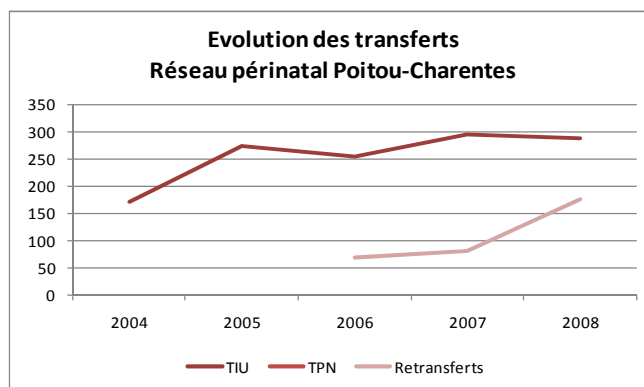
L'amélioration des transferts et la prise en charge de la prématurité comme axe fort du développement du réseau

Afin de faire remonter l'information concernant les transferts, le réseau a désigné dans chaque établissement une personne référente chargée de recenser le nombre d'enfants nés prématurément, le nombre de transferts, le taux de césariennes ainsi que le taux de mortalité périnatale.

En matière de transferts, la région enregistre chaque année entre 250 et 300 transferts in utero (TIU). Ce nombre relativement élevé de transferts s'explique en partie par la présence dans la région d'un seul établissement de type III, lequel n'est pas situé dans le bassin principal de population. Il est important de préciser qu'il n'existe pas, en Poitou-Charentes, de SAMU pédiatrique ni de cellule d'orientation des transferts périnataux. Malgré cela, le nombre de refus de transferts pour manque de place a baissé de moitié entre 2008 (60 cas) et 2009 (30 cas) et les établissements du réseau ont progressivement augmenté le nombre de TIU depuis 2004. Au CHU de Poitiers, la part des TIU, stable depuis 2004, représentait environ 27% des naissances en 2009.

Si le taux de transferts post-nataux est resté stable ces dernières années, compris en 80 et 90 par an, ce taux a connu une augmentation importante en 2009 avec près de 175 TPN pour un nombre d'accouchement stable. Cette augmentation reste encore inexplicée et une réflexion doit être prochainement menée au sein du réseau pour en identifier les facteurs responsables : augmentation des accouchements inopinés, plus grande fréquence de grossesses gémellaires, croissance des PMA...

Le nombre de retransferts est quant à lui en nette augmentation sur la période récente, les maternités de niveau II et III renvoyant plus facilement les mamans et les nouveau-nés vers leurs maternités d'origine.



Au-delà de la reprise du protocole transfert déjà existant et des indicateurs qu'il collecte sur les transferts, le réseau n'est pas directement impliqué dans l'orientation et la gestion des transferts.

Il faut noter enfin que la montée en puissance du réseau s'est accompagnée d'une baisse du taux de fuite, qui est aujourd'hui de moins de 5% contre 7,4% en 2008 (ARH 2008).

Pour les grands prématurés le réseau estime à 35% la part des transferts *in born*. La répartition des naissances prématurées par type de maternité n'est quant à elle pas suivie par le réseau régional.

Le suivi des indicateurs constitue une voie d'amélioration prioritaire pour le réseau. Cela vaut en particulier pour les indicateurs relatifs aux pratiques de chaque établissement telles que le taux de césariennes (déclenchées et programmées), qui pourrait être mis en parallèle avec le taux de grossesse pathologiques des établissements. Si le taux de césariennes pratiquées dans la région a diminué depuis 2004 et est inférieur à la moyenne nationale (17,9%), il présente de grandes disparités entre les établissements (dans certains établissements le taux est supérieur à 25%).

Enfin, au niveau des établissements du territoire étudié, le CH de Saintes est une maternité de type 2B, au cœur du dispositif de mise aux normes des différents niveaux de maternités. L'hôpital possède le seul service néonatal sur le territoire régional, outre celui de Poitiers.

Les transferts vers des niveaux plus adaptés font déjà partie des pratiques, ils se mettent en place sans grandes difficultés. Des conventions avec les établissements de transfert ont été formalisées.

La majorité de ces transferts au départ de la maternité de Saintes sont réalisés avec le CHU de Poitiers. En revanche, les transferts liés aux pathologies les plus lourdes se font vers Bordeaux (1/4) et Poitiers (3/4). L'existence d'une cellule téléphonique à Bordeaux pour gérer les transferts *in-utero* est citée comme un élément facilitant les échanges entre les deux établissements.

Par ailleurs, le CH de Saintes reçoit de nombreux transferts des maternités de type I du territoire : Royan, Saint Jean d'Angely...Il joue rôle de « point de passage » entre les types I et le CHU de Poitiers, seul type III de la région, ce qui présente des difficultés dans la mesure où le protocole des transferts interdit les doubles transferts.

Enfin, l'absence de SAMU pédiatrique au sein de la maternité cause de grosses difficultés pour les équipes de Saintes, dépendantes du SAMU de Poitiers, qui par exemple est amené à prendre en charge les nouveau-nés de Royan pour les transférer à Saintes. La création d'un SAMU pédiatrique au CH de Saintes figure cependant dans le volet réanimation pédiatrique du SROS 3 actualisé.

Question n°1.2 : La prise en charge des urgences obstétricales, notamment des hémorragies du post-partum, répond-elle aux recommandations existantes ?

Les recommandations pour la pratique clinique (RPC) existant sur ce thème sont-elles connues et appliquées par les professionnels ?

Au niveau régional le réseau n'a pas édité de protocole concernant les hémorragies du post-partum. Les cas de complications maternelles, rares, ne sont pas suivis et analysés dans le cadre du réseau. L'Observatoire des décès recense systématiquement les cas de morts maternels.

Des revues de mortalité/morbidité sont organisées périodiquement, elles réunissent les professionnels des différents établissements de la région. Les équipes des maternités du territoire de Saintes y participent. Ces dernières sont satisfaites et indiquent que ce type de revues devrait être organisé plus régulièrement.

Q2- Le plan a-t-il permis d'améliorer l'humanité et la proximité de la prise en charge en périnatalité ?

Question n°2.1 : Le plan a-t-il permis de proposer aux couples des modes de prise en charge diversifiés, plus conformes à leurs attentes, incluant notamment un accompagnement et une prise en charge adaptés au déroulement des grossesses physiologiques ?

Au sein des établissements étudiés, des actions ont été entreprises pour améliorer la prise en charge du couple mère-enfant et l'adapter aux attentes des couples. La maternité de Saintes a ainsi mis en place une unité kangourou comportant 4 lits mères-enfants. Les sages-femmes de consultation proposent également différents modes de préparation à la naissance : homéopathie, haptonomie, aromathérapie...Au CH de St Jean d'Angely, cela s'est également traduit par une diversification de l'offre de préparation à la naissance : la maternité organise davantage de séances de préparation à la piscine et a développé l'acupuncture.

Le bilan de la mise en place de ces dispositifs/méthodes est cependant mitigé pour les établissements qui estiment que l'offre de prise en charge plus physiologique reste supérieure à la demande. Les patientes rencontrées à Saintes (focus group du 21 janvier 2010) n'ont pas souligné avoir de véritables attentes concernant des modes d'accoucher plus doux : une seule participante et pour son troisième enfant).

Question n°2.2 : Les réseaux de périnatalité ont-ils permis d'articuler l'intervention des différents acteurs autour des besoins des familles, en particulier avec les services de PMI et l'offre de soins ambulatoire, pour assurer une continuité de la prise en charge de proximité des mères et des enfants, en amont et en aval de la naissance ?

Le réseau régional n'a pas mis en place d'outil particulier permettant de mieux coordonner l'intervention des acteurs mais organise des rencontres fréquentes entre les professionnels. La fluidité de l'information s'est globalement améliorée entre établissements, comme en témoigne la participation des différents professionnels aux groupes de travail du réseau.

Au niveau local, des fiches liaison existent entre les services départementaux de PMI et les établissements. Ces fiches prénatales et postnatales permettent d'échanger avec les maternités.

Le réseau local a surtout contribué à renforcer les relations déjà fortes entre les acteurs de PMI et les structures du territoire. Par sa structuration forte et ses effectifs étoffés, le service PMI du Conseil général de Charente-Maritime est en effet un acteur central de la périnatalité sur le territoire. Depuis longtemps des staffs sont organisés avec la maternité de Saintes, en ante comme en post natal. Plus généralement les responsables de PMI inscrivent leur action à l'interface (« faire du lien ») entre la maternité et la vie quotidienne des femmes : elles procèdent ainsi à un accompagnement fort des mères à travers le suivi des échographies, les bilans sanguins...Les acteurs de PMI, et notamment les assistantes sociales intégrées au service collaborent également de manière régulière avec les équipes de la PASS du CH de Saintes.

Enfin, le réseau local s'est inspiré de l'initiative du réseau régional et a décidé d'éditer un guide-annuaire au niveau départemental.

Question n°2.3 : L'écoute, l'information, la prise en charge et l'accompagnement des femmes enceintes et des couples ont-ils été pris en compte par les établissements de santé et les professionnels ?

Le carnet de santé maternité est envoyé systématiquement par les services de PMI du département lors des déclarations de grossesse transmises par la CAF. L'utilisation du carnet est cependant aléatoire sur le territoire. Il est peu ou pas utilisé par les professionnels du CH de Saintes qui disposent déjà de leur propre dossier (Audipog) ou dialoguent directement par courrier et/ou par téléphone et pour lesquels le carnet n'est pas considéré comme un « outil de travail ». Il est cependant davantage utilisé au CPP de Jonzac (par le médecin gynécologue intervenant à mi-temps au CPP) ainsi que par les sages-femmes de PMI qui le remplissent et le considèrent comme un outil de liaison (différent cependant des fiches de liaison).

Qu'il soit utilisé ou pas, l'outil apparaît utile concernant l'information apportée aux femmes. La plupart des femmes rencontrées le connaissent et indiquent apprécier son contenu.

L'entretien prénatal précoce a été mis en place via le réseau régional qui a joué un rôle actif dans sa formalisation et sa diffusion : cahier des charges, formation, sensibilisation, distribution de guides d'entretiens. Au niveau régional environ 50 % des sages-femmes ont été formées. Pourtant au sein du CH de Saintes, la mise en place de l'EPP est antérieure aux actions entreprises par le réseau : plusieurs sages-femmes ont en effet été formées dès 2006 par un organisme de formation spécialisé (ADCO) ; trois autres sages-femmes ont ensuite suivi les formations proposées par le réseau.

L'entretien précoce se généralise progressivement dans les établissements du territoire où il est systématiquement proposé : au CH de Saint Jean d'Angely, 2 sages-femmes réalisent des consultations et, après une montée en charge progressive depuis 2003, 250 entretiens sont réalisés chaque année depuis 2005, sur les 480 naissances annuelles. Les services de PMI se sont également approprié cet entretien qu'elles considèrent comme « inscrits dans leurs pratiques ».

En matière de collaborations médico-psychologiques, les établissements étudiés rencontrent des difficultés pour travailler de façon régulière avec les équipes de psychologues dans la mesure où ils n'ont pas ou peu de personnel dédié. Contrairement à Poitiers (où cet enjeu est par ailleurs peut-être plus saillant), la mise en place de solutions de substitution (vacations, temps partiel...) est plus compliquée. Au CH de Saintes, le recours aux infirmières psychiatriques est davantage perçu comme « un filtre » plutôt que comme une voie à explorer. Les établissements n'ont par ailleurs pas bénéficié des solutions offertes par le réseau régional (formations) et les partenariats avec les services de la PMI.

La PMI de Charente-Maritime possède en revanche une large compétence en matière de prise en charge psycho-sociale des patientes et plusieurs psychologues des services de PMI du département accompagnent les mères après leur accouchement (80% de l'action des services PMI du département se déroulant en post natal).

Question n°2.4 : Le plan a-t-il permis de mieux intégrer les attentes des usagers dans le pilotage et la mise en œuvre de la politique de périnatalité, au niveau national et au niveau régional ?

Les décisions prises sur la période récente tendent cependant à mieux prendre en compte leurs attentes notamment à travers la mise en place de groupes usagers, en projet au sein du réseau.

Au niveau des établissements en revanche, les entretiens réalisés n'ont pas mis en évidence la présence de représentants d'usagers au sein de la maternité.

Q3- Le plan a-t-il permis de renforcer la prise en charge des femmes et des couples les plus en difficultés au regard de l'amélioration de leur accès aux droits, aux soins ?

Question n°3.1 : Le plan périnatalité a-t-il permis de mobiliser les ressources existantes, notamment dans les départements (services de protection maternelle et infantile) et les dispositifs spécifiques (comme les PRAPS, les PASS...) et de les adapter aux enjeux de la période périnatale ? Quelle appréciation peut-elle être portée à ce sujet ?

Les indicateurs relatifs au contexte socio-économique du territoire se situent dans la moyenne régionale, soit légèrement au dessus de la situation nationale. Le niveau de précarité départemental est en effet proche des moyennes régionales et nationale, avec un taux de bénéficiaires du RMI de 3,2 % (CNAF-MSA 2008) et un taux de CMUC de 6,1% (INSEE 2006).

Dès lors, la prise en charge des personnes en difficulté lors de la période périnatale ne constitue pas un axe prioritaire de l'intervention sanitaire et sociale sur le territoire. Les différents documents institutionnels de santé (SROS, PRSP, PRAPS) n'abordent pas la question.

Dans les établissements, des dispositifs ont cependant été mis en place pour répondre aux problématiques liées à la précarité et à la vulnérabilité : Une consultation PASS pour la prise en charge des personnes en situation de précarité existe au CH de Saintes, même si cette dernière n'est pas spécifiquement consacrée aux consultations de gynécologie. De même la maternité de Saintes organise des staffs médico-sociaux qui rassemblent les équipes d'obstétrique, les assistantes sociales de l'hôpital et les professionnels de la PMI autour des dossiers les plus sensibles.

Schématiquement, les cas les plus sensibles portent sur la prise en charge des femmes isolées et des femmes toxicomanes. Pour les premières, le choix a été fait de maintenir une activité de consultation (sous la forme d'un CPP ouvert tous les jours) et à Jonzac lors de la fermeture, en 2000 de la maternité. Les équipes du CPP ont également développé des visites à domicile à destination notamment des personnes ne disposant pas de moyens de locomotion. Pour les cas d'addictions, le CH de Saintes travaille depuis plusieurs années avec Synergie 17, le centre départemental d'accueil et de soins spécialisés pour les toxicomanes et leur famille. Synergie possède plusieurs antennes sur le territoire et mènent deux grands types d'action : la participation à la formation des sages-femmes dans le cadre du réseau local et du réseau régional, d'une part, et l'accompagnement psycho-social des femmes toxicomanes, d'autre part.

Parallèlement, les services de PMI du département de Charente-Maritime prennent en charge des femmes enceintes en situation précaire : chômage, errance, toxicomanie, pathologies psychiatriques, mineurs...Bien qu'ils soient

disponibles pour l'ensemble des publics, les acteurs de PMI du département jouent un rôle moteur dans la prise en charge et l'accompagnement des publics les plus en difficulté : ils organisent ainsi des rencontres entre les professionnels une fois par mois pour débattre sur la prise en charge des cas en situation de précarité (traitement au cas par cas).

Les professionnels ne constatent pas forcément une amélioration du repérage et de la prise en charge de ces populations dans la mesure où des dispositifs de prise en charge des cas les plus sensibles existaient déjà mais un travail accru avec les services de PMI et un véritable partage d'expérience ont été réalisés.

Le point de vue des professionnels sanitaires et du domaine social quant à l'amélioration du repérage et de la prise en charge des populations en situation de précarité est positif mais préexistant au plan.

Question n°3.2 : Des dispositifs innovants ont-ils été mis en place dans certaines régions dans le but de renforcer la vigilance en direction des femmes enceintes en situation de précarité (notamment les migrantes en situation irrégulière) ?

Aucun dispositif innovant n'a été identifié sur le territoire

Q4- Le plan a-t-il permis de renforcer et d'articuler les interventions des différents acteurs ?

Question n°4.1 : Le plan a-t-il amélioré les articulations nationales /régionales/départementales, tout particulièrement avec les services de protection maternelle et infantile ?

Le rôle de la PMI dans la mise en œuvre du plan est clairement intégré par les acteurs que ce soit au niveau des établissements qu'au niveau du réseau. Si le réseau régional a passé une convention avec les services de la PMI de la Vienne, ce type de partenariats formalisés devrait être étendu à l'ensemble des services départementaux de PMI de la région.

Il a également développé des fiches de liaisons. La PMI participe par ailleurs à des staffs de parentalité. L'enjeu est désormais de faire travailler ensemble les différents services de PMI de la région, fédérés autour du réseau régional.

Question n°4.2 : Le plan a-t-il permis d'impulser une dynamique locale (au niveau départemental et au niveau régional) en améliorant la cohérence entre les différents acteurs et entre les différentes démarches ?

Non pertinent au niveau local

Question n°4.3 : Quelle analyse de l'articulation et de la complémentarité du PRSP et du SROS est-il possible de faire ?

Non pertinent au niveau local

Q5- Le plan a-t-il permis de rendre le système d'information périnatal plus performant au niveau national, au niveau régional et au niveau départemental ?

Question 5.1 : Les recommandations émises par Euro-peristat concernant le recueil des indicateurs incontournables ont-elles pu être suivies ?

Non pertinent au niveau local

Question n°5.2 : Les nouvelles dispositions relatives aux premiers certificats de santé ont-elles permis une meilleure connaissance territoriale de l'état de santé des nouveau-nés ?

Le CG17 bénéficie d'un niveau très satisfaisant de retour des CS8. Ces derniers ont exploités par le service PMI au sein d'un rapport annuel édité plus largement par le département.

Toutefois, les règles de saisie n'étant pas harmonisées dans les départements, les données transmises restent éparses et hétérogènes, et difficiles à agréger au niveau régional (l'ORS de Poitou-Charentes n'ayant pas accès aux données des différents départements).

3.2 Territoire de santé de Poitiers (département de la Vienne)

Contexte	
Contexte démographique, socio-économique et sanitaire	<p>Le territoire de santé de Poitiers correspond quasiment au département de la Vienne.</p> <p>La population de la Vienne est de 421 891 habitants (INSEE 2007) et la densité de 60 hab. /km² (INSEE 2007). Le contexte démographique et socio-économique est plus favorable que dans les autres départements de la région (Nord Charente, Deux-Sèvres).</p> <p>Le département enregistre 4 700 naissances par an (18 000 dans toute la Région).</p> <p>Il s'agit d'un territoire semi-rural : 39% population vit en milieu rural en Poitou-Charentes ; avec toutefois une ville-centre, Poitiers, dont l'aire urbaine concentre 53% de la population départementale.</p> <p>Le niveau de précarité du département correspond à la moyenne nationale, avec des taux de 3,3 % de bénéficiaires du RMI (CNAF-MSA 2008) et de 6 % de bénéficiaires de la CMUC.</p> <p>Les taux de mortalité liés à la périnatalité sont supérieurs à la moyenne de Poitou-Charentes, mais restent légèrement inférieurs aux taux français : la mortalité infantile est de 3,8‰, la mortalité néonatale de 2,1‰. Le taux de mortalité périnatale est de 9‰ et le taux de mortinatalité de 7,6‰ (INSEE 2005).</p> <p>Le taux de césarienne des établissements du territoire est de 17,9% des accouchements, inférieur au taux national.</p>
Offre de soins	<p>Établissements</p> <p>4 établissements publics : CHU de Poitiers, type III (2565 naissances en 2008, en augmentation sur les dernières années) ; CH de Châtelleraut, type I (1260 naissances en 2008, en augmentation considérable depuis 2005 - 803 naissances, en partie liée à la fermeture de la Clinique Sainte Anne de type I, en 2007) ; CPP de Montmorillon et de Loudun, rattachés aux CH locaux (ex-maternités de type I)</p> <p>1 établissement privé : Clinique du Fief de Grimoire à Poitiers de type IIa (1321 naissances en 2008, un nombre relativement stable)</p> <p>Le taux de fuite du territoire en obstétrique est de 7,4% (PARHTAGE 2008).</p>

	<p>1 Maternité type III CHU Poitiers 2 500 naissances</p> <hr/> <p>1 Maternité type IIa Clinique Fief de Grimoire 1 350 naissance</p> <hr/> <p>1 Maternité type I CH Châtelleraut 1 250 naissances</p> <hr/> <p>2 CPP CPP Loudun CPP Montmorillon</p>	
<p>Stratégie régionale /</p>	<p>Le volet périnatalité du SROS fixe les grandes orientations suivantes :</p>	

Libéraux : la densité de médecins généralistes libéraux et mixtes (114/10 000 hab.) est proche de la moyenne nationale, contrairement à la densité de spécialistes (67/10 000 hab.), très inférieure au niveau national. La densité de sages-femmes libérales, de l'ordre de 17/100.000 femmes de 15 à 49 ans, est également inférieure à la moyenne nationale.

