



Note de cadrage

Note de cadrage

Réseau de Périnatalité de Basse Normandie

CHU de Caen – Bât FEH niveau 2 – Avenue Côte de Nacre – CS30001 – 14033 CAEN cedex 9

Tel : 02 31 27 27 91 / 02 31 27 23 71

Fax : 02 31 27 26 28

Courriel : contact@perinatbn.org

Site internet : www.perinatbn.org

SOMMAIRE

1	POINTS D'AMELIORATION.....	4
1.1	Réduction du nombre de commissions	4
1.2	Déclarations CNIL.....	5
1.3	Place des usagers au sein du réseau	5
1.4	Augmenter les actions préventives.....	6
2	AXES A DEVELOPPER.....	6
2.1	Créer des registres	6
2.2	Diversifier les ressources	7
2.3	Coordonner des actions avec d'autres établissements	7
2.4	Identifier les populations socialement vulnérables	7
3	COMMISSIONS – GROUPES DE TRAVAIL.....	8
3.1	Commission « Prénatale »	8
3.1.1	Dossier Prénatal Partagé (DPP).....	8
3.1.2	Entretien Prénatal (EP).....	8
3.1.3	Interruption Volontaire de Grossesse par voie médicamenteuse	9
3.1.4	Hémorragie de la délivrance	9
3.1.5	Agrément pour le dépistage au 1 ^{er} trimestre de la trisomie 21.....	10
3.1.6	Transferts.....	10
3.2	Commission « Postnatale »	11
3.2.1	Suivi du nouveau-né à risque de séquelle « Petit...deviendra grand »	11
3.2.2	Promotion de l'allaitement maternel.....	11
3.2.3	Dépistage de la surdité néonatale	12
3.3	Commission « Accompagnement Médico Psycho Social »	13
3.3.1	Mise en place d'une charte sur le fonctionnement du staff MPS.....	13
3.3.2	Grossesse et addictions	13
3.3.3	Dépression ante et postnatale	14
3.3.4	Pathologie psychiatrique chronique	14

3.3.5	Grossesse à risque psychique important	14
3.3.6	Précarité et migration	15
3.4	Commission « Evaluation ».....	15
3.4.1	Indicateurs	15
3.4.2	Revue de Morbi-Mortalité	15
3.4.3	Evaluation des pratiques professionnelles	16
3.4.4	Registre des décès foeto-infantiles	16
4	BUDGET 2013	17
5	Pour conclure.....	19

Afin de répondre au mieux à votre demande de note de cadrage pour les actions mises en place par le réseau de périnatalité au cours des années 2013 à 2015, le conseil d'administration s'est réuni le 4 juillet 2013 et a débattu des divers points cités ci-dessous.

Cette note a été rédigée en reprenant les différents points de votre courrier et avons tenté d'y apporter une réponse. Nos objectifs pour les années 2014 et 2015 sont pensés et définis mais pas encore entièrement détaillés.

1 POINTS D'AMELIORATION

1.1 REDUCTION DU NOMBRE DE COMMISSIONS

Actuellement, il existe de nombreuses commissions au sein du réseau. Initialement il y en a eu 5 de créées puis 4 de rajoutées fin 2012. Ces 9 commissions sont :

- Le dossier prénatal partagé
- L'entretien prénatal
- Le suivi du nouveau-né à risque de séquelles « Petit ...deviendra grand »
- Communication, système d'information régional
- Formations, référentiels, évaluation des pratiques professionnelles
- Accompagnement Médico Psycho Social
- Promotion de l'allaitement maternel
- Interruption Volontaire de Grossesse par voie médicamenteuse
- Hémorragie de la délivrance

Le Conseil d'Administration a décidé de réduire ce nombre à 4 commissions qui resteront pérennes. Ces commissions seront composées de groupes de travail dont la durée de vie sera variable selon la thématique. Une fois l'objectif atteint, certains groupes de travail n'auront plus lieu d'être et seront remplacés par de nouveaux projets. Les divers groupes de travail et leurs objectifs seront déclinés dans le chapitre 3. Les 4 commissions retenues sont :

- Commission « prénatale »
- Commission « postnatale »

- Commission « accompagnement médico psycho social »
- Commission « évaluation »

1.2 DECLARATIONS CNIL

Toutes les déclarations CNIL nécessaires au bon fonctionnement du réseau de périnatalité ne sont pas finalisées.