PMI : le service de PMI de la Vienne compte 7 médecins et 5 sages-femmes. Historiquement le service PMI du CG86 est l'un des plus faiblement dotés. Mais depuis 2005, un plan de développement a été lancé et un schéma de la petite enfance vient d'être adopté. Il y a eu également des recrutements (2 sages-femmes).

Réseau : la région Poitou-Charentes compte un réseau régional (RPPC), qui existe depuis 2002 et regroupe près de 400 professionnels (soit plus de 40% 950 professionnels de santé concernés par la périnatalité dans la région), dont 57% de libéraux. Il inclut également des établissements médico-sociaux et des structures associatives. Son budget annuel est de l'ordre de 250K€, financés au titre du FIQCS et incluant une partie des coûts de l'équipe (1 coordinatrice, 1,6 ETP secrétaire, 0,2 ETP sage-femme et 0,2 ETP pédiatre épidémiologiste). Outre le RPPC, la région compte quatre réseaux locaux, dont un au niveau du territoire de santé de Poitiers.

Autres acteurs du territoire : existence d'un ASV à Poitiers, plusieurs associations intervenant dans le champ périnatal (ex : association Cécile et Marianne à Poitiers).

<p>départementale</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluation des maternités selon l'activité, la qualité du service rendu et les moyens disponibles ▪ Soutien au réseau régional de santé périnatale ▪ Développement des CPP ▪ Mise en place d'alternatives à l'hospitalisation (hors HAD) ▪ PMA / IVG ▪ Bilan des collaborations médico-psychologiques en périnatalité <p>Les différents partenaires institutionnels (ARH, DRASS, CG, etc.) se réunissent régulièrement pour évoquer leur politique et leurs actions...mais au sein de deux instances, la CRN, présidée par un professeur du CHU de Poitiers, et particulièrement active depuis 2007, et le Réseau RPPC.</p> <p>Dans son axe « Bien grandir », le PRSP ne mentionne pas les enjeux relatifs à la périnatalité.</p> <p>Dans le PRAPS 2009 de la région Poitou-Charentes, les enjeux liés à la périnatalité ne sont pas abordés de façon spécifique. Ils sont en revanche pris en compte dans les recommandations relatives à la prise en compte des inégalités sociales de santé dès la petite enfance et visent à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mieux repérer les grossesses au niveau des lieux d'accueil potentiels des femmes en situation de vulnérabilité ; - Améliorer la coordination interinstitutionnelle afin, notamment de contribuer à globaliser en un seul document les informations adressées aux femmes, une fois la grossesse déclarée ; - Contribuer à optimiser l'accompagnement social, éducatif et médico-social pour préparer l'arrivée du jeune enfant.
------------------------------	--

Éléments de réponse aux questions évaluatives

Q1- Le plan a-t-il permis d'améliorer la sécurité et la qualité de la prise en charge en périnatalité ?

Question n°1.1 : Les réseaux de périnatalité, tout en tenant compte de leur hétérogénéité, ont-ils permis d'améliorer la prise en charge des femmes et des nouveau-nés, notamment par des orientations et des transferts adaptés à leur situation et leur garantissant une sécurité accrue ?

Un réseau régional de santé périnatale mis en place dès 2002 et qui a développé de nombreuses actions dans le cadre du plan périnatalité

Le réseau périnatal Poitou-Charentes (RPPC) a été constitué en 2002, mais a connu une montée en charge importante à partir de 2005 et la mise en œuvre du plan. En 2008, les principales actions ont été les suivantes :

- Amélioration des pratiques : élaboration et mise en place du schéma d'organisation régional de la pratique de l'entretien prénatal précoce, séminaires de formation ; organisation de différents groupes de travail ou réunions thématiques (troubles de l'oralité, prévention de la plagiocéphalie chez le nouveau-né, accueil et accompagnement des parents en unité de néonatalogie...) ;
- Mise en lien des professionnels : 2 journées annuelles du réseau, 1 journée inter-réseaux en néonatalogie ; réunions des bureaux scientifiques régional et inter-réseaux (Poitou-Charentes, Bourgogne et Franche-Comté),
- Etudes et enquêtes : étude sur la prise en charge du suivi neurologique à 1 et 2 ans des grands prématurés en Poitou-Charentes, enquête de morbidité maternelle ;
- Mise en place d'outils permettant un suivi d'activité (fiche transferts, fiche décès périnatal) et constitution d'un tableau de bord régional.

Le budget alloué par l'URCAM et l'ARH de Poitou-Charentes au RPPC est de l'ordre de 226 000 €. Le RPPC emploie une coordinatrice et une assistante de gestion à temps plein et 0,2 ETP de pédiatre épidémiologiste. Le RPPC présente aussi la particularité de travailler en inter-réseau avec le réseau de la région Bourgogne : 0,2 ETP sont partagés entre les deux réseaux. Parallèlement les membres du réseau entretiennent des relations fortes avec le réseau de la région Centre.

Il s'agit d'un réseau transversal et pluridisciplinaire : les trois champs d'activités (saliés, libéraux, institutionnels) et l'ensemble des catégories professionnelles (sages-femmes, gynéco-obstétriciens, pédiatres, psychologues, kinésithérapeute) y sont représentés. Il se caractérise enfin par une forte implication des

structures privées (le président du réseau appartient à une maternité privée de Poitiers) ainsi que des professionnels libéraux : près d'un quart des adhérents, 109 au total, sont des professionnels libéraux et les sages-femmes libérales du territoire sont particulièrement investies dans les groupes de travail, sur l'annonce du handicap notamment.

Une amélioration continue des taux de mortalité liés à la périnatalité

Concernant les taux de mortalité liés à la périnatalité, le territoire a enregistré une baisse significative du taux de mortalité néonatale infantile, passé de 4,2‰ à 2,9‰ en 3 ans. Des résultats proches ont été enregistrés pour le taux de mortalité périnatale qui est passé de 9,9 ‰ à 9,4‰ en deux ans, ce qui reste encore inférieure à la moyenne nationale. Le réseau a également réalisé un important d'identification des taux de mortalité périnatale par établissements et par causes des décès.

Les principales données d'activité médicale disponibles au sein du réseau concernent la grande prématurité (22 SA à 32 SA) et portent sur la mortalité, la distribution du poids de naissance et de l'âge gestationnel, le taux de grossesses multiples et la distribution de l'âge maternel. Le taux de mortalité infantile pour les grands prématurés mesuré au sein du réseau est de 10,4% et le taux de mortalité néonatale de 8,5%.

L'amélioration des transferts et la prise en charge de la prématurité comme axe fort du développement du réseau

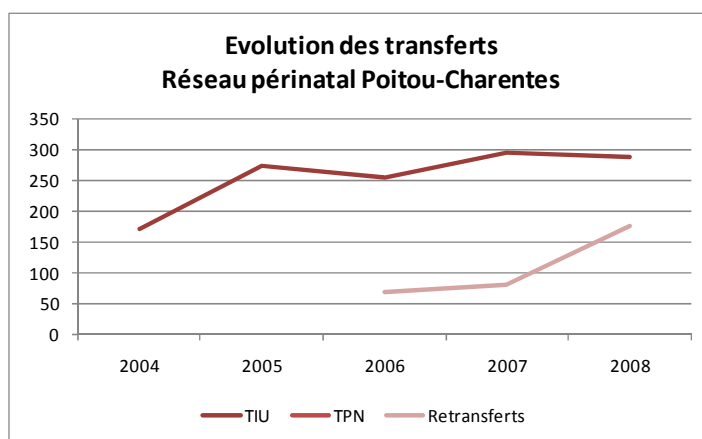
Afin de faire remonter l'information concernant les transferts, le réseau a désigné dans chaque établissement une personne référente chargée de recenser le nombre d'enfants nés prématurément, le nombre de transferts, le taux de césariennes ainsi que le taux de mortalité périnatale.

En matière de transferts, la région enregistre chaque année entre 250 et 300 transferts in utero (TIU). Ce nombre relativement élevé de transferts s'explique en partie par la présence dans la région d'un seul établissement de type III, lequel n'est pas situé dans le bassin principal de population. Il est important de préciser qu'il n'existe pas, en Poitou-Charentes, de SAMU pédiatrique ni de cellule d'orientation des transferts périnataux. Malgré cela, le nombre de refus de transferts pour manque de place a baissé de moitié entre 2008 (60 cas) et 2009 (30 cas) et les établissements du réseau ont progressivement augmenté le nombre de TIU progressivement depuis 2004. Au CHU de Poitiers, la part des TIU, stable depuis 2006, représente environ 27% des naissances en 2009.

Si Le taux de transferts post-nataux est resté stable ces dernières années, compris en 80 et 90 par an, ce taux a connu une augmentation importante en 2009 avec près de 175 TPN pour un nombre d'accouchement stable. Cette augmentation reste encore inexplicée et une réflexion doit être prochainement menée au sein du réseau pour en identifier les facteurs responsables : augmentation des

accouchements inopinés, plus grande fréquence de grossesses gémellaires, croissance des PMA...

Le nombre de retransferts est quant à lui en nette augmentation sur la période récente, les maternités de niveau II et III renvoyant plus facilement les mamans et les nouveau-nés vers leurs maternités d'origine.



Au-delà de la reprise du protocole transfert déjà existant et des indicateurs qu'il collecte sur les transferts, le réseau n'est pas directement impliqué dans l'orientation et la gestion des transferts.

Il faut noter enfin que la montée en puissance du réseau s'est accompagnée d'une baisse du taux de fuite, qui est aujourd'hui de moins de 5% contre 7,4% en 2008 (ARH 2008).

Pour les grands prématurés le réseau estime à 35% la part des transferts *in born*. La répartition des naissances prématurées par type de maternité n'est quant à elle pas suivie par le réseau régional.

Le suivi des indicateurs constitue une voie d'amélioration prioritaire pour le réseau. Cela vaut en particulier pour les indicateurs relatifs aux pratiques de chaque établissement telles que le taux de césariennes (déclenchées et programmées), qui pourrait être mis en parallèle avec le taux de grossesse pathologiques des établissements. Si le taux de césariennes pratiquées dans la région a diminué depuis 2004 et est inférieur à la moyenne nationale (17,9%), il présente de grandes disparités entre les établissements qu'un travail approfondi pourrait mettre en évidence.

Enfin, au niveau des établissements étudiés, le plan n'a pas entraîné de recrutements particuliers, les mises aux normes ayant été effectués lors du plan précédent. Par ailleurs, l'obtention de moyens supplémentaires, quand elle a eu lieu, n'est été directement liée à la mise en œuvre du Plan. Le CHU de Poitiers a ainsi vu ses effectifs renforcés par l'arrivée de 2 ETP de sages-femmes obtenus

dans le cadre du contrat de pôle. La maternité de Châtellerault a quant à elle connu une réorganisation de ses effectifs davantage liées à la fermeture de la maternité privée et à la mise en place d'une fédération inter-hospitalière avec le CHU de Poitiers.

Question n°1.2 : La prise en charge des urgences obstétricales, notamment des hémorragies du post-partum, répond-elle aux recommandations existantes ? Les recommandations pour la pratique clinique (RPC) existant sur ce thème sont-elles connues et appliquées par les professionnels ?

Les protocoles de prises en charge des urgences obstétricales diffusés au niveau national (HAS et CNGOF 2006) sont connus et repris au niveau des établissements du territoire, notamment au CHU de Poitiers où des protocoles ont été actualisés suite aux recommandations de la HAS.

Le réseau favorise ensuite l'échange entre professionnels sur ces questions et encourage l'organisation de RMM : plusieurs revues ont ainsi été organisées depuis 2005 et le réseau réfléchit à la mise en place un recueil des pratiques.

En complément, à l'initiative du bureau scientifique du réseau et des professionnels du CHU, des réunions sont ponctuellement organisées au sein des établissements de la région pour traiter les dossiers sensibles et mettre en place des solutions.

Pour autant, la diffusion de ces recommandations s'avère cependant limitée dans les établissements du territoire et la contribution du bureau scientifique apparaît de toute façon restreinte : pour certains professionnels, le bureau scientifique du réseau n'a en effet pas vocation à devenir une autorité de production de protocoles au même titre que des instances nationales comme la HAS.

Q2- Le plan a-t-il permis d'améliorer l'humanité et la proximité de la prise en charge en périnatalité ?

Question n°2.1 : Le plan a-t-il permis de proposer aux couples des modes de prise en charge diversifiés, plus conformes à leurs attentes, incluant notamment un accompagnement et une prise en charge adaptés au déroulement des grossesses physiologiques ?

La connaissance des attentes des couples s'est globalement améliorée sans que l'on puisse pour autant attribuer cette évolution à une mesure particulière du plan.

Avant même la mise en œuvre du plan, des réflexions et des discussions sont été engagées pour répondre aux attentes des couples. Ces réflexions ont eu lieu au niveau des personnels de sages-femmes et se sont concrétisées travers le développement de techniques de prise en charge moins médicalisées et plus

personnalisées. Le CHU de Poitiers a ainsi investi dans une baignoire, a mis en place des méthodes utilisant les ballons et plusieurs sages-femmes ont suivi des formations sur les positions d'accouchement selon les méthodes de Bernadette De Gasquet.

Au niveau des pratiques, les équipes de CHU ne perfusent plus systématiquement et ne proposent plus d'épisiotomie aux patientes. Sur le secteur des suites de couches, la maternité de Poitiers propose depuis 2007 une prise en charge globalisée de la femme et de l'enfant. Le système mis en place consiste à proposer aux mères une prise en charge complète et personnalisée réalisée par une seule et même axillaire de puériculture.

A Châtelleraut, petite maternité de type I, l'équipe de soignants a fait de la prise en charge personnalisée de la mère et de l'enfant sa marque de fabrique en proposant notamment des méthodes d'accouchement plus respectueuses de la physiologie : travail sur les positions, méthodes diversifiées (acupuncture, sophrologie...), libre choix de la mère, etc. Dans la structure privée du territoire, la mise en place d'approches moins médicalisées paraît en revanche plus limitée : absence d'unité kangourou, faible taux d'allaitement à la sortie et l'entretien prénatal précoce n'a pas été mise en place.

Pourtant, les attentes des patientes du territoire paraissent importantes. Les patientes rencontrées à Poitiers (réunion du 19 janvier 2010), suivies pour la plupart par des sages-femmes libérales, apparaissent comme des « usagères averties » ayant défini un projet de naissance bien ciblé que les équipes médicales parviennent avec plus ou moins de succès à respecter.

La classification des maternités n'est pas intégrée dans les attentes des femmes et la proximité reste le critère de choix privilégié

Il n'y a pas de prise en compte des attentes pour l'orientation et il reste difficile pour une patiente d'intégrer une structure en dehors des critères de sécurité définis préalablement (ex : CHU < 32 SA). Certaines femmes, une minorité cependant, connaissent la classification des maternités par type, mais cela n'intervient pas dans leur choix, sauf pour celles qui privilégient une prise en charge au CHU selon la formule « qui peut le plus peut le moins ». Les transferts sont mal connus des patientes qui privilégient la proximité et la catégorie dans le choix de maternité. Les patientes rencontrées ont cependant, pour la plupart, pu aller dans la structure de leur choix.

L'offre de proximité sur le territoire est incarnée par la coexistence sur le territoire d'une petite maternité de type I et deux CPP, tous les trois articulés au CHU de Poitiers. La maternité de type I fonctionne avec le CHU de Poitiers à travers la mise en place d'une fédération inter-hospitalière : cette organisation tout en répondant aux besoins de proximité (dans une zone rurale située à 40 kilomètres au Nord de Poitiers) permet également d'anticiper les cas de grossesses pathologiques et de diversifier les modes de prise en charge pour les

femmes du territoire souhaitant accoucher dans un établissement de taille plus modeste.

En matière de suite de couches enfin, les retours précoces sont accompagnés par les libéraux ou, en leur absence, par un HAD mais cette dernière, non explicitement souhaitée dans le SROS, a été mis en place de manière dérogatoire sur le territoire : réservée à certaines zones géographiques et dans le cas du post partum uniquement.

Question n°2.2 : Les réseaux de périnatalité ont-ils permis d'articuler l'intervention des différents acteurs autour des besoins des familles, en particulier avec les services de PMI et l'offre de soins ambulatoire, pour assurer une continuité de la prise en charge de proximité des mères et des enfants, en amont et en aval de la naissance ?

Le RPPC n'a pas mis en place d'outil particulier permettant de mieux coordonner l'intervention des acteurs mais organise des rencontres fréquentes entre les professionnels. Malgré cela, la fluidité de l'information s'est globalement améliorée entre établissements, comme en témoigne la participation des différents professionnels aux groupes de travail du réseau. La coordination des acteurs reste cependant très dépendante des relations interpersonnelles et de l'antériorité des coopérations professionnelles. Certaines initiatives locales, comme la mise en place par le CH Châtelleraut d'un dossier informatique partagé avec un réseau de gynécologues de ville, toute comme la présence importante des libéraux au sein du réseau, contribuent à faciliter les échanges ville-hôpital.

En outre, le réseau se caractérise par le partenariat exceptionnel qui a été signé avec le service de PMI de la Vienne. Il doit permettre entre autre d'améliorer le suivi des populations en difficulté et de mieux positionner les sages-femmes de PMI dans le suivi post-natal.

Les usagers sont globalement satisfaits de la continuité et de la proximité. Pour certaines patientes la rupture n'est pas tant entre les différents professionnels rencontrés lors de la grossesse et de l'accouchement qu'entre les structures privées et publiques et surtout entre le suivi prénatal et post-natal.

Question n°2.3 : L'écoute, l'information, la prise en charge et l'accompagnement des femmes enceintes et des couples ont-ils été pris en compte par les établissements de santé et les professionnels ?

Le nouveau de carnet de santé maternité est connu mais peu ou pas utilisé

Le nouveau carnet de santé maternité est connu de l'ensemble des professionnels rencontrés. Si la DRASS soutient sa diffusion et son utilisation, il est avant tout considéré comme un outil d'information à destination des femmes qui l'utilisent de façon aléatoire : les équipes du CHU constate que dans plus de la moitié des cas les femmes ne l'ont pas sur elles lors des consultations.

S'agissant des professionnels de santé, publics comme privés, le dossier est très peu ou pas utilisé car perçu par la plupart d'entre eux comme « redondant » par rapport aux autres dossiers (AUDIPOG). Les équipes du CPP l'utilisent davantage, favorisant les photocopies et les courriers pour faire les liaisons avec les maternités du territoire.

Aucune réflexion n'est menée au niveau régional sur la mise en place d'un dossier informatique partagé mais il existe de fortes attentes au niveau des acteurs et des initiatives sont menées au niveau local (CH Châtellerauld avec les gynécologues de ville).

Malgré un effort important du réseau, l'entretien prénatal précoce est peu diffusé

L'entretien prénatal précoce a été mis en place en 2007 via le réseau régional qui a mené un travail important : plus de la moitié des sages-femmes du territoire, salariées et libérales, ont été formées (formations pluridisciplinaires avec l'intervention de F.Molénat), et une vaste campagne de sensibilisation / communication a été organisée.

Malgré cela, l'entretien précoce est très peu ou pas utilisé dans les établissements du territoire : en 2009, 5 entretiens avaient été réalisés au CHU de Poitiers et dans la maternité de Châtellerauld, l'entretien n'a pas été mis en place. Au CPP de Loudun, l'entretien prénatal semble être une pratique plus courante puisque, proposé à toutes les femmes enceintes, il est parfois même réitéré.

Les facteurs identifiés pour expliquer la faible diffusion de l'entretien prénatal précoce dans les maternités sont le manque d'effectifs (0,2 ETP pour le CHU) et l'inadéquation de la consultation (4e mois) qui fait que certaines femmes « échappent » de toute façon à cette consultation. Par ailleurs, dans la région, l'EPP est perçu comme l'outil privilégié des sages-femmes libérales, des CPP et des sages-femmes de la PMI que des établissements où le temps qui lui doit être consacré est davantage « perçu » comme un luxe par le personnel hospitalier. Mais même pour les services de PMI du département, le nombre d'entretiens précoces reste modeste : entre 150 et 200 entretiens réalisés en 2009.

Par ailleurs, l'EPP sert beaucoup plus d'accompagnement que de « dépistage » : les cas les plus sensibles sont en effet soit déjà suivis par les services de PMI soit échappent à l'entretien précoce.

Les formations sur cet entretien ont en revanche contribué à une meilleure orientation des femmes et ont amorcé une mutualisation des bonnes pratiques sur le dépistage et la prise en charge des patientes en situation de précarité ou de vulnérabilité.

Des difficultés persistent pour travailler de façon régulière avec les équipes de psychologues

En ce qui concerne les collaborations médico-psychologiques, les équipes des établissements rencontrés éprouvent des difficultés pour travailler de façon régulière avec les équipes de psychologues : peu ou pas de personnel dédié, une pénurie de professionnels mais de véritables besoins. Dans le cadre du plan, le CHU de Poitiers a obtenu 0,5 ETP de psychologue mais ce renfort apparaissant insuffisant pour répondre aux besoins, la maternité a demandé un complément à la direction de l'hôpital.

Des solutions sont trouvées au cas par cas en fonction des possibilités offertes par l'établissement : création d'une unité « mère-bébé » au CHU avec l'intervention de pédopsychiatres sur demandes, vacations/temps partiel, staffs de parentalités organisés chaque semaine... Le recours aux infirmières psychiatriques est également mentionné comme une voie à explorer.

Les formations organisées par le réseau régional et le partenariat avec les services de la PMI (qui proposent des consultations conjointes médecins-psychologues) visent également à renforcer la prise en compte de la dimension psychologique.

Au total, le plan s'il n'a pas permis de renforcer de façon effective la présence des psychologues au sein des maternités a eu, en revanche, pour effet de générer une prise de conscience des enjeux liés à l'environnement psychologique de la naissance. Cette thématique a d'ailleurs été déclarée axe de travail prioritaire par la CRN et la DRASS en 2009.

Question n°2.4 : Le plan a-t-il permis de mieux intégrer les attentes des usagers dans le pilotage et la mise en œuvre de la politique de périnatalité, au niveau national et au niveau régional ?

Le réseau RPPC ne compte pas d'adhérents « usagers » mais souhaite cependant inclure des patients dans les groupes de travail thématiques. Une réflexion est engagée pour mobiliser des citoyens « ordinaires » dans les travaux du réseau.

Les entretiens réalisés auprès des établissements n'ont pas mis en évidence la présence de représentants d'usagers au sein des maternités.

Les usagers sont en revanche représentés dans les groupes de travail de la CRN.

Q3- Le plan a-t-il permis de renforcer la prise en charge des femmes et des couples les plus en difficultés au regard de l'amélioration de leur accès aux droits, aux soins ?

Question n°3.1 : Le plan périnatalité a-t-il permis de mobiliser les ressources existantes, notamment dans les départements (services de protection maternelle et infantile) et les dispositifs spécifiques (comme les PRAPS, les PASS...) et de les adapter aux enjeux de la période périnatale ? Quelle appréciation peut-elle être portée à ce sujet ?

La prise en charge des personnes en difficulté lors de la période périnatale ne constitue pas un axe prioritaire de l'intervention sanitaire et sociale

Dans le département de la Vienne, la situation socio-économique de la population se situe globalement dans la moyenne nationale. La prise en charge des publics en situation de précarité lors de la période périnatale ne constitue pas un thème central pour les acteurs du territoire intervenant dans le domaine sanitaire et social. Dans les établissements, les cas les plus sensibles portent schématiquement sur la prise en charge des femmes migrantes (une communauté guinéenne) dans les aires urbaines et sur les personnes isolées en milieu rural. Le département enregistre des taux de grossesses précoces et de grossesses non désirées relativement faibles (chiffres à confirmer par le réseau). Y compris pour les services de PMI du Conseil général, les enjeux de la précarité reliés à la période périnatale n'apparaissent pas au premier plan.

Des PASS classiques pour la prise en charge des personnes en situation de précarité sont mises en place dans les principaux établissements : notamment au CH Châtelleraut et au CHU de Poitiers. Ces PASS ne comptent en revanche pas de consultations spécifiques de gynécologie, car le nombre des effectifs ne permet pas la multiplication des services. Les établissements ont également recours au secteur associatif pour la prise en charge de publics étrangers : l'association Cécile et Marianne travaille ainsi en partenariat avec le CHU pour la prise en charge des publics précaires.

Un atelier santé-ville (ASV) a été mis en place à Poitiers en novembre 2008, pris en charge par le CCAS de Poitiers et couvrant 4 quartiers prioritaires du CUS dont 2 ZUS. L'identification de 4 thèmes principaux de préoccupation (santé mentale et addictions, équilibre et hygiène alimentaire, accès aux droits et aux soins, «mieux vivre ensemble») dans une approche large, ne comporte pas de préoccupation spécifiquement liée à la prise en charge périnatale. .

Dans ce contexte, les professionnels ne constatent pas forcément une amélioration du repérage et de la prise en charge de ces populations dans la mesure où des dispositifs de prise en charge des cas les plus sensibles existaient

déjà et que ce type précis de problématiques reste, quantitativement, limité sur le territoire.

Question n°3.2 : Des dispositifs innovants ont-ils été mis en place dans certaines régions dans le but de renforcer la vigilance en direction des femmes enceintes en situation de précarité (notamment les migrantes en situation irrégulière) ?

Aucun dispositif innovant n'a été identifié sur le territoire

Q4- Le plan a-t-il permis de renforcer et d'articuler les interventions des différents acteurs ?

Question n°4.1 : Le plan a-t-il amélioré les articulations nationales /régionales/départementales, tout particulièrement avec les services de protection maternelle et infantile ?

Le rôle des services de PMI dans la mise en œuvre du plan est clairement intégré par les acteurs que ce soit au niveau des établissements qu'au niveau du réseau. Le RPPC a passé une convention avec les services de PMI de la Vienne. Il a également développé des fiches de liaisons-type.

La PMI participe par ailleurs à des staffs de parentalité. L'enjeu est désormais de faire travailler ensemble les différents services de PMI de la région, fédérés autour du réseau régional.

Question n°4.2 : Le plan a-t-il permis d'impulser une dynamique locale (au niveau départemental et au niveau régional) en améliorant la cohérence entre les différents acteurs et entre les différentes démarches ?

Information non pertinente au niveau local

Question n°4.3 : Quelle analyse de l'articulation et de la complémentarité du PRSP et du SROS est-il possible de faire ?

Information non pertinente au niveau local

Q5- Le plan a -t-il permis de rendre le système d'information périnatal plus performant au niveau national, au niveau régional et au niveau départemental ?

Question 5.1 : Les recommandations émises par Euro-peristat concernant le recueil des indicateurs incontournables ont-elles pu être suivies ?

Non pertinent au niveau local

Question n°5.2 : Les nouvelles dispositions relatives aux premiers certificats de santé ont-elles permis une meilleure connaissance territoriale de l'état de santé des nouveau-nés ?

Les CS 8 sont complétés et les taux de retours sont satisfaisants, mais la collecte, le traitement et l'exploitation demanderaient des moyens supplémentaires. Les règles de saisie n'ont pas été harmonisées dans les départements et le système de remontée des certificats de santé du 8^e jour n'a pas été particulièrement amélioré. Les données transmises restent par conséquent éparses et hétérogènes.

Les données sont insuffisamment mises à la disposition des chercheurs et des organismes intéressés : données non transférées à l'ORS et pas exploitées par le réseau ou la CRN.

Il n'y a pas d'enquête périodique de réalisée auprès des jeunes mères sauf l'enquête usagère de la DREES ou les enquêtes de satisfaction des usagères dans les établissements.

4 Rhône-Alpes

4.1 Territoire de santé de Lyon Est (département du Rhône)

Contexte	
<p>Contexte démographique, socio-économique et sanitaire</p>	<p>Le territoire de Lyon Est couvre l'est du département du Rhône et le Nord de l'Isère. Il s'agit d'un territoire très dense : environ 800 000 hab. en 1999, et dont la population augmente en moyenne de 1% à 5% chaque année. Le Nord de l'Isère étant davantage tourné vers Lyon que vers Grenoble, le département de référence sera ici le Rhône.</p> <p>Le département compte 1 700 000 hab., dont 70% environ dans la communauté urbaine de Lyon (INSEE 2007), pour une densité de 514 hab. / km². La population est globalement plus jeune et plus féconde que la moyenne nationale (14.5 ‰ en 2007, source ARH) et plus de 25 000 naissances sont domiciliées dans le Rhône chaque année.</p> <p>Le taux de pauvreté du département (10,6%) est légèrement plus faible que la moyenne nationale, de même que le taux de bénéficiaires du RMI (2,6%). Le taux de bénéficiaire de la CMUC est de 6.29% (INSEE 2007).</p> <p>Les taux de mortalité liés à la périnatalité sont plutôt favorables sur le département et sont inférieurs à la moyenne nationale : les taux de mortalité infantile et néonatale du Rhône (3,6‰ et 2,4‰) sont proches de la moyenne nationale, mais supérieurs à la moyenne régionale. Les taux de mortalité périnatale (8,3‰) et de mortinatalité (6,9‰) sont inférieurs aux taux régionaux (9,3‰ et 8‰) et nationaux (10,8‰ et 9,1‰) (INSEE 2005).</p> <p>Le taux de césarienne des établissements du réseau est de 20%.</p>
<p>Offre de soins</p>	<p>Etablissements : le territoire compte 7 maternités en 2010, dont un seul de type III (Hôpital Femme Mère Enfant - HFME), un de type II (Clinique Natecia) et 5 de type I. Des regroupements et des fermetures intervenus ces dernières années ont réduit le nombre de maternités.</p> <p>2 établissements publics : HFME à Lyon et Centre hospitalier Pierre Oudot à Bourgoin-Jallieu</p> <p>5 établissements privés : Clinique Natecia à Lyon, Clinique de l'Union (Vaulx en Velin), Clinique du Tonkin (Villeurbanne), Clinique Saint Vincent de Paul (Bourgoin-Jallieu) et groupe</p>

	<p>hospitalier mutualiste « Les portes du Sud » (Vénissieux). En 2007, les établissements regroupaient 354 lits d'obstétrique, pour environ 15 000 naissances par an. Le taux de fuite du territoire est de 51% en obstétrique (le territoire n'inclut qu'une partie de la Ville de Lyon)</p> <p>Libéraux : la densité de professionnels libéraux dans le département du Rhône est supérieure à la moyenne nationale notamment pour les médecins (125 spécialistes libéraux et mixtes et 112 généralistes pour 10 000 hab. ; 25 sages-femmes libérales pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans), ce qui ne reflète pas la situation de la région. (DREES 2009)</p> <p>PMI : le service de PMI du département du Rhône est attaché à la direction santé publique et protection maternelle et infantile. Il est composé de 203 infirmières et auxiliaires de puériculture, 83 médecins, 23 sages-femmes.</p> <p>Autres acteurs : il existe 6 Ateliers Santé Ville sur le territoire (Bron, Lyon - 3^{ème} et 8^{ème} arr., Saint-Priest, Vaulx-en-Velin, Vénissieux, Villeurbanne), dont les ambitions sont d'agir sur la proximité et la précarité.</p> <p>Réseau : le réseau Aurore s'est constitué en 2002. Il couvre la moitié du territoire rhônalpin, soit 35 établissements et 1 100 professionnels hospitaliers. Il intègre également des professionnels du secteur libéral de ville (218 professionnels de santé), des services de PMI, des associations (y compris d'usagers) et des structures médico-sociales (15 structures adhérentes).</p> <p>Le réseau est financé annuellement à hauteur de 100 335€ par l'ARH, en tant que réseau inter-hospitalier, et à hauteur de 205 799€ par les fonds FIQCS et DRDR. De plus, il bénéficie ponctuellement de revenus complémentaires (12 000€ en 2007, pour l'organisation de sessions de formation). 30% de ce budget financent le fonctionnement, dont 3,5 ETP de la coordination (1 ETP sage-femme, 2 ETP secrétariat et 0,5 ETP pédiatre). 9% des dépenses couvrent divers soins dont notamment la prise en charge du déplacement des patientes en cas de transfert du nouveau-né. Le reste des financements couvre les formations, l'indemnisation des professionnels participants, l'évaluation externe et les frais logistiques.</p>
--	--

Éléments de réponse aux questions évaluatives

Q1- Le plan a-t-il permis d'améliorer la sécurité et la qualité de la prise en charge en périnatalité ?

Question n°1.1 : Les réseaux de périnatalité, tout en tenant compte de leur hétérogénéité, ont-ils permis d'améliorer la prise en charge des femmes et des nouveau-nés, notamment par des orientations et des transferts adaptés à leur situation et leur garantissant une sécurité accrue ?

Le réseau Aurore s'est d'abord constitué dans une démarche inter-hospitalière, visant à organiser les relations entre les maternités des différents niveaux. Dès 2005, il s'est ouvert aux autres professionnels : de ville et de PMI.

Le premier rôle du réseau, souligné par les professionnels, est la rédaction et la diffusion de protocoles, créés, adaptés ou actualisés par le réseau. Ceux-ci sont discutés en commissions, puis envoyés dans chaque maternité du territoire, en version information et en version papier (69 protocoles entre 2003 et 2008). Les protocoles sont également à disposition sur le site Internet du réseau.

Par ailleurs, le réseau met en place quatre fois par an des revues de morbidité et de mortalité, permettant d'échanger entre professionnels sur l'évitabilité des cas survenus. Tous les cas de morts sont étudiés, tandis que les cas graves sont discutés sur la base du volontariat (2 fois par an). Suite à ces réunions, des recommandations sont rédigées et les comptes rendus annotés sont envoyés aux maternités concernées. On constate depuis 2005 une réduction des prises en charge non adaptées (de 13% en 2005 à 10,8% en 2008), mais celle-ci est peu significative, ce qui dénote un impact limité des revues de morbidité et mortalité, pourtant accompagnées de recommandations individualisées².

Les professionnels apprécient de pouvoir échanger sur leurs pratiques, ce qui permet à la fois de les rassurer sur leurs façons de faire et de les remettre en question, par la discussion.

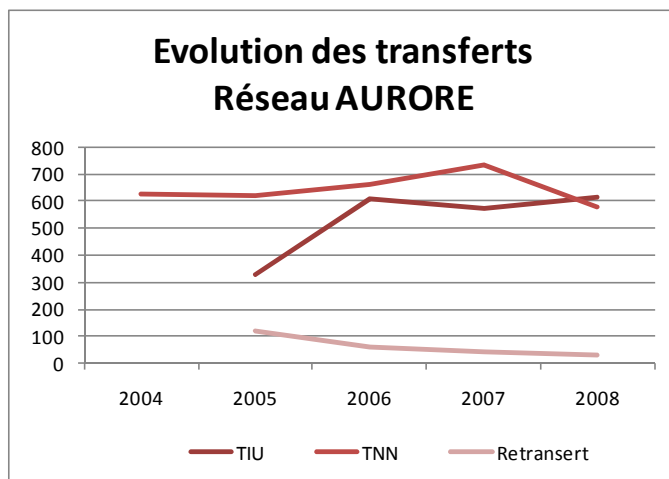
Le réseau Aurore pilote plusieurs études autour de la morbidité en maternité : étude Strepto B en 2004 et en 2009, étude PITHAGORE (hémorragies de la délivrance, cf. infra) en 2004 et 2005, étude OPERA (évaluation des pratiques professionnelles, notamment la sensibilisation des équipes obstétricales à la gestion des risques) en 2008. Mais également des études sur les sorties précoces, les souffrances neurologiques des nouveau-nés transférés, l'opportunité de l'hospitalisation à domicile en pré-partum, et la pratique des césariennes.

² CARRABIN N., HUISSOUD C., DUPONT C., et al. Impact des revues de morbidité-mortalité, Expérience du réseau Aurore de 2005 à 2007. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2009, 38, 328 – 334,

Les protocoles concernant les transferts ont été rédigés et diffusés dans l'ensemble des maternités du réseau dès 2004. En Rhône-Alpes, une cellule indépendante des réseaux se charge d'organiser les transferts. Cette cellule dispose de 0,5 ETP de professionnel hospitalier, 1ETP de secrétariat et de 6,25 ETP de sages-femmes afin de répondre 24h/24 aux demandes. La cellule se charge de trouver une place, mais ce sont les maternités qui se chargent d'organiser concrètement le transfert avec les SAMU.

Le réseau joue un rôle dans l'information des patientes sur les modalités du transfert et les différentes maternités du territoire (plaquette d'informations pratiques).

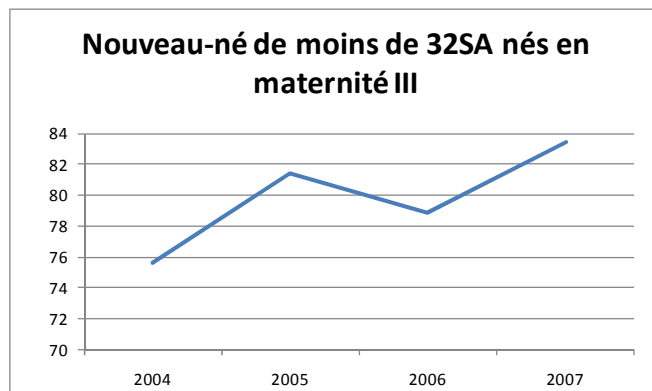
Depuis 2006, 5 000 transferts ont eu lieu dans le cadre du réseau. Les transferts in utero (TIU) sont favorisés, et sont en progression. Les transferts de nouveau-nés sont toutefois relativement stables.



Parallèlement à l'augmentation des transferts depuis 2004, on constate une diminution significative des retransferts.

Une enquête menée par le réseau Aurore montre que les patientes sont globalement satisfaites en cas de transfert, même si l'information pourrait être mieux anticipée. Par ailleurs, le réseau prend en charge financièrement les transferts des patientes lorsque les nouveau-nés sont transférés seuls dans un autre établissement.

Le nombre de nouveau-nés de moins de 32 SA nés en maternité de type III est en augmentation depuis 2005 et l'objectif de 80% a été atteint en 2007.



La survenance des complications maternelles est en légère augmentation depuis 2004, qu'il s'agisse des hémorragies graves, des ruptures utérines ou des transferts en réanimation. Le nombre d'extractions instrumentales évolue régulièrement à la hausse dans le même temps. Cependant, l'évolution du nombre de décès maternels ne semble pas en lien avec ces variations (cf. infra).

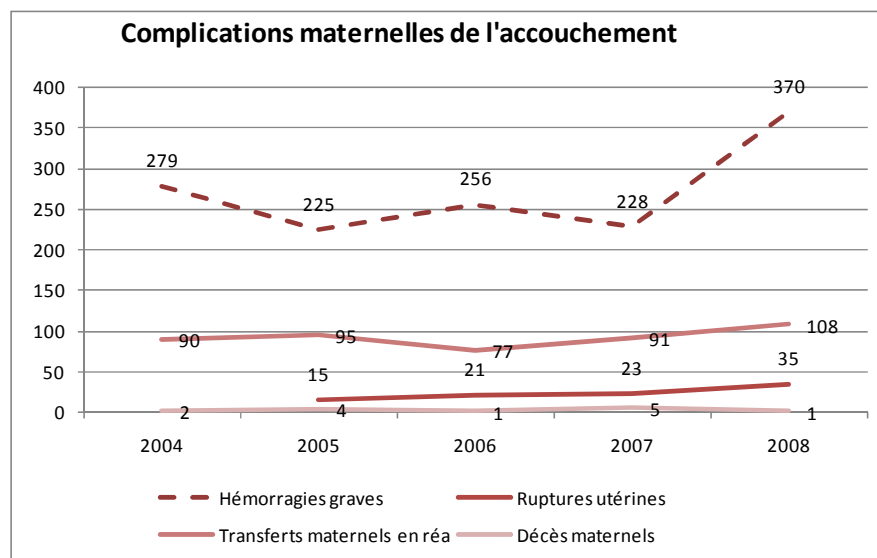
L'évolution de la mortalité fœtale in utero est difficilement évaluable, puisqu'elle incluait jusqu'en 2006 (inclus) les interruptions thérapeutiques de grossesse. En revanche, les décès intra partum sont passés de 5 à 38 entre 2003 et 2008 (0,02% à 0,09%). Les décès néonataux diminuent en revanche sur la même période (0,11% à 0,05%).

Le suivi de ces indicateurs par le réseau a parfois permis de détecter de potentiels dysfonctionnements dans les établissements et de faire des recommandations pour les corriger (visites et formation sur site par exemple, envoi des résultats individuels...). Cependant, les professionnels du réseau regrettent de n'avoir aucune autorité ni moyens de pression sur les établissements pour imposer quoi que ce soit.

Question n°1.2 : La prise en charge des urgences obstétricales, notamment des hémorragies du post-partum, répond-elle aux recommandations existantes ? Les recommandations pour la pratique clinique (RPC) existant sur ce thème sont-elles connues et appliquées par les professionnels ?

Dès 2004, l'étude PITHAGORE a permis d'évaluer l'application d'un protocole de prise en charge des hémorragies de la délivrance, afin de limiter les cas graves. Cette étude a montré que les recommandations du réseau n'étaient que partiellement suivies. Les hémorragies du postpartum (HPP) font l'objet d'un protocole dans le cadre du réseau depuis 2008. Ceux-ci sont affichés en salle d'accouchement dans les maternités, et les situations sont anticipées, dans la mesure du possible.