Par sa décision DE-2011-024 du 28/04/2011, la Commission Nationale Informatique et Libertés autorise le réseau de périnatalité de Basse Normandie à mettre en œuvre un traitement des données de santé à caractère personnel ayant pour finalité de fournir des indicateurs régionaux en périnatalité.

Le traitement automatisé du système d'information nominatif EVAMED de suivi et de développement neurologique et sensoriel des grands prématurés nés en Basse Normandie bénéficie d'un avis favorable du comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé depuis le 20 juin 2012. Il n'a toutefois pas été transmis à la CNIL auprès de laquelle EVAMED n'est donc pas déclaré. Le réseau s'engage à renvoyer tous les documents nécessaires d'ici la fin de l'année 2013 afin d'obtenir un accord CNIL.

Le réseau envisage de créer un registre des décès foeto-infantiles, ce qui engendrera également une demande auprès de la CNIL. Un groupe de travail va être formé au 3^{ème} trimestre 2013 afin de préparer le dossier et réunir tous les éléments nécessaires à la réalisation de ce registre.

1.3 PLACE DES USAGERS AU SEIN DU RESEAU

Dans les statuts de l'association interprofessionnelle de périnatalité de Basse Normandie, il est prévu 4 places d'usagers au sein du Conseil d'Administration en tant que membres de droit. Un seul poste est pourvu.

Lors des prochaines élections qui auront lieu en 2014, il est prévu de solliciter plus particulièrement certaines associations telles SOS préma, Renoal, Jumeaux et plus, Petite Emilie, et d'autres en lien avec la trisomie 21, le handicap ou les malentendants. Il serait souhaitable que tous les postes soient pourvus.

De même, il a été acté par le Conseil d'Administration d'intégrer des usagers dans certains groupes de travail.

Le réseau participe à des groupes de travail mis en place par d'autres partenaires où certains usagers sont présents. Nous collaborons activement aux démarches mises en place et sommes relai d'informations auprès des professionnels de la périnatalité.

1.4 AUGMENTER LES ACTIONS PREVENTIVES

Le réseau vise à augmenter ses actions dans le domaine de la prévention en rédigeant des protocoles pour les soins ambulatoires ou en diffusant ceux déjà existants et émanant des sociétés savantes et/ou de la Haute Autorité de Santé.

Au quotidien, il s'avère que le suivi mensuel des prématurés nés après 32 semaines d'aménorrhée laisse paraître quelques dysfonctionnements. Il en est de même pour les bébés nés avec une restriction de croissance. Ces nouveau-nés sont assez vite assimilés aux enfants eutrophes nés à terme alors que leur suivi nécessiterait une vigilance plus accrue dans certains domaines. D'ici 2 ans, des protocoles de prise en charge sur ces 2 populations d'enfants seront rédigés avec les étapes clé et indispensables à réaliser pour optimiser leur suivi jusqu'à leur 7 ans.

En parallèle, il serait souhaitable de recenser tous les professionnels et structures en lien avec les pathologies de la femme enceinte, du nouveau-né et du jeune enfant. Il s'agit d'un travail conséquent qui se fera au fur et à mesure des rencontres ; dans un premier temps, nous allons répertorier les professionnels en lien avec les thématiques définies par les groupes de travail. Une fois ce dénombrement réalisé, il faudra voir sous quelle forme il sera possible de le transmettre afin de respecter la déontologie médicale.

2 AXES A DEVELOPPER

2.1 CREER DES REGISTRES

Actuellement en France, il existe quelques registres en périnatalité notamment sur les malformations congénitales et le handicap de l'enfant. Il n'y en a aucun sur les décès foeto-infantiles.

Bien avant sa création officielle, le réseau de périnatalité de Basse Normandie a créé un observatoire des décès foeto-infantiles. A partir de 22SA pour chaque fœtus décédé spontanément et pour chaque décès néonatal et/ou infantile un relevé d'informations est créé. Le plus difficile est de recenser la mortalité infantile car tous ces enfants ne décèdent pas dans un service de néonatalogie ou de pédiatrie.

Créer un tel registre demande entre 3 et 5 ans. Les principales conditions à remplir sont l'assurance d'avoir des garanties d'exhaustivité, d'avoir un recueil actif, de définir des thèmes de recherche et de faire des publications.