On constate depuis 2004, que si les hémorragies graves ont légèrement augmenté, ce n'est pas le cas des décès maternels, qui restent rares. En effet, le taux d'hémorragies graves passe de 0,7% des naissances en 2004 à 0,91% en 2008.



Le suivi effectué par le réseau permet de disposer d'une certaine visibilité sur la survenance des cas. La rapidité de transmission, permet une réactivité plus forte et ainsi une adaptation plus rapide des pratiques.

Q2- Le plan a-t-il permis d'améliorer l'humanité et la proximité de la prise en charge en périnatalité ?

Question n°2.1 : Le plan a-t-il permis de proposer aux couples des modes de prise en charge diversifiés, plus conformes à leurs attentes, incluant notamment un accompagnement et une prise en charge adaptés au déroulement des grossesses physiologiques ?

Une association de parents du territoire a soumis aux Hospices Civils de Lyon un projet de maison de naissance adossé à l'hôpital de la Croix Rousse. Cependant, les professionnels hospitaliers restent réticents à cette idée. En effet, les cas où l'accouchement se déroulerait mal et nécessiterait un passage de relais vers l'hôpital posent problème, car il serait difficile d'établir une responsabilité. Les professionnels y voient une source de stress et d'insécurité, mais aussi de surcoût (montants des primes d'assurance pour les professionnels libéraux). Par ailleurs les sages-femmes de maternité ne souhaitent pas focaliser leurs activités sur les grossesses pathologiques.

Il a donc été préféré une adaptation du service proposé en maternité : pour les HCL, toutes les maternités ont été équipées d'espaces plus ou moins physiologiques, les sages-femmes sont formées ont différentes postures d'accouchement, la péridurale ambulatoire est tenue à disposition, tout comme un ballon et de la musique, les nouveau-nés ne sont plus systématiquement aspirés et le peau à peau est systématique.

Les professionnels de la clinique Natecia ont également pris conscience de la nécessité de limiter les actes invasifs, pour les femmes comme pour les nouveau-nés. Un système de vidéosurveillance permet de garder les nouveau-nés hospitalisés dans des chambres individuelles, sans nuire à la sécurité. Dans la mesure du possible, les professionnels essaient de respecter les souhaits des parturientes, sans jamais mettre la sécurité au second plan (lecture et discussion autour des projets de naissance quand ils existent). La clinique a également acquis du matériel spécifique (roue de DOMA, ballon, aménagement des salles) et formé les sages-femmes aux différentes postures d'accouchement.

En ce qui concerne l'hôpital de Bourgoin-Jallieu, les sages-femmes ont été formées aux différentes postures de l'accouchement, mais la demande d'accouchement moins médicalisée reste très faible, du fait du profil de population de la maternité : les populations les plus aisées se dirigent plutôt vers la clinique privée du territoire.

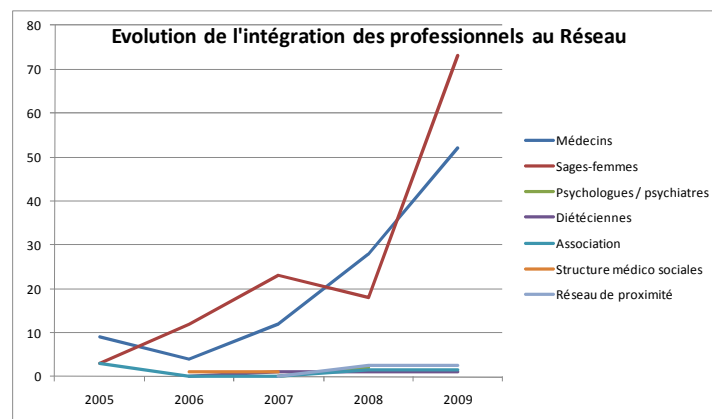
Ainsi, une évolution est palpable sur la prise en compte de ces demandes (formation et adaptation de l'espace), mais semble toujours en partie relever pour certains professionnels de santé d'un « luxe » (voire d'une mode), à laquelle ils sont loin de sacrifier un risque de complication. Cependant les accouchements à domicile persistent, même s'ils n'évoluent pas réellement (environ 200 par an, sans compter une recrudescence des accouchements inopinés).

Enfin, le choix de la maternité n'est pas toujours laissé aux patientes (même hors cas de grossesse pathologique), du fait du manque de place chronique de certains établissements (notamment publics).

Question n°2.2 : Les réseaux de périnatalité ont-ils permis d'articuler l'intervention des différents acteurs autour des besoins des familles, en particulier avec les services de PMI et l'offre de soins ambulatoire, pour assurer une continuité de la prise en charge de proximité des mères et des enfants, en amont et en aval de la naissance ?

Les professionnels hospitaliers rencontrés soulignent l'importance du réseau Aurore dans l'amélioration des relations entre les maternités (y compris entre les établissements publics et privés). Par ailleurs, le réseau s'est ouvert dès 2005 aux autres professionnels, qu'ils soient libéraux ou « autres acteurs de la périnatalité ». L'adhésion des professionnels libéraux est en nette augmentation depuis 2006 pour les médecins. La formation à l'entretien prénatal précoce a

permis de relancer l'adhésion des sages-femmes. En ce qui concerne les autres professionnels libéraux, il reste encore difficile de les intéresser au travail en réseau, bien que leur adhésion soit en nette augmentation : de 12 adhésions en 2005, ils sont aujourd'hui 118 professionnels libéraux adhérents (on peut estimer à un peu moins de 600 les médecins libéraux pédiatres et gynécologues-obstétriciens sur le territoire du Réseau). Parmi les médecins ce sont les pédiatres qui sont les mieux représentés, probablement en raison de la mise en place du réseau Ecl'aure (de 0 professionnels adhérents jusqu'en 2007 à 24 en 2008).



Les professionnels de PMI sont également partie prenante du réseau (comité de pilotage, commission prévention, participation à divers ateliers). Ils utilisent les protocoles édités par Aurore, afin d'harmoniser leurs pratiques et leurs discours avec les autres professionnels.

Les liens avec les services de PMI sont bien développés dans les 3 établissements rencontrés. Dans les deux établissements publics (à venir début 2010 pour l'établissement privé), la sage-femme de PMI est associée au staff de la maternité, qui est l'occasion d'échanger autour de patientes repérées. Les services de PMI notent une difficulté encore persistante à travailler avec certains établissements privés, bien que cela ne soit pas le cas de la maternité rencontrée. La mise à disposition des personnels de PMI dans la maternité permet de faciliter et le passage de relais (interconnaissance et réactivité), notamment pour les grands établissements (patientes originaires de plusieurs secteurs).

Le plan périnatalité a été l'occasion pour le service de PMI de prendre le temps de réfléchir à la place de chacun en matière de périnatalité et ainsi de mieux calibrer ses interventions. Il considère être le meilleur relai en matière de continuité de la prise en charge, car les autres professionnels tendent à se cantonner au moment de la périnatalité, sans faire les liens avec les autres problématiques (protection de l'enfance par exemple). Des efforts restent à faire sur ce point pour améliorer encore la globalité et la continuité de la prise en charge.

Le réseau Ecl'aure, issu du réseau Aurore, a pour objectif de mettre en œuvre le suivi et la prise en charge des prématurés et des nouveau-nés à risque, de la naissance jusqu'à 6 ans environ, par le travail en collaboration d'un binôme professionnel hospitalier / professionnel libéral. Ceux-ci ont reçu la même formation sur les items devant être surveillés pour ces nouveau-nés et utilisent un dossier de suivi commun. Ce réseau « aval » doit permettre une harmonisation de la prise en charge des nouveau-nés à risque. Le problème reste le manque de professionnels libéraux qui prennent en charge les nouveau-nés, de même que le manque de place dans les dispositifs CAMSP.

Le réseau Aurore apporte un soutien logistique aux réseaux de proximité du territoire. Sur le territoire de santé de Lyon Est, aucun réseau de proximité n'est formalisé. Une tentative autour de l'hôpital de Bourgoin-Jallieu réunit l'hôpital, les professionnels de ville et de PMI (de l'Isère), mais le réseau n'est pas formalisé et rencontre des difficultés pour associer réellement les libéraux.

En termes d'outils d'échange d'information, la création d'un dossier commun périnatal est en projet au niveau régional depuis plusieurs années, et n'a toujours pas abouti.

La continuité de la prise en charge des patientes et des nouveau-nés est questionnée par l'évolution de la démographie médicale, et par les fermetures / regroupements de maternité. Le réseau regrette de n'avoir aucun regard ni aucune influence sur ces questions.

Question n°2.3 : L'écoute, l'information, la prise en charge et l'accompagnement des femmes enceintes et des couples ont-ils été pris en compte par les établissements de santé et les professionnels ?

Le réseau Aurore met en place une formation des professionnels à l'entretien prénatal précoce (EPP). Depuis 2006, 6 sessions ont été organisées, touchant 216 professionnels (dont 109 sages-femmes hospitalières, 52 sages-femmes libérales, 46 sages-femmes de PMI, 4 gynécologues - obstétriciens et 5 médecins généralistes).

Les sages-femmes de PMI ont réalisé 400 EPP en 2008 (200 environ en 2007). S'il ne change pas fondamentalement leur façon de travailler, il donne de la force et de la légitimité à une prise en charge globale qui se pratiquait déjà. Au sein de l'hôpital de Bourgoin-Jallieu 47 EPP ont été réalisés en 2008 pour 850 parturientes (les patientes entre souvent tardivement en contact avec la maternité).

L'HFME a également mis en place l'EPP, mais n'est pas en mesure d'en faire bénéficier toutes les femmes (un demi-poste dédié).

Les perspectives de suivi et d'orientation suite à l'EPP se concentrent autour de 3 interlocuteurs : services de PMI (relai bien identifié) ; équipe psychiatrique, pédopsychiatrique ou psychologique (ressources en interne) ; tabacologue

(ressource en interne). Aucune traçabilité ne permet de savoir si la patiente en a bénéficié ni d'en mesurer les éventuelles répercussions postérieures.

Le carnet de santé de maternité est envoyé à toutes les femmes par le Conseil général à réception de leur déclaration de grossesse, accompagné d'informations sur le réseau et les services de PMI. Les sages-femmes de PMI l'utilisent beaucoup, ce qui n'est pas le cas ni des professionnels libéraux, ni des professionnels hospitaliers : les patientes ne le présentent pas et les professionnels ne souhaitent pas utiliser l'outil de partage d'information qui fait doublon avec leurs propres logiciels.

La clinique Natecia a mis en place un dispositif en matière de collaboration médico-psychologique, depuis 1998, qui s'est étoffé au fil des années, et dont le plan a confirmé la légitimité (même si celui-ci pourrait affirmer plus fortement le rôle du psychiatre en complément des psychologues), sans pour autant y apporter un soutien financier :

- Une unité d'hospitalisation des bébés a été créée en 2005 pour recevoir les bébés souffrant de divers problèmes pouvant aboutir dans certains cas à des situations de crise (trouble du sommeil, trouble de l'alimentation, trouble de l'accordage (mère / bébé). Depuis sa création, 200 bébés ont été hospitalisés dans cette unité, qui peut également établir un lien avec des pédiatres libéraux et les services de PMI. Un professionnel de la Clinique psychiatrique est détaché à mi-temps pour l'unité et la maternité.
- Depuis 2007, un groupe de parole de futurs parents est mis en place. Les patientes y sont orientées par les professionnels de la maternité et après consultation individuelle avec la pédopsychiatre pour échanger avant la naissance. En néonatalogie, un infirmier psychiatrique est présent 3 demi-journées par semaine pour rencontrer les bébés et les parents, en plus d'un groupe de parole et de soutien pour les parents d'enfants hospitalisés.
- Des réunions de soutien aux équipes (dédiées aux cadres de santé et au personnel soignant) sont également organisées, afin d'évoquer l'orientation des patientes. Une réunion spécifiquement dédiés aux personnels de toute la clinique permet de parler des processus psychologiques en jeu dans la démarche de soins.
- La pédopsychiatre de l'unité d'hospitalisation des bébés intervient également en tant que psychiatre de liaison, pour les cas de crise (la moitié du temps en post-partum). Elle apporte un soutien médical aux psychologues présents dans la maternité et peut décider d'une mutation en psychiatrie. Le financement d'un demi-poste de psychologue dédié à la maternité est bénéfique, car il est dans une position d'entre-deux.
- Enfin, des conférences / débat sont en passe d'être organisées et ouvertes au grand public sur la fonction paternelle et l'image du père.

L'EPP joue le rôle de consultation de tri pour le repérage des situations préoccupantes avant de mettre en place un suivi psycho / psychiatrique, lorsqu'il est pratiqué par les professionnels intervenant en clinique.

L'HFME développe également des partenariats médico-psychologiques, avec l'intégration progressive dans la maternité de psychologue et par des liens qui se tissent avec les psychiatres.

Question n°2.4 : Le plan a-t-il permis de mieux intégrer les attentes des usagers dans le pilotage et la mise en œuvre de la politique de périnatalité, au niveau national et au niveau régional ?

L'intégration des représentants de patients dans les différentes instances de décision des HCL permet de connaître leurs attentes. Généralement, les associations écrivent directement à la direction lorsqu'ils souhaitent formuler une demande précise. Cependant, la périnatalité n'est pas un domaine dans lequel les patients s'engagent massivement, puisque de fait temporaire, contrairement à d'autres branches telles que la cancérologie.

Le réseau intègre des représentants d'usagers dans le comité de pilotage et dans ses différentes commissions (3 associations adhérentes, représentant près de 700 familles) et travaille en collaboration avec d'autres associations sur certaines thématiques (rédaction de plaquette par exemple). Ceux-ci sont satisfaits de la place (grandissante) qu'ils occupent dans le réseau, bien que celui-ci soit encore considéré comme trop médical et hospitalier.

Q3- Le plan a-t-il permis de renforcer la prise en charge des femmes et des couples les plus en difficultés au regard de l'amélioration de leur accès aux droits, aux soins ?

Question n°3.1 : Le plan périnatalité a-t-il permis de mobiliser les ressources existantes, notamment dans les départements (services de protection maternelle et infantile) et les dispositifs spécifiques (comme les PRAPS, les PASS...) et de les adapter aux enjeux de la période périnatale ? Quelle appréciation peut-elle être portée à ce sujet ?

Le territoire semble rencontrer un éventail de problématiques liées à la précarité et la vulnérabilité et entraîne un certain nombre de cas de grossesses non suivies.

- grande précarité économique
- migrantes (essentiellement de l'Est de l'Europe)
- addictions

L'HFME constate une augmentation des cas de grande précarité, et se trouve relativement démunie pour y répondre. Il finance occasionnellement un interprète pour pouvoir prendre en charge les migrantes qui ne parlent pas français. Le

manque de place en centre d'hébergement est souligné (de même que les difficultés pour héberger les couples et les familles).

Une étude menée par le service de PMI du Rhône met en évidence les déficits de suivi de grossesse pour certaines femmes, et notamment dans certains territoires défavorisés tels que les quartiers périphériques.

Le service de PMI souhaiterait pouvoir accéder au document original de la déclaration de grossesse : la transmission de l'intégralité des informations permettrait de mieux détecter les facteurs de risque de manière très précoce et ainsi d'apporter une réponse la mieux adaptée. En effet, actuellement le fait que la grossesse d'une patiente soit déclarée tardivement n'est connu que par le CS8, tandis qu'en accédant à cette information par le document de déclaration de grossesse, le service de PMI pourrait anticiper son intervention auprès de la patiente.

Le service de PMI du Rhône apporte une réponse ciblée dans les territoires connaissant un déficit médical, en proposant des consultations ante et post natale. Des liens existent avec les services sociaux. Cependant, les réseaux locaux doivent être développés pour améliorer la prise en charge.

Les représentants des usagers au sein du réseau souhaitent renforcer les réflexions et les groupes de travail autour de la prise en charge des personnes en situation de précarité (mieux repérer et mieux prendre en charge).

Les HCL ont mis en place des liens avec des associations d'entre-aide qui peuvent fournir des bons de nuitée pour les couples dont les enfants sont hospitalisés et dont le domicile est éloigné. Cette solution n'est cependant pas idéale et pallie à l'absence d'une maison des parents.

Question n°3.2 : Des dispositifs innovants ont-ils été mis en place dans certaines régions dans le but de renforcer la vigilance en direction des femmes enceintes en situation de précarité (notamment les migrantes en situation irrégulière) ?

Les migrantes sont généralement suivies dans les centres de planification dont le territoire est relativement bien maillé.

A Lyon, la PASS de l'hôtel Dieu est bien identifiée par les personnes précaires, et notamment sans papier. Les patientes y sont généralement suivies jusqu'au 7^{ème} mois de grossesse, avant d'être orientées vers la maternité adaptée au sein du groupe. Une assistante sociale est disponible dans tous les établissements au-delà de la consultation PASS. Des liens avec des associations spécialisés sont développés, mais pas toujours suffisants.

Q4- Le plan a-t-il permis de renforcer et d'articuler les interventions des différents acteurs ?

Question n°4.1 : Le Plan a-t-il amélioré les articulations nationales /régionales/départementales, tout particulièrement avec les services de protection maternelle et infantile ?

Le réseau Aurore offre un espace de concertation et d'harmonisation des pratiques entre les différents services de PMI couverts par le réseau (5 départements, partiellement ou intégralement). Aucune forme de concertation spécifique aux services de PMI n'est évoquée, mais les pratiques s'en trouvent harmonisées (formation commune à l'EPP par exemple).

La commission « prévention » est piloté par le service de PMI du Rhône, ce qui permet un double mouvement : impliquer les services de PMI dans les actions du réseau et améliorer l'interconnaissance des acteurs, et notamment du rôle et de la place de chacun dans la prise en charge des patientes et des nouveau-nés. L'orientation des professionnels hospitaliers et libéraux vers les services de PMI s'en trouve donc facilitée.

Question n°4.2 : Le Plan a-t-il permis d'impulser une dynamique locale (au niveau départemental et au niveau régional) en améliorant la cohérence entre les différents acteurs et entre les différentes démarches ?

Non pertinent au niveau local

Question n°4.3 : Quelle analyse de l'articulation et de la complémentarité du PRSP et du SROS est-il possible de faire ?

Non pertinent au niveau local

Q5- Le plan a-t-il permis de rendre le système d'information périnatal plus performant au niveau national, au niveau régional et au niveau départemental ?

Question 5.1 : Les recommandations émises par Euro-peristat concernant le recueil des indicateurs incontournables ont-elles pu être suivies ?

Non pertinent au niveau local.

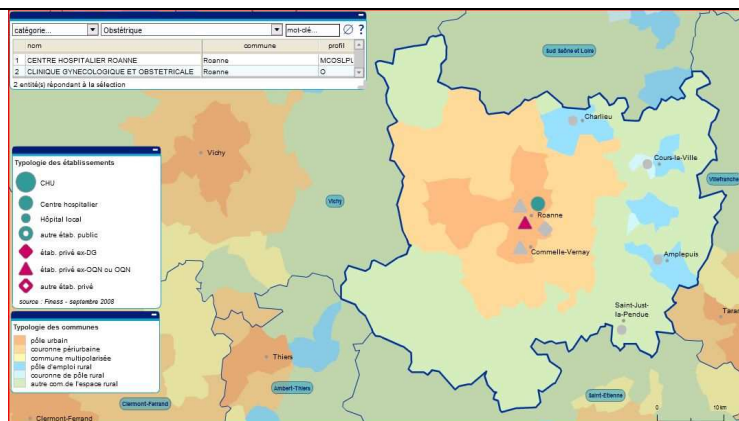
Question n°5.2 : Les nouvelles dispositions relatives aux premiers certificats de santé ont-elles permis une meilleure connaissance territoriale de l'état de santé des nouveau-nés ?

Les CS8 ne sont pas suffisamment remplis : le service de PMI du Rhône en reçoit 86%, mais les items ne sont pas systématiquement renseignés, bien que son importance soit affirmée pour le suivi exhaustif d'indicateurs, qui permettraient une meilleure adéquation des politiques sanitaires et de prévention. Ainsi une enquête établie à partir des données reçues a permis de mettre en évidence un manque de suivi de certaines femmes (notamment dans les banlieues).

Par ailleurs, le retour sur information n'est pas suffisant, ce qui peut démotiver les professionnels. De grands progrès sont attendus de la dématérialisation qui devrait apporter rapidité de traitement et la facilité de remplissage.

4.2 Territoire de santé de Roanne (département de la Loire)

Contexte	
Contexte démographique et socio-économique	<p>Le territoire de santé du pays roannais couvre le nord du département de la Loire et quelques cantons du Rhône.</p> <p>Il compte 167 000 habitants, est peu dense (85 hab. /km² contre 152,4 hab. /km² pour le département de la Loire) et vieillissant.</p> <p>La maternité de Roanne (89% des patientes d'obstétriques du territoire) enregistre environ 2 000 naissances par an.</p> <p>Le taux de pauvreté du département (11,6%) est légèrement plus fort que la moyenne régionale, et similaire à la moyenne nationale, le taux de bénéficiaires du RMI est plus faible à Roanne que pour l'ensemble du département (RMI : 14‰ pour le Pays Roannais contre 18‰ pour le département ; CMUC : 4,4 % contre 5,1 % pour le département). La pauvreté touche 6 000 personnes dans le Pays Roannais. Globalement des indicateurs de précarité se situent dans la moyenne régionale avec quelques zones fragilisées (Roanne, la Pacaudière).</p> <p>Les taux de mortalité liés à la périnatalité sont plutôt favorables sur le département et sont inférieurs à la moyenne nationale : les taux de mortalité infantile et néonatale de la Loire (3,6‰ et 2,6‰) sont proches de la moyenne nationale, mais supérieurs à la moyenne régionale. Les taux de mortalité périnatale (10,1‰) et de mortinatalité (8,4‰) sont supérieurs aux taux régionaux (9,3‰ et 8‰), mais inférieurs aux moyennes nationales (10,8‰ et 9,1‰) (INSEE 2005).</p> <p>Le taux de césarienne de l'établissement du territoire est de 20,6%.</p>
Offre de soins	<p>Etablissement :</p> <p>Le territoire ne dispose que d'une seule maternité, le centre hospitalier de Roanne (maternité type IIb). Il compte 63 lits en obstétrique et 12 en néonatalogie et soins intensifs. Il réalise environ 2 000 accouchements par an.</p> <p>La maternité de type III référente se situe à Saint-Etienne (80km) et prend en charge environ 3% des patientes du territoire de santé. Cette « perte » est compensée par une prise en charge des patientes d'autres territoires de santé (125 patientes du CHU Saint Etienne en 2008).</p> <p>Le taux de fuite du territoire en matière obstétricale est de 11%.</p>



Libéraux : la densité des professionnels libéraux est légèrement inférieure dans le département à la moyenne nationale (106 médecins généralistes et spécialistes pour 10 000 hab.). Il en va de même pour la densité de sages-femmes libérales (19 pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans).

PMI : Le service de PMI de la Loire est rattaché à la délégation à la vie sociale du Conseil général.

Réseau : le réseau Helena couvre la Loire et le nord de l'Ardèche. Il n'est pas financé du fait du refus de l'un des établissements du territoire d'adopter la charte régionale (sera financé en 2010). Les réunions mensuelles associent les membres officiels (8 maternités) et les professionnels (médecins et sages femmes libéraux, professionnels hospitaliers, PMI...), créant un groupe de 70 personnes environ. Dans les faits, le réseau est essentiellement inter-hospitalier.

Éléments de réponse aux questions évaluatives

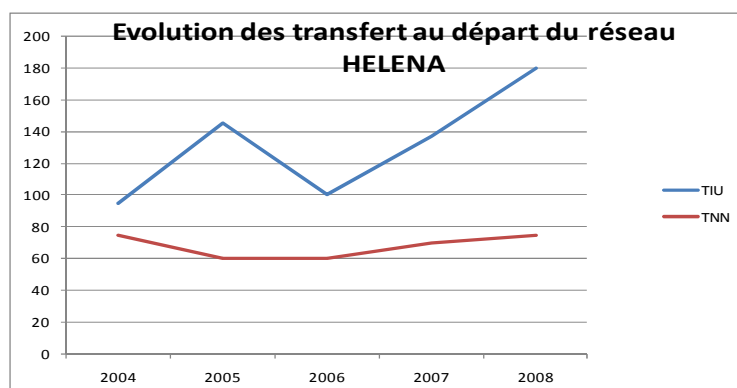
Q1- Le plan a-t-il permis d'améliorer la sécurité et la qualité de la prise en charge en périnatalité ?

Question n°1.1 : Les réseaux de périnatalité, tout en tenant compte de leur hétérogénéité, ont-ils permis d'améliorer la prise en charge des femmes et des nouveau-nés, notamment par des orientations et des transferts adaptés à leur situation et leur garantissant une sécurité accrue ?

Le réseau Helena mis en place en 2002, fonctionne autour des échanges de pratiques, de la sécurisation de la prise en charge des patientes, notamment via des revues morbidité / mortalité (RMM) analysant tous les cas graves signalés, et des groupes de travail sur les protocoles. Il permet par ailleurs l'échange de connaissance essentiellement gynécologiques / obstétricales par des exposés sur des sujets variés (actualité, procédures...).

Le réseau n'a pas mis en place de suivi des indicateurs d'activité (taux de mortalité infantile, périnatale, néonatale, taux de mortinatalité, répartition des naissances prématurées dans les différents types de maternité, taux de césarienne, etc.) des établissements qui le composent, et ne dispose par conséquent d'aucune donnée chiffrée consolidée, faute de financements. L'ORS réalise, à partir des données de suivi, un bilan de l'état de santé de la mère et de l'enfant sur le territoire départemental. Mais c'est le seul travail qui est réalisé.

La cellule d'orientation et de transferts mise en place au niveau régional organise quant à elle les transferts. On constate que le nombre de TIU augmente, depuis 2004, tandis que le nombre de TNN est à peu près stable³.



Pour 15 dysfonctionnements du transfert signalés en 2008, aucun ne concerne le réseau Helena.

³ Le graphique donne le nombre de transfert au départ du réseau Helena et non « dans le cadre du réseau ». Entre 15% et 20% des transferts se font hors-réseau.

La région ne compte pas de SAMU ou de SMUR pédiatrique, mais des crédits ont été alloués à chaque établissement pour un poste d'infirmière ou de pédiatre accompagnant les transferts néonataux (1,5 poste à Saint Etienne, 0,5 ETP à Roanne).

Question n°1.2 : La prise en charge des urgences obstétricales, notamment des hémorragies du post-partum, répond-elle aux recommandations existantes ? Les recommandations pour la pratique clinique (RPC) existant sur ce thème sont-elles connues et appliquées par les professionnels ?

Les protocoles sont discutés en concertation dans le cadre des réunions du réseau, pour les adapter localement. Ils sont ainsi mis à jour puis diffusés dans les maternités du réseau.

Des échanges sur les pratiques sont mis en place dans le cadre du réseau, essentiellement sur les sujets gynécologiques et obstétricaux, au-delà de la périnatalité (nouvelles recommandations, détection et procédures en cas de cancers...).

Une RMM a lieu tous les mois, et réunit 15 à 20 professionnels des maternités du réseau. Tous les cas de morts et les cas graves sont passés en revue. Après lecture, explication et discussion autour de chaque cas, des recommandations sont discutées et le cas est déclaré évitable ou non. Des comptes rendus sont envoyés à tous les participants avec les conclusions du groupe.

Q2- Le plan a-t-il permis d'améliorer l'humanité et la proximité de la prise en charge en périnatalité ?

Question n°2.1 : Le plan a-t-il permis de proposer aux couples des modes de prise en charge diversifiés, plus conformes à leurs attentes, incluant notamment un accompagnement et une prise en charge adaptés au déroulement des grossesses physiologiques ?

Le territoire se caractérise par des établissements qui, malgré les moyens supplémentaires de mise aux normes affectés dans le cadre du plan connaissent une pénurie persistante du personnel non normé (médecins) et se focalisent par conséquent sur les activités prioritaires de sécurité de la prise en charge (salle d'accouchement).

Le CH de Roanne met à disposition du matériel pour des accouchements plus conformes aux attentes de certaines patientes (ballons...). Cependant, une clinique propose à proximité du CHU des modes d'accouchement moins médicalisés, où se rendent les parturientes qui le souhaitent.

Question n°2.2 : Les réseaux de périnatalité ont-ils permis d'articuler l'intervention des différents acteurs autour des besoins des familles, en particulier avec les services de PMI et l'offre de soins ambulatoire, pour assurer une continuité de la prise en charge de proximité des mères et des enfants, en amont et en aval de la naissance ?

Dans le cadre du réseau : une difficulté à sortir des relations inter-hospitalières

Le réseau périnatal est centré sur des professionnels hospitaliers, voire d'obstétriques. Si les journées de formation sont officiellement ouvertes à tous, il semble que les professionnels libéraux n'y assistent pas réellement. De même le service de PMI n'est pas impliqué dans le réseau périnatal et semble préféré utiliser les ressources développées par le réseau Aurore, disponibles sur le site Internet.

Des liens forts mais non formalisés autour des maternités avec le service de PMI

Pour autant, des relations existent entre le centre hospitalier de Roanne et le service de PMI de la Loire : une réunion pluri-hebdomadaire de coordination est organisée entre les professionnels de PMI, les services sociaux, le psychologue de la maternité et les professionnels hospitaliers. Elle permet un suivi des patientes en difficulté en amont de la naissance et une meilleure préparation du suivi par le service de PMI en aval de la naissance. Ainsi, une orientation est systématiquement discutée entre les différents professionnels.

Une continuité assurée par la patiente elle même

Les usagères rencontrées effectuent leur suivi de grossesse à l'hôpital, ce qui limite les ruptures et les discontinuités de soins.

Au final, la continuité de la prise en charge est assurée par la patiente qui se déplace avec son dossier papier (Audipog), ou par les professionnels qui se chargent des transmissions (professionnel libéral qui assiste à l'accouchement). Une réflexion est en cours au niveau régional en matière de dossier partagé mais n'a pas encore abouti. Or les dossiers partagés propres à chaque établissement, ne sont compatibles pas entre eux et doublonnent en partie.

Question n°2.3 : L'écoute, l'information, la prise en charge et l'accompagnement des femmes enceintes et des couples ont-ils été pris en compte par les établissements de santé et les professionnels ?

Le carnet de santé de maternité est distribué mais peu utilisé pour le partage d'information entre professionnels

Le carnet de santé maternité dans sa version 2007 est quasiment systématiquement distribué⁴, par le médecin ou la sage-femme (libéral, hospitalier ou PMI) ou éventuellement par les services de PMI, au moment de la déclaration de grossesse. Il est relativement bien utilisé et jugé utile pour sa partie informative sur la grossesse, mais pas du tout utilisé pour le partage d'information entre professionnels, qui considèrent qu'il fait doublon avec les dossiers informatiques ou papier existants.

Les collaborations médico-psychologiques considérées comme la meilleure plus value du plan

Le développement des collaborations médico-psychologiques s'est traduit par la création ou le renforcement de postes de psychologues au sein des services (2 pour le CHU Saint-Etienne, 1 ETP pour le CH de Roanne), qui travaillent essentiellement à l'accompagnement des patientes vulnérables et mettent en place des travaux sur différents sujets (annonce du handicap par exemple), avec les professionnels des établissements. Cet aspect est identifié par les professionnels hospitaliers comme la meilleure plus value du plan. Il s'agit en effet d'un double travail : mettre en place une consultation ou une visite pour les femmes vulnérables identifiées par les différents professionnels et soutenir les équipes qui interviennent auprès de ces patientes, afin de permettre une prise en charge optimale et adaptée. Pour cette raison, il est indispensable que le psychologue soit attaché au service de maternité.

Une mise en place concluante, mais encore limitée de l'EPP

Le territoire a mené une expérimentation concluante en 2005 puis a généralisé l'entretien prénatal précoce pendant 6 mois. Les acteurs soulignent la bonne coordination des sages femmes (de ville, hospitalière et de PMI) pour construire une grille d'entretien commune et définir ensemble le suivi à apporter à chaque situation. L'expérimentation n'a finalement pas été poursuivie par manque de financement, malgré un succès certain (établi par une enquête de satisfaction menée suite à l'expérimentation).

En revanche, pour certains professionnels l'entretien précoce touche le plus souvent les femmes en ayant le moins besoin, lorsqu'il est réalisé, et ne permet donc pas réellement de détecter des situations problématiques.

⁴ Certaines usagères rencontrées dans le cadre des focus groups ont déclaré ne pas l'avoir reçu.

Par ailleurs, les recrutements de sages-femmes intervenus dans le cadre du plan n'ont pas toujours été dédiés à l'EPP comme prévu, mais parfois orientés vers les consultations ou les salles d'accouchement, afin de combler le manque de personnel.

Question n°2.4 : Le plan a-t-il permis de mieux intégrer les attentes des usagers dans le pilotage et la mise en œuvre de la politique de périnatalité, au niveau national et au niveau régional ?

Les usagers ne sont pas intégrés au réseau, qui reste essentiellement inter-hospitalier.

Q3- Le plan a-t-il permis de renforcer la prise en charge des femmes et des couples les plus en difficultés au regard de l'amélioration de leur accès aux droits, aux soins ?

Question n°3.1 : Le plan périnatalité a-t-il permis de mobiliser les ressources existantes, notamment dans les départements (services de protection maternelle et infantile) et les dispositifs spécifiques (comme les PRAPS, les PASS...) et de les adapter aux enjeux de la période périnatale ? Quelle appréciation peut-elle être portée à ce sujet ?

Le pays roannais se caractérise par une situation particulière de la population jeune, avec des problèmes liés aux dépendances (alcool, drogues). Il arrive que des migrants, notamment sans papier occupent les places des centres d'hébergement de Roanne lorsque ceux de Lyon sont saturés.

Une ligne de financement a été mise à disposition par le Conseil général de la Loire pour financer un interprète dans le cas de patientes étrangères repérées par les professionnels de PMI.

Une PASS généraliste au CHU de Saint-Etienne permet un repérage des patientes très vulnérables (étrangères notamment). A Roanne, des réseaux de connaissance informels se sont développés associant les professionnels de PMI, les psychologues des maternités, les services sociaux et les professionnels hospitaliers, permettant la prise en charge et le suivi des personnes vulnérables. Ces liens préexistaient au plan.

La Boutique Santé permet un accès à différents services pour les personnes en très grande précarité (sans domicile fixe).

On constate une légère augmentation des déclarations tardives de grossesse depuis 2006 (17 en 2006 à 22 en 2009), soit un peu plus de 1% des naissances sur le territoire.

Question n°3.2 : Des dispositifs innovants ont-ils été mis en place dans certaines régions dans le but de renforcer la vigilance en direction des femmes enceintes en situation de précarité (notamment les migrantes en situation irrégulière) ?

Il n'y a pas d'initiative innovante recensée sur le territoire pour la prise en charge des femmes en situation de précarité.

Q4- Le plan a-t-il permis de renforcer et d'articuler les interventions des différents acteurs ?

Question n°4.1 : Le plan a-t-il amélioré les articulations nationales/régionales/départementales, tout particulièrement avec les services de protection maternelle et infantile ?

Le service de PMI de la Loire accède aux formations et aux diverses ressources proposées par le réseau Aurore, bien que celui-ci n'intervienne pas officiellement sur le territoire ligérien. Le service de PMI est donc plutôt « consommateur » des ressources que véritable producteur. Il ne participe pas aux activités du réseau Helena.

Au niveau régional, le service de PMI a participé à la concertation autour du SROS. Cependant, il semble que la stratégie départementale soit plutôt de focaliser l'action autour de la protection de l'enfance, et le champ de la périnatalité se réduit donc.

Question n°4.2 : Le Plan a-t-il permis d'impulser une dynamique locale (au niveau départemental et au niveau régional) en améliorant la cohérence entre les différents acteurs et entre les différentes démarches ?

Non pertinent au niveau local

Question n°4.3 : Quelle analyse de l'articulation et de la complémentarité du PRSP et du SROS est-il possible de faire ?

Non pertinent au niveau local

Q5- Le plan a -t-il permis de rendre le système d'information périnatal plus performant au niveau national, au niveau régional et au niveau départemental ?

Question 5.1 : Les recommandations émises par Euro-peristat concernant le recueil des indicateurs incontournables ont-elles pu être suivies ?

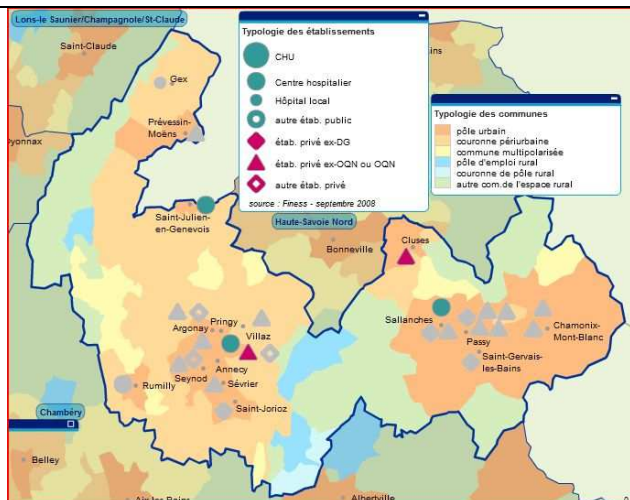
Non pertinent au niveau local.

Question n°5.2 : Les nouvelles dispositions relatives aux premiers certificats de santé ont-elles permis une meilleure connaissance territoriale de l'état de santé des nouveau-nés ?

Le CS8 est rempli par les pédiatres à la sortie de la maternité et envoyé à la PMI (sous format papier) qui les saisit puis les transmet à l'ORS. La qualité des données est jugée encore peu fiable.

4.3 Territoire de santé d'Annecy (département de Haute-Savoie)

Contexte	
Contexte démographique, socio-économique et sanitaire	<p>Le territoire de santé d'Annecy comprend le sud de la Haute-Savoie et quelques cantons de l'est de l'Ain. Il présente la particularité d'être frontalier de la Suisse (à proximité de Genève), et se caractérise par une prégnance du travail transfrontalier qui contribue à augmenter le niveau de vie de la population.</p> <p>La population de Haute-Savoie est de 696 000 habitants (INSEE 2006) et la densité de 160 habitants au km² (INSEE 2006).</p> <p>La Haute-Savoie compte environ 9000 naissances annuelles.</p> <p>Le niveau de précarité du département est largement inférieur au niveau national, avec un taux de bénéficiaires du RMI de 1,1% (CNAF-MSA 2008) et de la CMUC de 0,6% (INSEE 2006) ; le taux de pauvreté de 8,2% est parmi les plus faibles de France (INSEE 2004).</p> <p>Les taux de mortalité liés à la périnatalité sont plutôt favorables sur le département et sont inférieurs à la moyenne nationale : les taux de mortalité infantile et néonatale de Haute-Savoie sont respectivement de 2,7‰ et 1,9‰, inférieurs à la moyenne régionale (3,2‰ et 2,1‰). Les taux de mortalité périnatale (9,8‰) et de mortinatalité (8,5‰) sont supérieurs aux taux régionaux (9,3‰ et 8‰) (INSEE 2005).</p> <p>Le taux de césarienne des établissements du territoire est de 17%.</p>
Offre de soins	<p>Etablissements : le territoire ne compte pas d'établissement de type III. La maternité de type III de référence est le CH de Chambéry, également centre de référence pour les transports périnataux.</p> <p>3 établissements publics : CH de la Région d'Annecy maternité de type II, CHI des hôpitaux du pays du Mont Blanc type IIb à Sallanches gérant deux CPP, à Chamonix et Cluses (ex-maternités de type I) et CH Sud Lemman Valserine type I à Saint Julien en Genevois.</p> <p>1 établissement privé : Clinique générale à Annecy type I.</p> <p>Ces établissements regroupent 139 lits d'obstétrique et 34 de néonatalogie (SAE 2008) et comptabilisent annuellement environ 6 000 naissances.</p> <p>Le taux de fuite du territoire en obstétrique est de 15% (PARHTAGE 2008).</p>



Libéraux : les densités de professionnels libéraux et mixtes du département (généralistes : 79, spécialistes : 107 pour 10 000 habitants ; et sages-femmes : 25 pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans) sont légèrement inférieurs la moyenne nationale (DREES 2009).

PMI : le service de PMI du CG74 est rattaché à la direction de la prévention et du développement social (insertion, prévention, logement...), le service de PMI est composé de 65 infirmières, 21 médecins (dont 4 pédiatres) et 6,5 sages femmes.

Autres acteurs de la périnatalité : aucun ASV, plusieurs associations (Association allaiter en Haute Savoie, Solidarilait association départementale, Naître et bien-être association sur Annecy).

Réseau : le Réseau Périnatal des 2 Savoie (RP2S) a été créé en 2002. Il couvre la Savoie, la Haute-Savoie et le secteur de Belley. Ce réseau est essentiellement inter-hospitalier (à noter : aucun CHU sur le territoire). Il compte environ 1000 adhérents dont 200 professionnels actifs. Son budget annuel est d'environ 45K€ (issus de locations de stand, de la réalisation de formations, de subventions provenant de laboratoires, d'établissements et du PRSP). L'ARH prend en charge les salaires de l'équipe : 1 ETP d'infirmière coordinatrice, 1 ETP de secrétaire et 0,3 ETP de médecin épidémiologiste. Ce réseau n'est pas financé par la DRDR et n'a fait l'objet d'aucune évaluation.