La procédure de qualification par le Comité National des Registres dure au minimum un an. Une lettre d'intention sert à la présélection et l'InVS se prononce sur sa recevabilité. Dans un second temps, la qualification se fait d'une part sur site en examinant la qualité du registre et d'autre part sur dossiers en analysant les données scientifiques.

2.2 DIVERSIFIER LES RESSOURCES

L'un des points faible de ce réseau est de n'avoir qu'un seul financeur : l'ARS. Nos revenus essentiels proviennent de l'enveloppe du Fond d'Intervention Régional et une autre part du CHU via une enveloppe Mission d'Intérêt Général délivrée par l'ARS.

Afin d'obtenir d'autres sources de financement, le réseau a prévu de :

- Créer un registre des décès foeto-infantiles
- Devenir organisme formateur dès 2014
- Solliciter des aides ponctuelles pour la réalisation de documents ou mise en place des journées d'information grâce aux laboratoires ou à certains organismes.

2.3 COORDONNER DES ACTIONS AVEC D'AUTRES ETABLISSEMENTS

Le réseau a signé une convention de partenariat avec le Conseil Général du Calvados en 2012. Il devrait en être de même avec les deux autres départements cette année.

Nous sommes adhérents de l'Association Nationale des Equipes Contribuant à l'Action Médico-Sociale Précoce.

Nous travaillons actuellement auprès d'autres structures et associations dans le cadre de nos objectifs ou actions communes, qui sont le Réseau de Service pour une Vie Autonome, la Mutualité Française, l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie (ANPAA) et les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA).

D'ici fin 2015, le réseau prendra contact avec des foyers monoparentaux, les centres d'accueil pour nouveau-nés, le Centre Référence des Troubles du Langage et des Apprentissages, le réseau Normandys, les Centres médico-psycho-pédagogiques, les Services d'Education Spéciale et de Soins à Domicile...

2.4 IDENTIFIER LES POPULATIONS SOCIALEMENT VULNERABLES

Une commission vient d'être exclusivement dédiée à l'accompagnement médico-psycho-social. Son but est de faire connaître au mieux et de simplifier les circuits de prise en charge pour les patientes, les couples et les nouveau-nés à risque médico-psycho-social.

Se conférer au chapitre 3.3

3 COMMISSIONS – GROUPES DE TRAVAIL

Excepté les 5 commissions initiales, devenues groupes de travail, les nouvelles thématiques sont en lien direct avec le Projet Régional de Santé de l'ARS de Basse Normandie.

3.1 COMMISSION « PRENATALE »

3.1.1 DOSSIER PRENATAL PARTAGE (DPP)

Ce dossier commun de suivi de grossesse est imprimé et essentiellement distribué par le Conseil Général des trois départements de la région. Il devrait être remis à chaque patiente dès la déclaration de grossesse. Certaines maternités l'ont adopté en unique dossier de suivi de grossesse ; ainsi le DPP passe aussi bien entre les mains des libéraux que des professionnels de la PMI. La mise en place du dossier médical informatisé dans les maternités vient quelque fois remettre en doute l'existence de ce dossier.

En février 2011, les premiers DPP ont été distribués aux patientes. Une étude de prévalence du suivi de grossesse réalisée en octobre 2011 a démontré un taux d'utilisation de 26.4% du DPP contre 48.5% en juin 2012.

Le réseau prévoit de faire une enquête annuelle de prévalence jusqu'en 2015. Notre objectif reste d'atteindre les 70% d'utilisation de ce DPP.

En fonction des parutions de recommandations et/ou de nouvelles directives quant au suivi de grossesse, des informations seront mises en place auprès des professionnels soit sous forme de documents, de mails ou soit de réunions locales.

3.1.2 ENTRETIEN PRENATAL (EP)

Toutes les formations aux techniques d'entretien et au déroulement de l'entretien prénatal ont été faites entre 2011 et 2012. Elles ont rencontré un vif succès et seront donc renouvelées en 2013 et 2014. Notre objectif en formation est celui-ci :

- 3 sessions de 12 personnes en formation initiale de 4 jours en 2013
- 1 session de 12 personnes en formation de consolidation d'une journée en 2013
- 2 sessions de 12 personnes en formation initiale de 4 jours en 2013
- 1 session de 12 personnes en formation de consolidation d'une journée en 2014.