Le réseau est focalisé sur les échanges entre établissements / professionnels et l'amélioration des pratiques et par conséquent n'inclus pas de patients.

Éléments de réponse aux questions évaluatives

Q1- Le plan a-t-il permis d'améliorer la sécurité et la qualité de la prise en charge en périnatalité ?

Question n°1.1 : Les réseaux de périnatalité, tout en tenant compte de leur hétérogénéité, ont-ils permis d'améliorer la prise en charge des femmes et des nouveau-nés, notamment par des orientations et des transferts adaptés à leur situation et leur garantissant une sécurité accrue ?

Depuis sa mise en place en 2002, le réseau s'est structuré (constitution de l'équipe) et a développé progressivement ses activités locales dans trois directions :

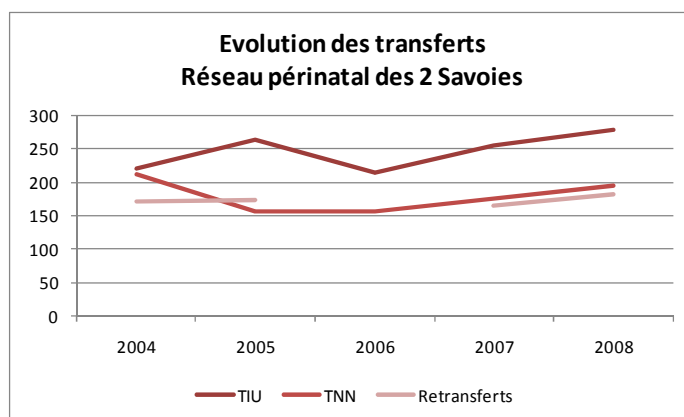
- mise en lien des professionnels : journée annuelle du réseau, réunions des comités scientifique et de prévention,
- amélioration des pratiques : revues de morbi-mortalité (dont certaines sont « mobiles »), formalisation de protocoles, mise en place d'outils tels que les déclarations d'évènements sentinelles, mise en place d'une organisation pour le suivi des enfants à risque ;
- suivi (des données d'activité) et communication.

Le réseau participe par ailleurs à des actions régionales : le projet de dossier périnatal régional, une étude sur l'hospitalisation des menaces d'accouchement prématuré en niveau III, l'étude OPERA coordonnée par le réseau rhônalpin Aurore.

Les premiers protocoles élaborés dans le cadre du réseau (2003) ont concerné les transferts. Ces travaux ont permis, notamment les premières années de faire évoluer les mentalités et les pratiques des établissements, vers une orientation mieux adaptée en fonction du risque. La création de la cellule régionale d'orientation a joué un rôle particulièrement important, en amenant une plus grande facilité et un gain de temps pour les professionnels hospitaliers. L'éloignement du site de départ du SMUR (basé à Chambéry) complique parfois l'organisation des transports lorsque les patients ne sont pas transférés vers Chambéry mais vers Genève.

Les transferts in utero (TIU) sont en légère progression au sein du RP2S, de même que les transferts néonataux (TNN), dont le nombre avait diminué entre 2004 et 2005 (source : cellule régionale de transfert périnatal de Rhône-Alpes)⁵. Les issues des transferts n'ont pas été analysées.

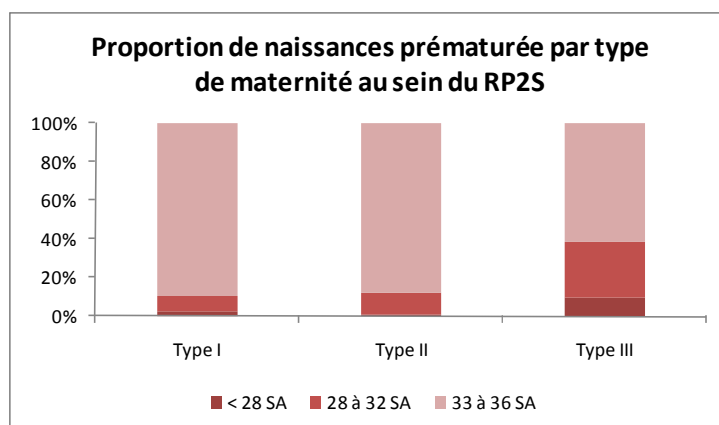
⁵ NB : une partie des transferts ne sont probablement pas tracés dans le cadre de la cellule.



Parmi les 278 TIU enregistrés en 2008, les « sens » de transferts sont les suivants :

- 86 d'une maternité de type I vers une maternité II
- 46 d'une maternité I vers une maternité III
- 13 d'une maternité Iia vers une maternité Iib
- 58 d'une maternité II vers une maternité III
- 52 effectués vers l'extérieur (dont 18 vers la Suisse)
- 23 accueillis de l'extérieur

Toutefois, malgré cette évolution positive, la proportion de grands prématurés (< à 33 semaines d'aménorrhée) nés en maternité de type III est redescendue en 2008 à 56% (contre 72% en 2007), s'éloignant des recommandations nationales qui préconisent un taux proche de 80%. La marge de progrès est par conséquent encore importante. Ce chiffre comprend essentiellement des enfants nés entre 28 et 32SA, et très peu d'enfants nés avant 28 SA.

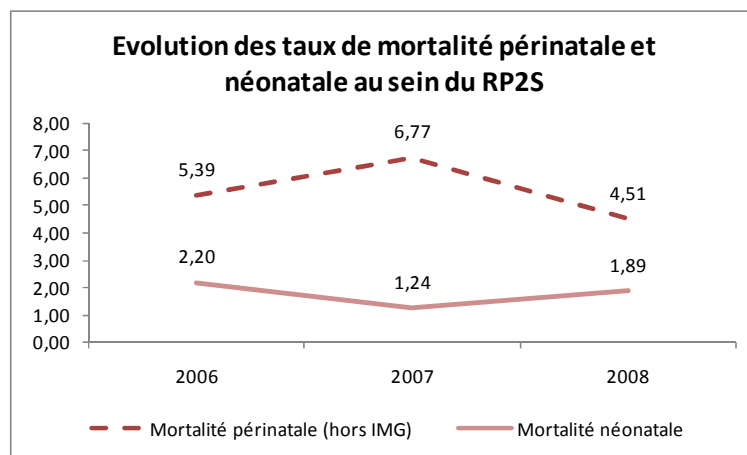


Le détail des accouchements réalisés en 2008 par les établissements du RP2S par niveau de prématurité des nouveau-nés est le suivant :

	Type I	Type II	Type III	TOTAL
< 28 SA	4	5	28	37

28 à 32 SA	17	58	80	155
33 à 36 SA	177	460	173	810
>= 37 SA	5474	6855	2478	14807
TOTAL	5672	7378	2759	15809

La mortalité périnatale et la mortalité néonatale sont relativement stables depuis 2006 et restent inférieures au niveau national. La proportion d'IMG a en revanche doublé sur la période.



Les « complications maternelles » (hors décès dont le nombre est inférieur à 1 par an) sont suivies depuis 2008 par le RP2S à travers le nombre de délivrances artificielles et/ou révisions utérines (8,4% des accouchements) et le nombre de transferts maternels en réanimation (28 transferts signalés en 2008 soit 0,18% des accouchements).

Le manque de recul ne permet pas de conclure sur l'évolution positive ou négative de ces indicateurs, mais le fait de les suivre est déjà, en soi, un point positif.

En ce qui concerne les modes d'accouchement, les établissements du RP2S semblent conserver une certaine constance dans leurs pratiques. Le taux de césarienne se situe en 2008 à 18,6% en moyenne (inférieur à la moyenne nationale), mais avec des écarts entre les établissements allant de 13,2% à 28,6%. Environ 40% des césariennes sont programmées.

Question n°1.2 : La prise en charge des urgences obstétricales, notamment des hémorragies du post-partum, répond-elle aux recommandations existantes ? Les recommandations pour la pratique clinique (RPC) existant sur ce thème sont-elles connues et appliquées par les professionnels ?

Les services rencontrés ont mis à disposition des professionnels la procédure relative aux hémorragies du post-partum, soit dans un classeur, soit par affichage en salle d'accouchement. Au CH d'Annecy, un travail d'harmonisation a été mené avec les réanimateurs. La disponibilité des produits sanguins labiles ne pose pas de difficulté particulière (le sang est disponible lorsqu'il est nécessaire).

La prise en charge des urgences obstétricale pose plus largement la question de la diffusion, de l'actualisation et de l'appropriation par les professionnels des protocoles médicaux et soignants. En effet, pour un établissement donné, des protocoles issus de différentes sources peuvent coexister (ex. : la maternité de Saint Julien en Genevois s'appuie à la fois sur des protocoles du réseau AURORE et du réseau RP2S) et leur actualisation nécessiterait un travail de gestion documentaire que les équipes hospitalières n'ont pas toujours le temps de réaliser. Le RP2S a essentiellement travaillé sur les protocoles de transfert, les autres thématiques étant plus complexes à traiter. Par exemple, le protocole sur le diabète gestationnel est en cours d'élaboration depuis trois ans.

Dans le cadre du RP2S, une réunion est prévue courant 2010 sur cette thématique avec un spécialiste de l'hémorragie de la délivrance. Les établissements du RP2S sont par ailleurs impliqués dans le PHRC « Pithagore 6 » relatif à l'hémorragie obstétricale. A la date de la rencontre avec l'équipe d'évaluation, le bilan relatif aux cas d'hémorragies survenus dans les établissements du réseau était en cours et un groupe de travail dédié à cette thématique est en cours de constitution. Il sera chargé de constituer un thésaurus afin d'harmoniser les codages de ces indicateurs au niveau des établissements membres du réseau.

Le tableau ci-dessous en reprend les données brutes, non encore analysées par le RP2S, issues du PMSI :

Complications	2007	2008
Diagnostiques d'hémorragie*	541	576
Diagnostiques d'hémorragie avec acte thérapeutique pour hémorragie ou diagnostic de transfusion	57	36
Ruptures utérines	3	6
Mutations en réanimation	37	39
<i>Nombre d'établissements ayant accepté de transmettre leurs données</i>	<i>10 sur 14</i>	<i>11 sur 14</i>

<i>Nombre total de grossesses</i>	<i>15 310</i>	<i>15 709</i>
-----------------------------------	---------------	---------------

* regroupe plusieurs codes : O670, O678, O679, O720, O721, O722, O723.

Les revues de morbi-mortalité (RMM) « mobiles », c'est-à-dire délocalisées dans certains établissements du réseau (parfois éloignés), mises en place en 2008, permettent de sensibiliser plus largement les équipes locales (plus de participants du fait de la proximité) à la collecte des indicateurs sentinelles et de retravailler des évènements graves (principalement décès de nouveau-nés ou hémorragie du post-partum). Elles contribuent très probablement à améliorer les pratiques professionnelles.

Q2- Le plan a-t-il permis d'améliorer l'humanité et la proximité de la prise en charge en périnatalité ?

Question n°2.1 : Le plan a-t-il permis de proposer aux couples des modes de prise en charge diversifiés, plus conformes à leurs attentes, incluant notamment un accompagnement et une prise en charge adaptés au déroulement des grossesses physiologiques ?

En ce qui concerne la grossesse, les établissements rencontrés ont mis en place l'entretien prénatal précoce, qui permet un temps d'échange plus approfondi avec le patient. Même s'il ne s'agit pas d'un changement radical, la mise en œuvre du plan et le développement des entretiens prénataux ont permis une meilleure prise en compte des souhaits des patients. Au sein de l'établissement de type I (CH Sud Léman Valserine), le nombre d'entretiens n'est pas comptabilisé, mais estimé à 50% des femmes suivies par l'établissement. Au sein de l'établissement de type II (CH Annecy), 22% des parturientes ont bénéficié d'un entretien prénatal précoce en 2009 ; au sein de l'établissement de type III (CH Chambéry), 24% en ont bénéficié. Ces deux établissements ont bénéficié chacun de 1 ETP et le proposent systématiquement aux patientes.

Le RP2S travaille actuellement au développement de réseaux de proximité « actifs et multidisciplinaires autour des patientes » avec les professionnels de santé libéraux (médecins généralistes et sages-femmes) pour le suivi des grossesses à bas risque dans le cadre des recommandations de la HAS de 2007. Concrètement, il s'agit d'une formation des professionnels et d'un travail d'homogénéisation des dossiers. Deux sites pilotes ont commencé ces travaux : Annecy-Chambéry et Thonon-les-Bains.

En ce qui concerne l'accouchement, sur le secteur d'Annecy, des sages-femmes libérales avaient souhaité créer une maison de naissance et ont sollicité le CH pour obtenir l'accès au plateau technique, mais sans succès. La création d'une « salle nature » est finalement envisagée mais n'a pas encore vu le jour. Le CH Sud Léman a autorisé l'accès d'une sage-femme libérale au plateau technique, mais l'expérience ne s'est pas poursuivie du fait de difficultés d'adaptation aux pratiques et protocoles hospitaliers.

Les trois établissements étudiés ont organisé des formations des sages-femmes à des techniques spécifiques (positions d'accouchement, mobilité pendant le travail, voire sophrologie et/ou acupuncture) et ont acquis du matériel dédié (ex. : ballons, arceaux, baignoire, rocking chair, etc.). Il s'agit toutefois d'initiatives locales qui ne sont pas directement en lien avec le plan.

Il est intéressant de noter que les accouchements à domicile volontaires ont augmenté entre 2007 et 2008, passant de 38 à 65 accouchements, ce qui peut être un signe d'attentes particulières des parturientes du territoire dans ce domaine.

Les attentes des patientes concernent également les suites de couches. Sur cet aspect, le plan (qui s'inscrit dans un contexte d'évolution des pratiques professionnelles) a contribué à la prise de conscience de l'importance du lien mère-enfant dans certains établissements, ce qui répond à une attente forte des parents. Par exemple, au CH d'Annecy, des chambres « kangourou » ont été créées. En revanche, d'autres établissements (ex. CH Sud Léman) étaient déjà engagés dans ce type de démarche avant le plan.

Par ailleurs, certains établissements ont organisé les sorties précoces (à partir de 2 heures après l'accouchement au CH de Chambéry), en lien avec les sages-femmes libérales pour mettre en place un suivi à domicile.

Au final, on note que les initiatives concernant la prise en charge de la grossesse physiologique sont entièrement laissées aux établissements et ne font l'objet d'aucune coordination par le RP2S. Le réseau a recensé et mis à disposition des patientes (sur l'espace public du site internet du RP2S) une information sur les types de préparation à l'accouchement proposés dans les maternités (traditionnel, sophrologie, aquatique) ainsi que sur l'entretien prénatal précoce.

Question n°2.2 : Les réseaux de périnatalité ont-ils permis d'articuler l'intervention des différents acteurs autour des besoins des familles, en particulier avec les services de PMI et l'offre de soins ambulatoire, pour assurer une continuité de la prise en charge de proximité des mères et des enfants, en amont et en aval de la naissance ?

Le RP2S inclut pour l'instant très peu de professionnels libéraux, mais développe plusieurs projets dans ce sens (notamment les réseaux de proximité mentionnés précédemment).

Les services de PMI, et notamment celui du département de la Haute-Savoie rencontré dans le cadre de l'évaluation, font partie du réseau.

Leur implication se traduit principalement par une participation au comité de prévention créé en 2008 à leur demande (ne se retrouvaient pas dans le contenu des réunions du comité scientifique) et plus particulièrement dédié à la prise en charge psycho-sociale. L'objectif de cette commission est d'améliorer les liens

entre les établissements, les libéraux et la PMI. Concrètement, ce comité a réalisé une photographie de la prise en charge psycho-sociale pour comprendre les profils et les problématiques rencontrées, formalisé une charte, et travaille à la réalisation de fiches de liaison et à une analyse des entretiens prénataux précoces réalisés par les établissements du réseau.

Par ailleurs, les sages-femmes du service de PMI de la Haute-Savoie ont participé à une formation pluridisciplinaire relative à l'entretien prénatal précoce, ce qui a favorisé une certaine dynamique avec les professionnels hospitaliers.

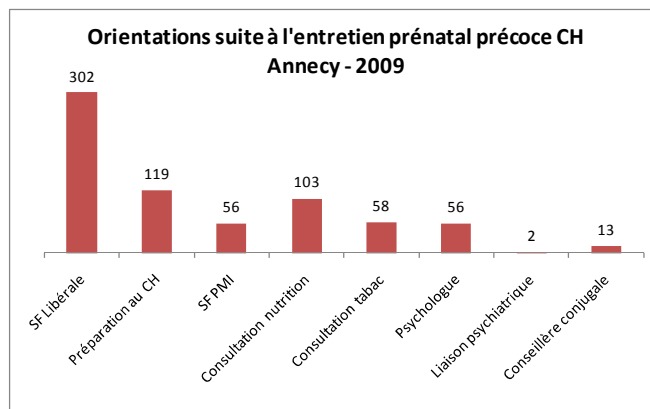
Au final, l'intégration des services de PMI dans le réseau ont permis de mieux faire connaître leurs missions et de faciliter l'orientation des patientes. Toutefois, certains professionnels ont tendance à orienter vers la PMI les cas particulièrement lourds et complexes qui demandent plus de temps, alors qu'aucun moyen supplémentaire n'a été attribué.

En termes d'outils d'échange d'information, la création d'un dossier commun périnatal est en projet au niveau régional depuis plusieurs années, et n'a toujours pas abouti, amenant certains acteurs à regretter qu'un outil national n'ait été créé dès le départ plutôt que de laisser l'initiative au niveau local.

Question n°2.3 : L'écoute, l'information, la prise en charge et l'accompagnement des femmes enceintes et des couples ont-ils été pris en compte par les établissements de santé et les professionnels ?

La distribution du carnet de santé maternité a été remaniée avec le déploiement de la nouvelle version. En Haute-Savoie, le Conseil général se charge de l'impression et l'envoie aux professionnels (libéraux, hospitaliers) qui en font la demande. Il n'est donc pas systématiquement envoyé et est peu utilisé par les acteurs de Haute-Savoie et particulièrement peu par les professionnels informatisés pour qui cet outil est redondant avec leur propre outil. Les sages-femmes hospitalières qui réalisent des consultations avancées (dans l'Ain depuis Saint Julien-en-Genevois par exemple) et sages-femmes de PMI l'utilisent de façon plus courante. La partie informative est jugée plutôt positivement par les professionnels, qui soulignent toutefois que les femmes enceintes reçoivent un grand nombre de documents et ne prennent peut-être pas le temps de tout lire.

Les séances de préparation à la naissance et l'entretien prénatal précoce constituent les principaux outils de recueil des attentes des couples. La proportion des sages-femmes ayant bénéficié de la formation proposée par le RPS2 est très variable selon les établissements (de 7% à 40% sur les établissements étudiés). L'entretien prénatal permet également un accompagnement plus personnalisé de la grossesse. En effet, une large partie des femmes enceintes vues en entretien est ensuite réorientée vers un autre interlocuteur de l'établissement ou en secteur libéral. A titre d'exemple, le graphique ci-dessous présente les orientations réalisées par le CH d'Annecy.



Les établissements ont en revanche peu de lisibilité sur les suites données à ces orientations et leurs effets sur les patientes.

Les sages-femmes du service de PMI de Haute-Savoie réalisaient déjà des entretiens de ce type avant la diffusion de la circulaire et continuent d'en réaliser (elles ont toutes suivi la formation). Cela entraîne, lorsque le patient est vu successivement par un libéral, puis un professionnel hospitalier puis par la PMI, des redondances dans le questionnement.

Les moyens obtenus par les établissements dans le cadre du plan pour les collaborations médico-psychologiques sont de 0,2 ETP au CH Sud Léman, 0,5 ETP au CH d'Annecy et 0,8 ETP au CH de Chambéry. A l'exception de l'établissement de type I pour lequel la demande faite par le service a été diminuée par la direction, ces moyens sont considérés comme suffisants. Selon les établissements, ces moyens sont nouveaux, ou venus en complément de moyens existants. Ces professionnels interviennent auprès des équipes (reprises de cas) et auprès des patientes de la maternité, et ont un effet rassurant.

Au sein de l'établissement de type III (CH Chambéry), la création de l'unité psychologique dédiée au pôle mère-enfant a diminué les échanges avec la psychiatrie de liaison qui participait au staff auparavant et a en quelque sorte « décalé » la présence psy de la maternité vers la pédiatrie (nourrissons), où elle est certes nécessaire, mais ne concerne plus les patientes présentant des troubles psychiatriques.