Nous estimons qu'après ces sessions, 90% des sages-femmes libérales seront formées et que toutes celles réalisant l'EP en milieu hospitalier le seront également. Les sages-femmes de PMI ont déjà toutes été formées par le Conseil Général.

Nous maintenons notre objectif de 90% de taux de proposition de cet entretien pour les années à venir. Notre dernière enquête réalisée en 2012 montrait qu'il n'était proposé qu'auprès de 52.9% des patientes.

L'enquête nationale périnatale de 2010 notait que seulement 22.0% des patientes bénéficiaient de cet entretien. En 2010, le réseau avait mis un objectif de 60% de réalisation. Notre enquête de 2012, montrait que 32.1% des patientes de la région en profitaient.

Nous avons distingué les primipares des multipares et comparé les chiffres. En juin 2012, l'entretien prénatal était proposé à 68.5% des primipares et réalisé par 49.3% d'entre elles. Nous aimerions obtenir des chiffres de réalisation auprès des primipares de 70% en 2013, 75% en 2014 et 80% en 2015.

3.1.3 INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE PAR VOIE MEDICAMENTEUSE

Pour répondre au PRS et combler le retard de prise en charge des patientes désireuses d'une IVG sur le plateau caennais, le réseau a mis en place un groupe de travail sur cette thématique en vue de trouver une solution pour réduire le délai d'attente.

En 2013, il est prévu de faire une journée d'information sur l'IVG médicamenteuse pour tous les professionnels en relation avec des femmes en âge de procréer. Via l'URML de Basse Normandie, tous les médecins libéraux ont été informés de la date.

En parallèle, toujours via l'URML, nous avons tenté de recenser le nombre de médecins généralistes et gynécologues qui accepteraient de pratiquer à leur cabinet des IVG médicamenteuses. Cette pratique est réglementée et chaque médecin devra respecter un protocole strict de prise en charge tant au niveau médical qu'au niveau administratif.

Le groupe de travail a décidé d'organiser une formation auprès de ces médecins en 2013 et de réitérer l'action en 2014. Cette formation ne sera pas limitée aux médecins du plateau caennais mais à tous ceux qui le souhaitent.

3.1.4 HEMORRAGIE DE LA DELIVRANCE

Un protocole régional de prise en charge des hémorragies de la délivrance a été réactualisé en février 2012. Cette version est affichée dans chaque salle de naissance des maternités de la région.

Afin de compléter ce volet, le réseau a mis en place des formations autour de la technique de pose des sondes de tamponnement intra-utérin. Courant du 1^{er} semestre 2013, les 14 maternités de la région ont participé à cette formation. Etaient présents des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens.

En complément, une feuille de surveillance et de transfert, utile dès que l'hémorragie est constatée a été créée. Initialement, chaque maternité a ses propres modèles et chaque professionnel, médecin anesthésiste, gynéco-obstétricien et sage-femme son propre support. Réaliser un tel document nécessite un consensus global des différents intervenants et des différentes maternités. En 2013, cette feuille va être testée dans toutes les salles d'accouchement pendant 6 mois. Fin 2013, toutes les remarques seront colligées et la feuille modifiée en fonctions des dernières recommandations. En 2014, il est prévu une évaluation sur l'utilisation de cette feuille pour toute patiente présentant une hémorragie > 500cc si voie basse et >1000cc si césarienne. Cette enquête se fera sur une période donnée dans chaque maternité en consultant les dossiers de ces patientes.

Notre objectif est un taux d'utilisation de 90% de cette feuille de surveillance et de transfert en 2014 et de 100% en 2015.

3.1.5 AGREMENT POUR LE DEPISTAGE AU 1^{ER} TRIMESTRE DE LA TRISOMIE 21

Depuis les recommandations de l'arrêté du 23 juin 2009 et la charte de la Fédération Française des Réseaux de Périnatalité, il existe une procédure obligatoire sans laquelle il n'est pas possible de réaliser un dépistage anténatal de la trisomie 21 au 1^{er} trimestre de grossesse selon les recommandations en vigueur. Les échographistes souhaitant pratiquer l'échographie obstétricale du 1^{er} trimestre et participer au dépistage de la trisomie 21 doivent obtenir un numéro d'identifiant. Ce numéro est remis par un seul réseau de périnatalité, celui qui correspond au lieu d'exercice professionnel. Avant d'obtenir ce numéro, l'échographiste doit fournir plusieurs documents notamment une attestation de formation initiale, un certificat attestant d'une formation spécifique du 1^{er} trimestre et une évaluation des pratiques professionnelles auprès d'un organisme agréé.

Le réseau va poursuivre la délivrance des numéros d'agrément. De même, lorsque les données transmises par l'agence de biomédecine le nécessiteront, des évaluations particulières auprès des échographistes à distance de la médiane seront mises en place.

3.1.6 TRANSFERTS

Bien avant son fonctionnement officiel, le réseau traçait les transferts des patientes au sein de la région. Ces transferts peuvent être de 3 types :

- Transfert In Utero
- Rapprochement Mère Enfant : transfert de la mère pour une indication néonatale
- Transfert Maternel du post Partum : pour indication maternelle.

Un dossier commun de transfert a été mis en place au sein de toutes les maternités. Chaque femme doit pour voir changer d'établissement avec une pochette rassemblant les mêmes renseignements quel que soit son lieu de départ ou de destination.

Outre les renseignements sur les motifs de mutation et quelques antécédents, il faut tracer le devenir de ces transferts : date et mode d'accouchement, date de retour, poids et apgar de l'enfant... Cet aspect du recueil est chronophage mais essentiel pour pointer les éventuelles améliorations à apporter.

Le réseau a rédigé une convention de TIU qui a été signée par chaque directeur de maternité.

3.2 COMMISSION « POSTNATALE »

3.2.1 SUIVI DU NOUVEAU-NE A RISQUE DE SEQUELLE « PETIT...DEVIENDRA GRAND »

Des objectifs précis avaient été prévus et respectés pour les 3 dernières années. L'estimation des enfants nés prématurés avant 32 SA représente environ 2% des naissances en Basse Normandie. Le réseau souhaite intégrer dans ce suivi spécifique 90% des enfants pouvant y être inclus, les 10% restants seraient les refus parentaux, les non domiciliés en Basse Normandie ou les enfants décédés secondairement.

Notre objectif est d'avoir parmi la cohorte d'enfants inclus un suivi de 80% à 2 ans, de 75% à 5 ans et de 70% à 7 ans.

Afin d'obtenir un meilleur suivi en local, au plus près du domicile des parents, les formations de 2 jours pour devenir médecin référent vont être poursuivies au nombre minimum de 2 sessions par an. Chaque session étant de 20 médecins maximum et ayant lieu dans un département différent.

Les médecins de PMI formés les années précédentes vont bientôt pouvoir suivre ces enfants. A ce jour, seule la convention avec le Conseil Général du Calvados est signée et devrait l'être d'ici la fin d'année avec les deux autres départements.

3.2.2 PROMOTION DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

Un groupe de travail mis en place fin 2012 a défini des objectifs pour les années 2013 – 2015.

Les objectifs ont été déclinés selon 3 axes précis et un 4^{ème} à mettre en parallèle. Les axes de cette promotion seront :

- Convaincre les professionnels et futurs professionnels médicaux et paramédicaux des bienfaits de l'allaitement. Tout d'abord proposer des cours sur la physiologie et non plus uniquement les pathologies de l'allaitement auprès des étudiants de la périnatalité. Un livret sur l'allaitement maternel réédité par le réseau sera distribué à grande échelle. Pour les professionnels déjà formés, il est prévu d'organiser des soirées sous forme d'EPU. L'idéal serait d'organiser une soirée par bassin de naissance d'ici fin 2015.
- Favoriser le démarrage de l'allaitement et optimiser sa conduite dès la salle de naissance soit en proposant une tétée de bienvenue, soit en multipliant le peau à peau. Le peau à peau est un soin et de ce fait, nécessite un protocole pour que les instructions soient claires tant pour le personnel que pour les parents. De même, il faut accompagner les mères tout au long de leur séjour hospitalier, en leur faisant prendre connaissance des signes (2014) qui alertent et savoir quand venir consulter. En 2013, il est prévu de référencer tous les professionnels en possession d'un Diplôme Inter Universitaire Lactation Humaine et Alimentation Maternel ainsi que les consultants en lactation. Ce document sera transmis à tous les professionnels, il aura pour but de savoir orienter en 2^{ème} intention une patiente qui aurait des problèmes d'allaitement.
- Une fois que toutes les conditions de démarrage auront été optimisées, il est prévu de travailler sur l'allaitement au long cours, notamment en partenariat avec les assistantes maternelles et les professionnels des crèches en les informant sur l'utilisation et la conservation du lait maternel.
- La 4^{ème} thématique est un peu différente mais est fortement dépendante de l'allaitement maternel. Nous souhaiterions un langage commun sur les modes de couchage afin de réduire le nombre de mort inopinée du nourrisson. Tous les ans, la Basse Normandie dénombre environ 6 décès dus à une erreur de couchage et des mamans qui allaitaient. Le groupe de travail a prévu de rédiger en 2013 une plaquette qui sera remise à chaque mère lors de sa sortie de maternité. Ces documents seront également diffusés auprès des professionnels.