La création des centres périnataux de proximité (dans le cadre de reconversions de maternités de type I) peuvent également constituer un facteur d'amélioration de la prise en charge et de l'accompagnement des usagers, du fait de leur grande proximité. Les CPP de Chamonix et de Cluses, mis en place respectivement en 2000 et 2009 et rattachés à l'hôpital de Sallanches, réalisent des consultations prénatales, des séances de préparation à l'accouchement, des consultations post-natales pour les nouveau-nés et, à des visites à domiciles pour les usagères sorties précocement de la maternité. L'activité du CPP de Chamonix, qui se justifiait au départ du fait de l'absence de consultations avancées de PMI et de sage-femme libérale sur ce secteur, a progressivement décliné, notamment du fait

de l'installation d'une sage-femme libérale. Il est maintenant ouvert une demi-journée tous les 15 jours.

Question n°2.4 : Le plan a-t-il permis de mieux intégrer les attentes des usagers dans le pilotage et la mise en œuvre de la politique de périnatalité, au niveau national et au niveau régional ?

Les usagers ont deux représentants (un par département) au conseil d'administration du réseau RP2S. Celui-ci peine à les associer dans les groupes de travail. Une association de prématurés fait partie du groupe sur le suivi des enfants à risque.

Au niveau des établissements, le CH d'Annecy a créé une maison des usagers qui est à la disposition des associations pour mettre en place des permanences, mais aucune association du domaine de la périnatalité n'y est présente. Le CH de Chambéry organise des séances d'informations dans le domaine de la puériculture (distinctes de la préparation à la naissance) ouvertes au grand public. Ces initiatives n'ont pas été mises en place dans le cadre du plan.

Q3- Le plan a-t-il permis de renforcer la prise en charge des femmes et des couples les plus en difficultés au regard de l'amélioration de leur accès aux droits, aux soins ?

Question n°3.1 : Le plan périnatalité a-t-il permis de mobiliser les ressources existantes, notamment dans les départements (services de protection maternelle et infantile) et les dispositifs spécifiques (comme les PRAPS, les PASS...) et de les adapter aux enjeux de la période périnatale ? Quelle appréciation peut-elle être portée à ce sujet ?

La part de femmes enceintes déclarant tardivement leur grossesse est, en Haute-Savoie, particulièrement élevée par rapport à la moyenne régionale à 4,5% contre 2,9% (ORSRA 2007).

Les problématiques sociales sont particulièrement difficiles à faire entendre car le département de Haute-Savoie est globalement favorisé, mais recouvre de fortes disparités. Les situations de précarités rencontrées peuvent être à la fois des femmes en précarité « classique » (isolées, peu de revenus...), des femmes saisonnières, qui occupent beaucoup les pôles médico-sociaux de montagne, qui ont des conditions de logement très précaire et ont du mal à se faire suivre, mais aussi des femmes détenues (section de femmes à la prison de Bonneville) et des femmes migrantes, pour la plupart originaires des Balkans ou africaines (vivant à Genève) et ayant des problématiques de logement.

Le service de PMI de Haute-Savoie organise des consultations de sages-femmes, qui interviennent plutôt en anténatal et peu en post-partum et suivent de plus en plus de femmes en situation de grande précarité, avec parfois des situations

complexes sur le plan socio-psychologique. La mise en œuvre du plan n'a pas changé son positionnement ni ses modalités d'intervention. En revanche, les textes de 2007 ont renforcé son intervention dans le domaine de la protection de l'enfance, au détriment de la prévention.

Au sein des établissements, les assistantes sociales se chargent de tout mettre en œuvre pour ouvrir des droits aux personnes en situation précaire. Les besoins éventuels de traduction représentent un coût non pris en charge pour les établissements.

Des consultations PASS existent depuis plusieurs années dans les CH de Chambéry et d'Annecy. La première n'a pas évolué suite au plan périnatalité ; la seconde dispose de 0,5 ETP de sage-femme (hors plan).

Question n°3.2 : Des dispositifs innovants ont-ils été mis en place dans certaines régions dans le but de renforcer la vigilance en direction des femmes enceintes en situation de précarité (notamment les migrantes en situation irrégulière) ?

Un centre d'hébergement d'Annecy (Georges Bonnet) accueille régulièrement des femmes sans papiers (demandeurs d'asile) enceintes ou ayant accouché récemment et leur donne exceptionnellement accès au centre durant la journée (normalement, le centre ferme de 9h à 17h). Ce type de solution est plus palliatif que réellement innovant.

Q4- Le plan a-t-il permis de renforcer et d'articuler les interventions des différents acteurs ?

Question n°4.1 : Le plan a-t-il amélioré les articulations nationales /régionales/départementales, tout particulièrement avec les services de protection maternelle et infantile ?

Les deux services de PMI (Savoie et Haute-Savoie) font partie du CA et du comité d'évaluation du réseau RP2S.

La constitution d'un comité prévention dédié à la prise en charge psycho-sociale permet d'impliquer plus concrètement les services de PMI, moins concernés par les RMM et la définition de protocoles purement obstétriques, dans le travail en réseau.

Le déploiement de l'entretien prénatal précoce a amené une formation commune organisée par le réseau RP2S, ce qui a permis l'instauration d'une certaine dynamique entre les services de maternité et ceux de PMI mais les modalités de coordination entre les acteurs n'ont pas suffisamment été précisées.

Au final, le réseau a apporté une meilleure connaissance des services de PMI par les professionnels hospitaliers et libéraux, ce qui facilite l'orientation des

patients et les échanges sur des situations particulières. La charge de travail des services de PMI, qui ont des missions multiples, et la complexité des situations qu'ils ont à gérer ne leur permettent pas toujours de réaliser un suivi rapproché de leurs patients et peut leur faire perdre leur crédibilité.

Question n°4.2 : Le plan a-t-il permis d'impulser une dynamique locale (au niveau départemental et au niveau régional) en améliorant la cohérence entre les différents acteurs et entre les différentes démarches ?

Question n°4.3 : Quelle analyse de l'articulation et de la complémentarité du PRSP et du SROS est-il possible de faire ?

Non pertinent au niveau local

Q5- Le plan a-t-il permis de rendre le système d'information périnatal plus performant au niveau national, au niveau régional et au niveau départemental ?

Question 5.1 : Les recommandations émises par Euro-peristat concernant le recueil des indicateurs incontournables ont-elles pu être suivies ?

Non pertinent au niveau local

Question n°5.2 : Les nouvelles dispositions relatives aux premiers certificats de santé ont-elles permis une meilleure connaissance territoriale de l'état de santé des nouveau-nés ?

Le Conseil général de Haute-Savoie dispose d'un outil informatique (créé en interne) pour saisir les données du CS8 et y consacre 1,6 ETP. Un travail important a été mené conjointement avec le réseau RP2S (guide de remplissage, visites dans les maternités) afin d'harmoniser et d'améliorer la qualité du remplissage. Malgré cela, le niveau de qualité n'est toujours pas satisfaisant pour utiliser ces données.

Trois professionnels remplissent les CS8 au sein des établissements (secrétaires, sages-femmes et pédiatres), ce qui multiplie les risques de diminution de la qualité des données. D'autre part, les informations relatives aux CS8 des enfants transférés sont systématiquement perdues.

5 Réunion

5.1 Territoire de santé Réunion – Sud (département d’Outre-mer de la Réunion)

Contexte

Contexte démographique, socio-économique et sanitaire

Le département de la Réunion est partagé en 3 territoires de santé, autour des grands centres hospitaliers. Le territoire Sud est organisé autour du groupement hospitalier, et notamment le CHR de Saint-Pierre.

La particularité insulaire, l’enclavement de certains territoires et la particularité géologique de l’île contraignent fortement l’habitat et les déplacements : ainsi 80% de la population de l’île réside sur 25% du territoire (et 40% du territoire est inhabité).

La population réunionnaise est de 782 000 habitants (INSEE 2006) et la densité de 315 habitants au km² (INSEE 2006).

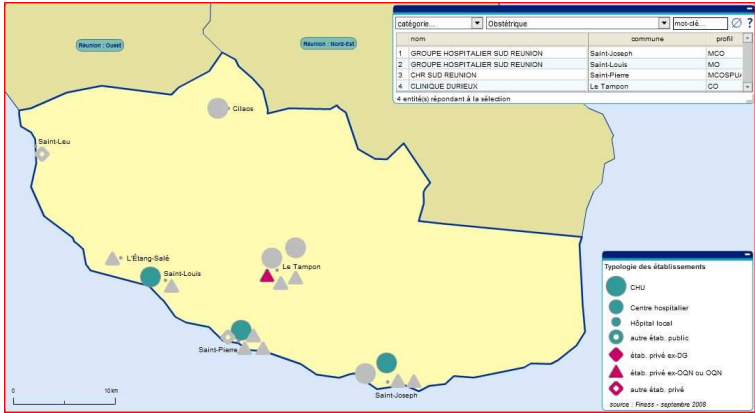
Le département de la Réunion compte environ 14 800 naissances annuelles. L’excédent naturel entraîne une croissance démographique forte et indique une transition démographique non encore achevée (taux de natalité fortement supérieur à la métropole). Le taux de mortalité est en revanche faible, en raison de la jeunesse de la population.

Le taux de précarité est largement supérieur au niveau national, avec un taux de bénéficiaires du RMI de 20,6% (la moyenne des DOM est de 17%) et 50% des réunionnais sont bénéficiaires de la CMUC (INSEE 2005) ; le taux de pauvreté est difficilement comparable à la métropole : il est de 52% si on considère les mêmes critères et de 17% si on établit des critères spécifiques (INSEE 2009).

Les taux de mortalité liés à la périnatalité sont supérieurs à la moyenne nationale mais plutôt favorable par rapport à la moyenne des DOM : les taux de mortalité infantile et néonatale de la Réunion sont respectivement de 7,9‰ et 5,7‰, (la moyenne des DOM est de 8,5‰ et 5,9‰). Les taux de mortalité périnatale (15,4‰) et de mortinatalité (11,4‰) sont inférieurs aux taux moyens des DOM (18‰ et 14,1‰) (INSEE 2005).

Par ailleurs, en ce qui concerne les différents taux de mortalité, une baisse était constatée depuis le milieu des années 1980, mais une stagnation, voir une remontée des taux s’observe depuis 2002.

Le taux de césarienne des établissements du territoire est de 16%

	environ en 2009.
<p>Offre de soins</p>	<p>Etablissements : le territoire est organisé autour du Groupe Hospitalier Sud Réunion (GHSR) qui réunit 3 sites : le Centre Hospitalier Régional de Saint Pierre (CHR), maternité de type III, l'hôpital de Saint Louis (maternité de type I) et le Centre Périnatal de Proximité situé à Saint Joseph. En compte en plus la Clinique Durieux (maternité de type I) situé au Tampon.</p> <p>1 établissement public, réparti sur trois sites comprenant une maternité de type III (Saint Pierre), une maternité de type II (Saint-Louis) et un CPP (Saint-Joseph)</p> <p>1 établissement privé : Clinique Durieux au Tampon (type I).</p> <p>Ces établissements regroupent 129 lits d'obstétrique et 21 de néonatalogie et réanimation néonatale (8 lits kangourous inclus) (SAE 2008) et comptabilisent annuellement environ 5 547 naissances.</p> <p>Le taux de fuite du territoire se situe autour de 4% (avec un taux de près de 27% pour l'extrémité Nord-Ouest du territoire de santé).</p>  <p>Libéraux : les densités des médecins libéraux du département généralistes et spécialistes sont très inférieurs à la moyenne métropolitaine, mais meilleure que la moyenne des DOM (167 pour 10 000 habitants contre 146 dans l'ensemble des DOM) ; en de même la densité de sages-femmes : 127 pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans - tous secteurs confondus) est inférieure à la moyenne nationale.</p> <p>PMI : le service de PMI du CG974 est rattaché à la direction de la santé publique, au sein de la direction générale adjointe Famille, enfance, jeunesse, il est composé de 230 agents environ, dont 33 infirmières, 26 médecins, 23 sages femmes et 38 puéricultrices</p> <p>Autres acteurs de la périnatalité : l'association REUNISAF met en place des actions de sensibilisation, de prévention et de formation autour du syndrome d'alcoolisation foetale. Le CAMSP</p>

	<p>prend en charge le suivi des grands prématurés ou des nouveau-nés présentant des retards de croissance.</p> <p>La Ville Saint-Joseph a mis en place un Atelier Santé Ville.</p> <p>Réseau : le REseau PErinatal REunion (REPERE) a été crée en 2000, dans le Sud du territoire. Il s'est ensuite étendu au reste de la région, à partir de 2003. Au-delà des actions de formation, d'études, de rédaction de protocoles, le réseau encadre 4 coordinations de territoire (Sud, Nord, Est et Ouest) qui fonctionnent de manière relativement indépendante, avec le travail de 4 sages-femmes coordinatrices dans les établissements de référence. Il s'agit de réseaux de proximité permettant la prise en charge de patientes. Seul le poste de la coordinatrice de Saint-Pierre est pour le moment financé par le FIOCS, à hauteur de 0,5 ETP (extension à 1 ETP pour le Sud et 0,5 ETP pour les autres territoires à venir).</p> <p>Il compte 370 professionnels intervenants, dont 154 adhérents.</p>
--	--

Éléments de réponse aux questions évaluatives

Q1- Le plan a-t-il permis d'améliorer la sécurité et la qualité de la prise en charge en périnatalité ?

Question n°1.1 : Les réseaux de périnatalité, tout en tenant compte de leur hétérogénéité, ont-ils permis d'améliorer la prise en charge des femmes et des nouveau-nés, notamment par des orientations et des transferts adaptés à leur situation et leur garantissant une sécurité accrue ?

Le REPERE, créé en 2003 vise à améliorer la qualité, la sécurité et la coordination des soins périnataux. Il a pris une dimension régionale depuis 2008. Pour cela, il mène plusieurs actions : rédaction de protocoles (hémorragies du post partum, hypertension ...) diffusés dans les maternités. Des revues de morbidité et mortalité sont également organisées ainsi que des évaluations des pratiques cliniques. Chaque année, trois ou quatre formations sont organisées sur des thématiques variables (infection, prématurité, addictions, rééducation périnéale...), en fonction des priorités identifiées. Le suivi des indicateurs permet de réaliser chaque année une étude épidémiologique.

Le réseau ne prend pas en charge les transferts des patientes, ils sont organisés par chaque établissement et réguler et effectué en pratique par le SAMU. Cependant, dans le Sud du département, ils ne constituent pas réellement un enjeu pour les parturientes, car deux tiers des naissances se font dans la maternité de type III. Pour le tiers restant, les femmes sont orientées en amont (non quantifiable). Ainsi, les patientes de la clinique appellent systématiquement la maternité avant de se présenter, ce qui donne lieu à une orientation adaptée avant leur venue. De plus, les patientes en situation de grossesse pathologique et incluses dans le réseau sont d'office orientées vers la maternité adaptée.

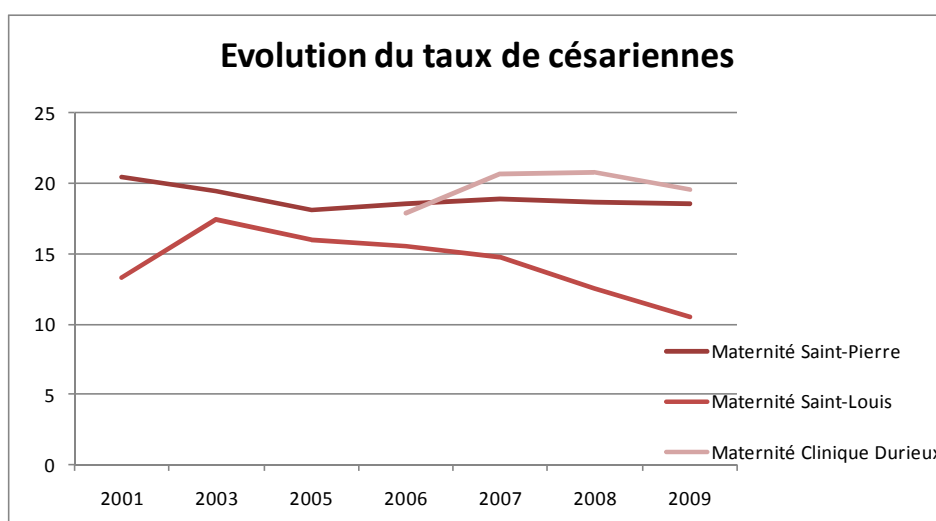
Les cas de transferts sont donc très limités :

- 112 TIU officiels (n'inclut pas les recommandations des médecins aux patientes sans contact entre médecins) de la maternité de Saint Louis (I) à la maternité de Saint Pierre (III). A cela s'ajoute une dizaine de TIU vers la métropole chaque année. Aucun transfert de la Clinique Durieux vers le CHR.
- 35 TNN pour les deux maternités de type I.
- 3 naissances avant 35SA ont eu lieu dans les deux maternités de type I, 2 ont été immédiatement transférés sur le site de Saint Pierre.

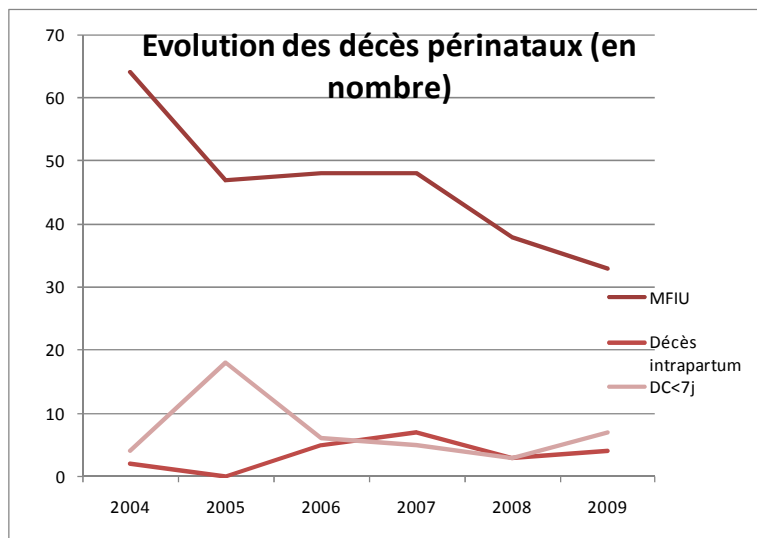
Quand un transfert de nouveau-né est décidé, l'équipe de la maternité III se déplace pour aller chercher l'enfant.

Par ailleurs, les transferts de maternité de type III vers la maternité publique de type I fonctionnent également lorsque le site de Saint Pierre est surchargé (234 cas, dont 8 en TIU). Le manque de lits disponibles en néonatalogie conduit parfois à ne pas respecter les protocoles de transferts au sein de la maternité de type III (nouveau-nés de moins de 1200g en maternité). Le manque de lits disponibles est aggravé par le nombre élevé de naissances prématurées (environ 10%, tandis que la moyenne nationale est de 7%).

La survenance des complications maternelles, notamment des césariennes diminue depuis 2001. Aucun décès maternel n'a été signalé depuis 2006, et on compte 8 cas depuis 2001 (pour 32 733 grossesses) pour les établissements du territoire.



En ce qui concerne la mortalité périnatale, elle évolue également à la baisse, même si les données pour 2009 semblent indiquer une légère remontée des cas de décès néonataux. Les taux de mortalité restent cependant très supérieurs à la moyenne métropolitaine (deux fois supérieurs pour la mortalité néonatale, trois fois supérieurs pour la mortalité maternelle).



Le territoire est marqué par la forte proportion des gestantes suivies par leur médecin généraliste. Celles-ci sont quantitativement plus suivies que les patientes de métropole. Certains acteurs estiment que les médecins généralistes ne sont pas suffisamment formés aux problématiques du suivi de grossesse, et notamment les cas de grossesse pathologique, ce qui peut entraîner un défaut d'orientation dans ces derniers cas. La création du réseau visait précisément à améliorer le lien entre les médecins traitants et les professionnels hospitaliers pour renforcer la bonne orientation des patientes, par leur inclusion dans les quatre réseaux de proximité des territoires lors de grossesses pathologiques.

Les établissements du territoire mettent en place des revues de morbidité et mortalité.

Au-delà du plan, les professionnels de santé regrettent les décrets fixant le nombre de personnels dans les maternités ne tiennent compte que du nombre d'accouchement, et pas du nombre de grossesses pathologiques suivies.

Question n°1.2 : La prise en charge des urgences obstétricales, notamment des hémorragies du post-partum, répond-elle aux recommandations existantes ? Les recommandations pour la pratique clinique (RPC) existant sur ce thème sont-elles connues et appliquées par les professionnels ?

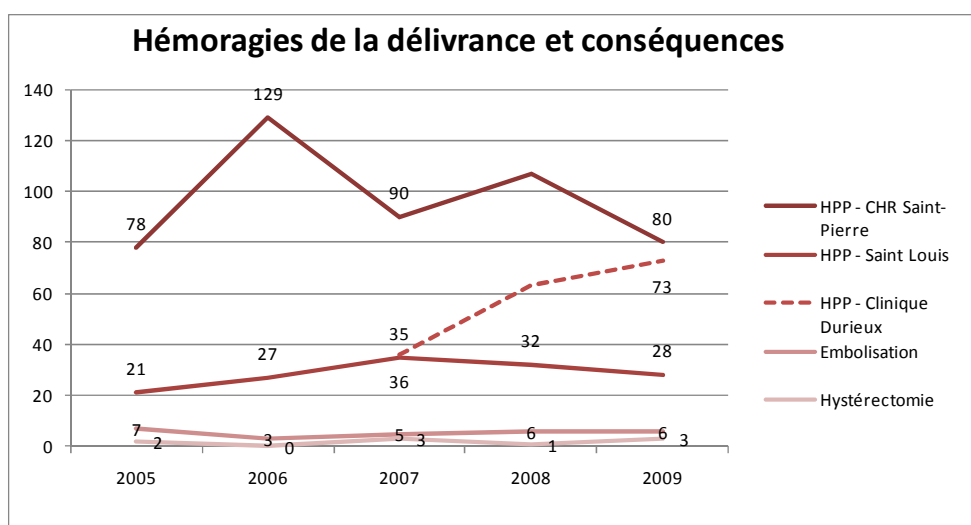
Le REPERE a édité les protocoles concernant les hémorragies de la délivrance, qui sont diffusés dans les maternités.

Les cas d'hémorragies de la délivrance tendent à augmenter depuis 2005. Pour autant, on ne constate pas d'augmentation significative des embolisations ni des hystérectomies (ce qui laisse présager un bon traitement médicamenteux des cas). En cas d'hémorragie du post partum, seul l'établissement de Saint-Pierre est habilité à réaliser les embolisations pour toute l'île, ce qui accroît

considérablement le délai de traitement pour les parturientes du Nord. Une amélioration de la prise en charge est à attendre de l'habilitation de Saint-Denis.

Le taux élevé d'hémorragies de la délivrance est à mettre en relation avec le contexte réunionnais, où la proportion de multipares est plus élevée (8,2% de grandes multipares en 2009).

L'augmentation brusque des cas signalés par la Clinique Durieux s'explique au moins en partie par la mise en place d'un système plus performant de comptage des hémorragies (mesure du sang perdu).



Le SROS 2005 - 2010 prévoyait une coordination avec le schéma d'organisation de la transfusion sanguine, afin de mettre à disposition de tous les patients des produits sanguins labiles et d'optimiser la ressource. La Clinique Durieux demande à disposer d'un dépôt de produits sanguins labiles, depuis 2000 ; le dossier est en cours d'instruction.

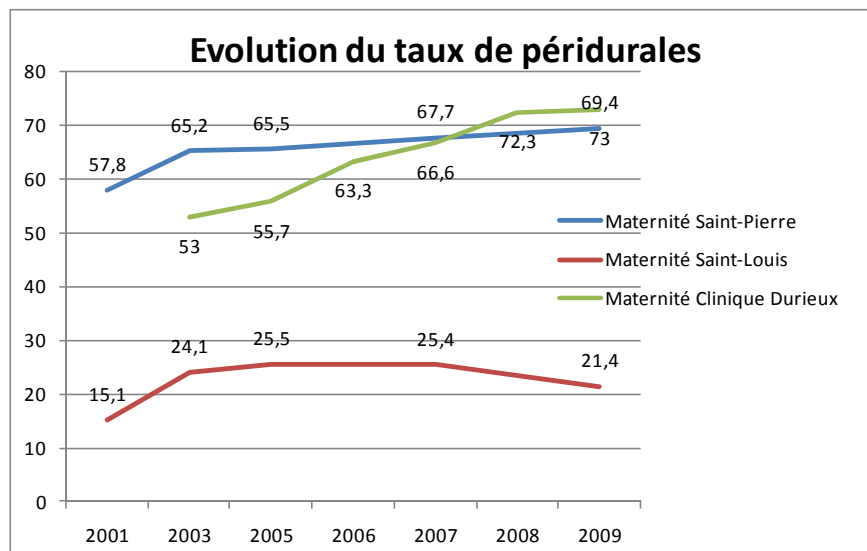
Q2- Le plan a-t-il permis d'améliorer l'humanité et la proximité de la prise en charge en périnatalité ?

Question n°2.1 : Le plan a-t-il permis de proposer aux couples des modes de prise en charge diversifiés, plus conformes à leurs attentes, incluant notamment un accompagnement et une prise en charge adaptés au déroulement des grossesses physiologiques ?

Les établissements rencontrent peu de cas de projets de naissance. Ceux-ci seraient considérés par les patientes comme trop intellectuels ou compliqués, sans qu'elles ne sachent réellement ce qu'ils impliquent.

Connaissant le retard du département, au regard des indicateurs de mortalité, les professionnels tendent à considérer les accouchements « moins médicalisés » comme un luxe. Il ne semble pas y avoir de demande forte de la part de la population, comme l'atteste la surreprésentation de la maternité de type III dans

le nombre d'accouchement. Par ailleurs, les sages-femmes hospitalières notent une certaine protocolisation de la naissance, avec une péridurale de plus en plus systématique.



Par ailleurs les femmes rencontrées ont explicitement choisie d'accoucher dans la maternité de type III, pour le niveau de sécurité qu'elle présente (en plus du critère de la proximité) : elles affirment être prêtes à réduire leur confort pour cela.

Cependant dans le cadre de la construction du nouveau pôle Mère Enfant, deux espaces physiologiques seront mis à disposition. Par ailleurs, les sages-femmes sont formées aux différentes postures de l'accouchement, et la maternité a acquis du matériel (ballon). Les professionnels n'envisagent pas ces dispositions en dehors d'un plateau technique. A l'inverse, ce sont les plateaux-techniques qui peuvent s'ouvrir aux sages-femmes.

A l'inverse, la Clinique Durieux (maternité de type I) a largement développé les modes de prises en charge « alternatifs » : haptonomie, méthode de Gasquet, hypnose. Par ailleurs, lorsqu'un projet de naissance existe, il est respecté dans la mesure du possible, et discuté entre la patiente et les professionnels, afin d'échanger sur la faisabilité des souhaits dans le cadre d'une sécurité optimale.

Les grossesses pathologiques sont systématiquement orientées vers la maternité de type III. Toutes les patientes sont reçues en consultation d'anesthésie et un professionnel est disponible 24h / 24. On remarque que la mise à disposition d'un anesthésiste augmente dans le temps le taux de péridurale pratiquée. Pendant longtemps, le déficit d'anesthésiste dans l'île ne permettait de pas de constituer la péridurale comme un choix pour l'accouchement, elle ne s'est généralisée que depuis quelques années.

Question n°2.2 : Les réseaux de périnatalité ont-ils permis d'articuler l'intervention des différents acteurs autour des besoins des familles, en particulier avec les services de PMI et l'offre de soins ambulatoire, pour assurer une continuité de la prise en charge de proximité des mères et des enfants, en amont et en aval de la naissance ?

Le REPERE s'est clairement positionné dans une optique de prise en charge des patientes, focalisant son attention sur la prise en charge des grossesses pathologiques : les sages-femmes coordinatrices dans chaque territoire sont référentes des différentes patientes qui leur sont adressées et se chargent d'organiser la continuité et la globalité de la prise en charge (orientation, prise de rendez-vous...). Les réseaux de proximité constituent ainsi des « guichets uniques » de la prise en charge des patientes. Tous les établissements du territoire affirment travailler conjointement avec le réseau pour l'orientation des patientes.

En 2009, 222 patientes ont été incluses dans l'un des 4 réseaux de proximité du REPERE, dont 152 pour le territoire Sud. Parmi ces dernières, près de la moitié (70) étaient suivies en raison d'une surcharge pondérale (simple ou associée à une autre pathologie).

Les médecins généralistes sont intégrés ou adhérents au réseau REPERE, même si leur implication pourrait être améliorée.

	Professionnels adhérents		Professionnels non adhérents	
	Ensemble du réseau	territoire sud	Ensemble du réseau	territoire sud
Généralistes	9	6	102	81
Spécialistes	35	25	49	26
Spécialistes hospitaliers	3	3	14	8
Infirmiers	0	0	1	1
Autres profession de santé	1	1	2	1
Autres profession	0	0	1	1

Par ailleurs, l'histoire du réseau explique que son fonctionnement oppose encore quelques résistances, qui s'amenuisent avec les années. En effet, avant son extension à l'ensemble du département, des réseaux plus ou moins formels existaient dans les maternités, qui se sont trouvés remis en question, par un réseau encore très attaché aux établissements du sud. L'ouverture, y compris des instances de décisions permet de faire tomber progressivement ces réticences.

Le service de PMI effectue un important travail de suivi de grossesse sur le territoire, mais son action semble en retrait (7% des grossesses en moyenne) et en partie concurrencée par le positionnement du réseau périnatal. En effet, le rôle de plaque tournante qui lui revenait traditionnellement est dorénavant attribué au réseau ce qui nécessite quelques années pour l'ajustage. Il est également victime d'une image connotée (« social », confusion avec l'Aide Sociale à l'Enfance).

Pour autant, le service de PMI et le REPERE travaillent en étroite collaboration au niveau régional, qu'il s'agisse des formations, des actions de sensibilisation ou

des autres activités du réseau. Au niveau local, les liens entre les professionnels hospitaliers et les professionnels de PMI se font facilement et régulièrement. Les sages-femmes se connaissent et ont l'habitude de travailler ensemble, notamment avec le Centre Périnatal de Proximité.

Le travail avec le service de PMI se fait de manière relativement ponctuelle pour la maternité de Saint-Pierre, tandis qu'au sein de la Clinique, la référente s'entretient avec chaque patiente avant sa sortie (depuis 2008). Le déficit de médecin de PMI sur le territoire limite les capacités d'intervention du Conseil général.

Des tensions existent parfois entre le secteur public et le secteur privé, bien que cela ne soit pas visiblement le cas pour le territoire de santé Sud Réunion. Par ailleurs, des collaborations devraient être développées entre les médecins libéraux et les maternités, afin de renforcer la pratique des médecins généralistes en matière de suivi de grossesse et de développer une répartition plus claire des rôles pour le suivi de grossesse. Cette collaboration doit permettre de renforcer la compétence des médecins généralistes en matière de dépistage des grossesses pathologiques qui pourraient se cantonner au suivi des autres grossesses. Ce travail est en cours, mais la coordination sur ce point semble encore difficile.

Un CAMSP permet d'assurer le suivi des grands prématurés (6 consultations jusqu'à 2 ans, puis prolongement jusqu'à 4 ou 5 ans). La quasi-totalité des grands prématurés (> à 33 SA), soit environ 200 enfants par an est suivie dans ce cadre.

Si la circulation de l'information entre professionnels pendant la grossesse est facilitée par la bonne utilisation du carnet de maternité (22 000 carnets commandés chaque année pour 14 000 naissances) et l'inclusion de certaines patientes le réseau, certains acteurs soulignent le manque de retour d'information après un transfert. L'opportunité d'un dossier commun informatisé est en cours de discussion.

Le SROS 2005 - 2010 ne prévoyait pas de développer les systèmes d'Hospitalisation à Domicile (HAD) en matière de périnatalité, considérant que l'offre en matière de sages-femmes libérales était suffisante pour couvrir le territoire, y compris en visite à domicile.

Question n°2.3 : L'écoute, l'information, la prise en charge et l'accompagnement des femmes enceintes et des couples ont-ils été pris en compte par les établissements de santé et les professionnels ?

Des collaborations médico-psychologique sont mises en place dans le cadre d'un partenariat avec l'établissement public de santé mentale. Dans un contexte où 30% des réunionnais connaissent des problèmes psychiques, l'équipe de la maternité de Saint-Pierre a développé ces collaborations sous deux formes : intégration de la psychiatrie aux services de gynécologie-obstétrique et dans les maternités et intervention de l'équipe de pédopsychiatrie dans les maternités. Ce

projet est en cours de finalisation. Des progrès sont attendus sur ce point dans le territoire sud, tandis que des équipes de santé mentale en périnatalité existe pour les autres territoires.

Le nombre de femmes bénéficiant d'un Entretien Périnatal Précoce (EPP) est estimé à 30%. Au CHR, 2 sages-femmes y sont dédiées. Ce taux est plus fort que la moyenne de l'île, notamment parce qu'il s'agit du territoire historique du réseau. La clinique Durieux met également en place les EPP, y compris de manière informelle. Les sages-femmes ressentent en effet le besoin de connaître leurs patientes pour pouvoir travailler avec elles. Un entretien d'une heure ne peut suffire à connaître suffisamment les situations, encore moins lorsque les professionnels n'ont que le compte-rendu papier.

Le service de PMI a réalisé environ 1 230 EPP en 2009, ce qui correspond à environ 9% des naissances. Il est donc très investi sur ce sujet, qui ne constitue pas une innovation dans ses méthodes de travail.

Le carnet de santé de maternité est globalement utilisé et rempli. Les usagères rencontrées ayant accouché après 2007 l'ont tenu reçu et utilisé, si sa taille ne fait consensus, la qualité de son contenu et son intérêt sont soulignés. Les professionnels ajoutent qu'en plus de faciliter l'échange d'information entre les professionnels, il permet réellement à la patiente de s'approprier sa grossesse.

La clinique Durieux met en place des enquêtes de satisfaction dont il ressort que 95% des patientes sont satisfaites de l'information qui leur est fournie.

Un Centre Périnatal de Proximité (CPP) a remplacé la maternité de Saint-Joseph. Il permet d'assurer une offre de soin sur le territoire, pour lequel le déficit de professionnel libéraux est criant. De fait il semble rencontrer un vrai succès, à la fois pour la préparation à la naissance et la parentalité et pour l'entretien périnatal précoce. De 4 100 consultations en 2008, il est passé à 4 700 en 2009.

Il arrive que des femmes accouchent au CPP (la sage-femme du CPP se rend régulièrement à la maternité de type III, ce qui lui permet de garder ses compétences).

Question n°2.4 : Le plan a-t-il permis de mieux intégrer les attentes des usagers dans le pilotage et la mise en œuvre de la politique de périnatalité, au niveau national et au niveau régional ?

Les usagers et de leurs représentants sont peu présents dans les instances de décision (même si leur plus value est affirmée), quelle que soit la thématique concernée. Cela s'explique en partie par une « survalorisation » de la parole médicale par les patients réunionnais, mais aussi un fort taux d'illettrisme et un taux de femme diplômée dans l'enseignement supérieur très inférieur à la moyenne nationale (1 sur 5 pour l'île, contre 1 sur 2 en métropole).

. Le collectif « Avec » (regroupement d'association de parents d'enfants porteurs d'un handicap) est cependant présent au sein de la CRN, de même qu'au Conseil d'Administration du REPERE.

Le SROS 2005 - 2010 prévoyait de renforcer la prise en compte des usagers, en renforçant le « rôle actifs » des patients dans les établissements de soins et dans les différentes instances consultatives.

Q3- Le plan a-t-il permis de renforcer la prise en charge des femmes et des couples les plus en difficultés au regard de l'amélioration de leur accès aux droits, aux soins ?

Question n°3.1 : Le plan périnatalité a-t-il permis de mobiliser les ressources existantes, notamment dans les départements (services de protection maternelle et infantile) et les dispositifs spécifiques (comme les PRAPS, les PASS..) et de les adapter aux enjeux de la période périnatale ? Quelle appréciation peut-elle être portée à ce sujet ?

La PASS périnatale du GHSR, située à Saint-Louis, est financée uniquement pour du temps d'assistance sociale. Les professionnels mettent cependant en évidence que si la consultation a officiellement à Saint Louis, elle est appliquée sur les 3 sites. Un audit effectué dans le cadre des MIG a mis en évidence un besoin de réorganisation des moyens accordés, sans qu'il ne soit nécessaire de les renforcer.

Quand une situation de vulnérabilité est détectée, elle peut être orientée vers le service de PMI qui vient dans le service, ou vers les services sociaux si un signalement doit être fait.

De plus, le service de PMI est l'interlocuteur le plus rapidement identifié par les mahoraises lorsqu'elles sont suivies à la Réunion, puisqu'elles connaissent cette structure à Mayotte.

Pour les personnes ne disposant pas de couverture sociale, ou d'une couverture complémentaire incomplète, le Conseil général finance les soins du suivi de la grossesse.

Question n°3.2 : Des dispositifs innovants ont-ils été mis en place dans certaines régions dans le but de renforcer la vigilance en direction des femmes enceintes en situation de précarité (notamment les migrantes en situation irrégulière) ?

Les établissements de l'île de la Réunion prennent en charge les parturientes et les nouveau-nés mahorais (15 TIU vers le CHR Saint-Pierre et environ 40 vers Saint Denis), mais aussi malgaches et comoriennes⁶. Un dispositif EVASAN oriente les patients de l'Océan Indien vers Mayotte (établissement de type II) puis éventuellement vers la Réunion.

Un travail en concertation entre le REPERE et Mayotte doit permettre de mieux définir et repérer les situations périnatales à risque afin de favoriser les TIU et de protocoliser la prise en charge (conditions d'accueil, entourage affectif et émotionnel).

Lorsque les patients sont françaises ou en situation régulière, elles sont hospitalisées avec leurs enfants, pour une partie du séjour. Quand le temps de séjour est trop long ou que les patientes sont en situation irrégulières, des dispositifs permettent parfois de les accueillir, après leur hospitalisation. Par exemple, des rapprochements pourraient être faits avec les associations et des interprètes. Les associations confessionnelles peuvent répondre à la fois aux problématiques de langue et à l'environnement émotionnel et affectif des parents mahorais ou comoriens. Ces partenariats sont envisagés mais non mis en place : un problème de financement persiste.

A l'heure actuelle, les professionnels sollicitent les autres patientes du service pour traduire ou le personnel parlant plusieurs langues. Une liste de « traducteurs » est ainsi disponible.

Q4- Le plan a-t-il permis de renforcer et d'articuler les interventions des différents acteurs ?

Question n°4.1 : Le plan a-t-il amélioré les articulations nationales /régionales/départementales, tout particulièrement avec les services de protection maternelle et infantile ?

Le service de PMI est associé à la CRN, ainsi qu'au travail du réseau REPERE. Il travaille en étroite collaboration dans le cadre du réseau régional. Un problème semble persister dans l'articulation entre les réseaux de proximité et le service de PMI.

Cependant, il semble que la prise en charge de patiente par ce dernier remplace l'intervention du service de PMI qui n'est plus systématiquement l'interlocuteur

⁶ Environ 8 000 accouchements par an pour les 3 îles des Comores

relai en cas de vulnérabilité. Par ailleurs, le faible poids de la PMI dans le suivi des grossesses (5% à 8% environ) ne facilite pas sa prise de position.

Le SROS Réunion prévoit de renforcer la collaboration avec Mayotte, bien que la périnatalité ne fasse pas partie des enjeux prioritaires identifiés (réanimation mis à part). Pourtant un certain nombre de cas sont transférés dans les maternités de Saint Denis ou de Saint Pierre dans une moindre mesure.

Question n°4.2 : Le plan a-t-il permis d'impulser une dynamique locale (au niveau départemental et au niveau régional) en améliorant la cohérence entre les différents acteurs et entre les différentes démarches ?

Non pertinent au niveau local

Question n°4.3 : Quelle analyse de l'articulation et de la complémentarité du PRSP et du SROS est-il possible de faire ?

Non pertinent au niveau local

Q5- Le plan a -t-il permis de rendre le système d'information périnatal plus performant au niveau national, au niveau régional et au niveau départemental ?

Question 5.1 : Les recommandations émises par Euro-peristat concernant le recueil des indicateurs incontournables ont-elles pu être suivies ?

Non pertinent au niveau local

Question n°5.2 : Les nouvelles dispositions relatives aux premiers certificats de santé ont-elles permis une meilleure connaissance territoriale de l'état de santé des nouveau-nés ?

Le réseau édite chaque année un rapport épidémiologique périnatal, reprenant une partie des indicateurs. Le service de PMI recueille environ 98% des CS8 du territoire, leur analyse donne lieu à une analyse épidémiologique annuelle, qui n'est plus présentée du fait du manque d'intérêt par les professionnels de santé du territoire (probablement lié à un sentiment de faible fiabilité). Les données sont cependant tenues à disposition de tous les acteurs qui en font la demande.

Pour renforcer la réactivité de la prise en charge, les puéricultrices de PMI récupère une version papier au moment de leur visite en maternité.