3.2.3 DEPISTAGE DE LA SURDITE NEONATALE

Mis à part, le recensement des maternités où le dépistage de la surdité n'est pas effectué le temps du séjour en suites de couches, le réseau n'avait pas d'objectifs précis sur ce thème.

A partir de septembre 2013, un groupe de travail va être constitué afin d'élaborer un plan d'action et envisager la faisabilité des démarches et de fixer des objectifs précis.

Le réseau aimerait dès 2014 recenser tous les enfants (0 à 7 ans) ayant une surdité confirmée par l'ORL, connaître le nombre d'enfants et leur âge lors de la confirmation.

3.3 COMMISSION « ACCOMPAGNEMENT MEDICO PSYCHO SOCIAL »

3.3.1 MISE EN PLACE D'UNE CHARTE SUR LE FONCTIONNEMENT DU STAFF MPS

Afin de répondre au PRS, il a été décidé de rédiger une charte régionale sur le fonctionnement du staff médico-psycho-social. Après enquête, il s'est avéré qu'une seule maternité n'en avait pas mis en place. Pour les autres les fonctionnements variaient tant sur les professionnels présents, que sur la régularité des staffs ou le déroulement. Sur les 15 maternités interrogées : 2 avaient rédigé une charte ; 2 autres avaient passé une convention avec une structure psychiatrique et aucun document écrit pour les autres.

La rédaction de cette charte est prévue en 2013, en présence des professionnels hospitaliers, de PMI et libéraux qui le souhaitent.

Le réseau sera présent auprès des maternités qui le souhaitent afin de les aider à se conformer à ce qui aura été décidé unanimement lors de la rédaction de la charte.

3.3.2 GROSSESSE ET ADDICTIONS

Le groupe de travail a élaboré et envoyé un questionnaire par mail aux adhérents du réseau afin de connaître leurs besoins, leurs attentes, leurs connaissances et le suivi proposé à leur patientèle concernée. Il s'est avéré que l'orientation pour optimiser le suivi médical, psychologique et/ou social de la parturiente, de son fœtus et des futurs liens parents-enfants était complexe pour beaucoup de professionnels.

Notre premier objectif est de recenser toutes ces patientes et de leur offrir un suivi adapté en fonction de leurs consommations et non de les obliger à arrêter toute substance nocive. Cette démarche viendra dans un second temps. Les résultats du questionnaire montrent que la consommation de tabac est systématiquement recherchée par les professionnels, alors que c'est complètement différent pour les substances illicites, l'alcool ou les médicaments. La question n'est pas posée par les professionnels car ceux-ci disent ignorer où et à qui adresser la patiente. Il paraît important de créer un outil de dépistage, d'évaluation qui puisse être utilisé par tous ces professionnels.

Pour 2013, le réseau de périnatalité aimerait mettre à disposition des professionnels un listing avec le nom des personnes ressources et des structures selon chaque addiction et bassin de naissance. Pour ce faire, le réseau s'est rapproché des CSAPA et des ANPAA

afin d'en identifier clairement le fonctionnement. Des actions communes d'informations ou de formations pourront être mises en place d'ici 2015.

3.3.3 DEPRESSION ANTE ET POSTNATALE

La dépression ante et/ou postnatale est souvent mésestimée par l'entourage de la patiente ainsi que par les professionnels.

En 2014, le réseau souhaiterait informer et former les professionnels sur les signes qui doivent alerter afin de dépister ces dépressions. L'usage du questionnaire EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Score) sera-t-il à généraliser auprès des professionnels ou servira-t-il d'auto questionnaire pour les patientes, la réponse n'est pas tranchée à l'heure actuelle.

Identifier les points d'appel à partir du bébé devrait pouvoir se faire, ce qui nécessitera d'inclure les pédiatres et autres professionnels de la petite enfance.

Améliorer la prise en charge en sachant quand adresser la patiente vers une consultation spécialisée et identifier les personnes ressources sera notre objectif principal.

3.3.4 PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE CHRONIQUE

Tout d'abord, le réseau devra prendre connaissance de l'organisation des secteurs de psychiatrie afin de créer des liens formalisés avec la psychiatrie adulte.

En 2014, le réseau aimerait rédiger un protocole consensuel sur le partenariat entre les psychiatres et les professionnels de la périnatalité en vue d'obtenir un accompagnement spécifique de la grossesse, de l'accouchement et de l'établissement du lien mère-enfant. Comment différencier certaines pathologies psychiatriques qui peuvent être consécutives d'un traumatisme à d'autres qui seront liées à la personne ? Nous tenterons de répondre à cette question et diffuserons l'information.

Afin d'améliorer l'accueil de ces nouveau-nés, il serait important de recenser les structures où existent des unités kangourou.

3.3.5 GROSSESSE A RISQUE PSYCHIQUE IMPORTANT

Lors de l'ouverture d'un dossier, l'anamnèse de la patiente est faite. Quelque fois, il est utile de bien repérer certains antécédents tels des abus sexuels dans la petite enfance / des antécédents périnataux comme des décès de fœtus, de nouveau-né ou de nourrisson / des antécédents psychiatriques ou de dépression post natale.

En 2015, le groupe de travail définira exactement quel type de conduite il serait souhaitable de tenir face à ces patientes d'un point de vue psychologique et/ou psychiatrique.

3.3.6 PRECARITE ET MIGRATION

Ce groupe de travail se rapprochera des personnes ayant participé au projet pédopsychiatrique de secteur sur les consultations transculturelles.

En 2015, le réseau tentera de recenser les structures pouvant accueillir, soutenir, conseiller ces migrantes ou ces femmes en grande précarité. Notre objectif sera de porter ces connaissances aux professionnels de la périnatalité en vue d'optimiser l'orientation de ces femmes.

Un travail de partenariat avec les structures sociales, foyers, lieux d'accueil, associations sera à mettre en place et à valoriser.

3.4 COMMISSION « EVALUATION »

3.4.1 INDICATEURS

Depuis avril 2011 un accord CNIL a été obtenu, une convention signée avec l'ARS, afin que le réseau puisse mettre en œuvre un traitement des données de santé à caractère personnel ayant pour finalité de fournir des indicateurs régionaux en périnatalité.

Le premier rapport régional des indicateurs périnataux issus du PMSI a été rédigé en 2011 avec les chiffres de 2010. Cela a été reconduit l'année suivante. Des différences de codage entre établissements ont été mises en évidence. Un groupe de travail a été initié afin d'y remédier.

La rédaction annuelle d'un rapport des indicateurs périnataux de Basse Normandie est prévue pour les années à venir.

En parallèle, afin d'obtenir des données en temps réel, un tableau de bord des maternités comportant 10 indicateurs précis est complété tous les mois par chaque cadre de maternité.

3.4.2 REVUE DE MORBI-MORTALITE

Depuis plus de 10 ans, 2 revues de morbi-mortalité ont lieu chaque année. Y participent des représentants de chaque établissement réalisant des accouchements qui sont des gynécologues, des pédiatres, des anesthésistes ou des sages-femmes. Ces réunions

permettent de présenter les dossiers des enfants décédés in utero, en période néonatale ou de mort inopinée. En plus de cette revue de cas, sont présentés les nouveaux protocoles ou recommandations concernant le suivi de grossesse ou du nouveau-né.

Une procédure sur ces RMM a été écrite et envoyée à chaque chef de service début 2012.

Le réseau va poursuivre ces RMM semestrielles.

3.4.3 EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Les objectifs précis de ce groupe de travail n'ont pas été définis pour les 3 années.

Une réunion à la rentrée est prévue ; Il est envisagé d'évaluer la qualité du remplissage des feuilles de surveillance en cas d'hémorragie de la délivrance

3.4.4 REGISTRE DES DECES FOETO-INFANTILES

Comme il l'est expliqué dans le chapitre 2.1, la mise en place d'un tel registre prend du temps. Une équipe projet vient d'être constituée. Elle se réunira en septembre 2013 pour définir la stratégie à mettre en place pour la création d'un tel registre. L'existence réelle de ce registre ne devrait pas se faire d'ici fin 2015 puisqu'il faut 3 à 5 ans pour la création.

Le travail de recueil actif va nécessiter la présence de personnel dédié à cette charge de travail. Une fois le projet avancé, il sera plus facile de quantifier les besoins exacts et de les inscrire sur le budget 2014.

4 BUDGET 2013

En ayant connaissance des contraintes budgétaires, voici le budget 2013 nécessaire au bon fonctionnement du réseau dont nous aurions besoin. Chaque somme a été calculée au plus juste.

	Budget 2013 demandé
EQUIPEMENTS	1 000,00 €
Achat matériel informatique	1 000,00 €
Achat mobilier	0,00 €
SYSTEME D'INFO	3 890,00 €
Achat de logiciels	400,00 €
Hébergement du site	290,00 €
Assistance informatique	3 200,00 €
FONCTIONNEMENT	290 537,00 €
Masse salariale	210 918,00 €
SF cadre Coordinatrice	73 723,00 €
SF de proximité	46 500,00 €
Puéricultrice	56 723,00 €
Secrétaire comptable	30 830,00 €
Commissaire aux comptes	3 142,00 €
Formations	41 179,00 €
Coût pédagogique	15 566,00 €
<i>DPP</i>	0,00 €
<i>Entretien Prénatal (initial)</i>	12 600,00 €
<i>Entretien Prénatal (consolidation)</i>	1 050,00 €
<i>Suivi nouveau-né</i>	1 148,00 €
<i>Allaitement</i>	0,00 €
<i>IVG</i>	768,00 €
Indemnisation participants	15 012,00 €
<i>DPP</i>	0,00 €
<i>Entretien Prénatal (initial)</i>	0,00 €
<i>Entretien Prénatal (consolidation)</i>	0,00 €
<i>Suivi nouveau-né</i>	10 872,00 €
<i>IVG</i>	4 140,00 €

Hébergement, déplacements	7 101,00 €
<i>DPP</i>	300,00 €
<i>Entretien Prénatal (initial)</i>	2 130,00 €
<i>Entretien Prénatal (consolidation)</i>	360,00 €
<i>Suivi nouveau-né</i>	1 720,00 €
<i>Colloque</i>	1 000,00 €
<i>Hémorragie</i>	76,00 €
<i>Allaitement</i>	600,00 €
<i>IVG</i>	915,00 €
Echographiste (diagnostiquer TGV)	3 500,00 €
Formation personnel	500,00 €
Frais généraux	30 440,00 €
Déplacements, découché...	5 500,00 €
Télécom, fournitures...	11 500,00 €
Frais SF de proximité	13 440,00 €
Promotion du réseau	7 500,00 €
Plaquettes réseau, entretien prénatal, DMP, dossier suivi nné	7 500,00 €
REMUNERATIONS	8 000,00 €
Dérogations tarifaires suivi nné	8 000,00 €
TOTAL BUDGET 2013	303 427,00 €

L'équipement informatique correspond à l'achat d'un vidéoprojecteur.

Dans la rubrique « système d'info », l'assistance informatique correspond à l'intendance du logiciel Evamed nécessaire à la saisie des grilles de suivi de nouveau-né « Petit...deviendra grand ».

Au niveau du « Fonctionnement », la somme imputée à la masse salariale reste stable, le poste de la 3^{ème} sage-femme n'est plus demandé. Pour cette année, les formations restent gratuites et une indemnité est versée aux libéraux dans le cadre des formations NNé. Les frais généraux et la promotion du réseau sont au plus près de nos estimations.

Pour ce qui concerne les remboursements des dérogations tarifaires, le nombre d'enfants suivis en libéral et le nombre de médecins y participant augmentent mais l'évaluation budgétée semble raisonnable pour cette année.

5 POUR CONCLURE

Tous les nouveaux groupes de travail ou commissions mis en place en 2012 se sont inspirés des priorités du Projet Régional de Santé.

Le réseau tient compte de l'évaluation faite par KADRIS et de votre demande pour améliorer, renforcer et développer certains axes de travail.

Notre budget tient compte de la rigueur actuelle.

En conclusion, nous espérons qu'après la réunion prévue avec la DOSA, le réseau recevra une réponse favorable sur tous les points cités ci-dessus.