Réseau de
Santé
Périnatale
d'Auvergne

Inserm

Institut national
de la santé et de la recherche médicale

Réseau Régional de Recherche en Santé Publique Auvergne

Contrat de recherche INSERM - MIRE

Organisation en réseau de soins périnatals :

Acceptabilité par les professionnels et les usagers
Mise en place d'un système d'information innovant
Elaboration et test d'un protocole commun d'évaluation

Travail réalisé
en partenariat avec l'AUDIPOG

Responsables :

N. Mamelle
INSERM - U 369 - LYON
D. Lémery
CHU Clermont-Ferrand

décembre 2004

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS 5

LES EQUIPES PARTICIPANT AU RÉSEAU RÉGIONAL DE RECHERCHE EN SANTÉ PUBLIQUE 9

LE RÉSEAU DE SANTÉ PÉRINATALE D'AUVERGNE (RSPA) 13

1ÈRE PARTIE : L'ACCEPTABILITÉ DE LA POLITIQUE DE RÉSEAU PAR LES PROFESSIONNELS 19

I. Méthodes ... 21
II. Etude psycho-sociologique ... 22
III. Etude épidémiologique ... 36

2ÈME PARTIE : L'ACCEPTABILITÉ DE LA POLITIQUE DE RÉSEAU PAR LES FEMMES EN AUVERGNE 51

I. Méthodes ... 53
II. Etude psycho-sociologique ... 54
III. Etude épidémiologique ... 69

3ÈME PARTIE : LE SYSTÈME D'INFORMATION DU RÉSEAU DE SANTÉ PÉRINATALE D'AUVERGNE 85

I. Méthode : le système d'information et d'évaluation AUDIPOG ... 87
II. Informatisation du réseau de Santé Périnatale d'Auvergne ... 101

4ÈME PARTIE : L'ÉVALUATION INTERNE ET EXTERNE DU RÉSEAU DE SANTÉ PÉRINATALE D'AUVERGNE 105

I. Méthodologie d'évaluation d'un réseau de santé périnatal (AUDIPOG) ... 107
II. Population, échantillon et analyse ... 115
III. Tableau de bord du réseau périnatal d'Auvergne ... 119
IV. Evaluation de l'impact de la politique de réseau ... 158
V. Evaluation des pratiques professionnelles au sein du réseau ... 171
VI. Tableau de bord d'activité des maternités au sein du réseau ... 175

CONCLUSION 189

BIBLIOGRAPHIE 193

PUBLICATIONS ISSUES DE CE TRAVAIL 199

Avant Propos

Les méthodes et résultats exposés dans ce rapport du « Réseau de Recherche en santé publique d'Auvergne » ont bénéficié de développements méthodologiques et technologiques réalisés dans le cadre de deux contrats de recherche accordés par l'ANAES en 2000 et par la CNAMTS en 2000 sur des thèmes en rapport avec ce travail :

- contrat ANAES : Mesure de l'impact des recommandations professionnelles en périnatalité grâce à un système innovant d'information sur les pratiques.

- contrat CNAMTS : Un système innovant d'informations sur les pratiques en périnatalité – Impact sur les connaissances et attitudes médicales.

Ce travail de recherche à été réalisé :

- en collaboration avec l'AUDIPOG (Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologie - Faculté de Médecine RTH Laënnec – 8 rue Guillaume Paradin – 69 372 LYON Cedex 08)

- et avec la participation technique de la société AUDIVAL (« conseil, études et recherche en système d'information et évaluation en santé – 35 avenue Rockefeller 69 003 Lyon)

Les équipes participant au réseau régional de recherche en santé publique

Les équipes participant au réseau régional de recherche en santé publique sont :

- INSERM U369, Lyon:

  N. Mamelle, S. David, F. Vendittelli, C. François

- Réseau de Santé Périnatale d'Auvergne (RSPA) :

  D. Lémery, F. Vendittelli et les membres du RSPA

- Institut de psychologie - GRIC – CNRS UMR 5612, Université Lyon II :

  C. Durif-Bruckert , J-P. Durif-Varembont, P. Scharnitsky

- Laboratoire de Santé Publique de l'Université de Clermont-Ferrand :

  L. Gerbaud

- Observatoire Régional de la Santé d'Auvergne (OBRESA) :

  M-A. Grondin, A. Choquet

Le Réseau de Santé Périnatale d'Auvergne (RSPA)

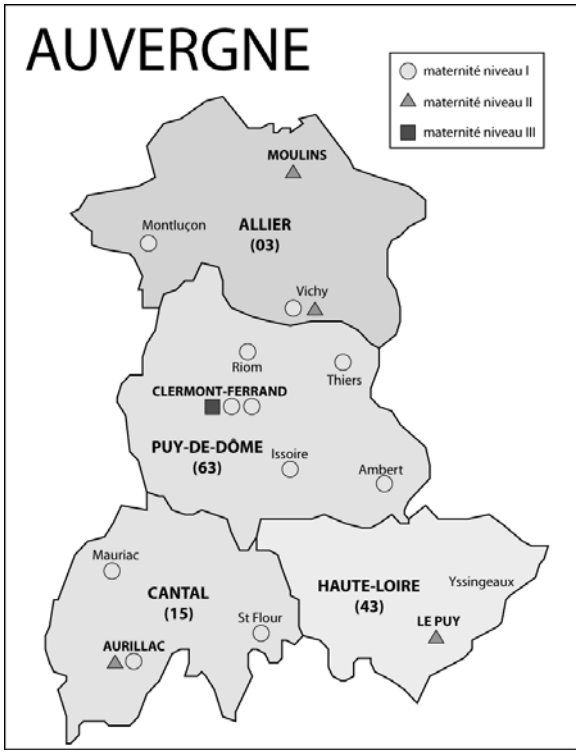
Le Réseau de Santé Périnatale d'Auvergne (RSPA)

1. Situation

La région Auvergne est une région française centrale et rurale incluant environ 1 300 000 habitants (http://www.insee.fr/fr/insee_regions/auvergne). Cette région comprend 4 départements : l'Allier, le Puy de Dôme, le Cantal et la Haute-Loire. La préfecture régionale est Clermont-Ferrand (409 558 habitants en 2002) :

2. Composition

Les 16 maternités participant au Réseau de Santé Périnatale d'Auvergne (RSPA) sont présentées dans le tableau de la page suivante, la carte suivante indique leur répartition selon leur niveau de soins :



La distribution des 16 maternités du RSPA selon leur type d'établissement et leur niveau de soins est la suivante :

	Type d'établissement	**Niveau de soins**
CHU – CHR Clermont Ferrand	CHU	III
CH de Vichy	CHG	II
CH de Montluçon	CHG	II
CH Moulins Yzeure	CHG	II
CH Henri Mondor à Aurillac	CHG	II
CH Emile Roux au Puy	CHG	II
CH de St Flour	CHG	I
CH de Mauriac	CHG	I
CHG de Riom	CHG	I
CH de Thiers	CHG	I
CH d'Ambert	CHG	I
CH Paul Ardier à Issoire	CHG	I
Polyclinique St François - St Antoine à Montluçon	Privé	I
Polyclinique La Pergola	Privé	I
Clinique de La Chataigneraie	Privé	I
Clinique Marivaux	Privé	I

3. Structure juridique

Le RSPA s'est constitué en GIE (Groupement d'Intérêt Economique sans capital, pouvant évoluer vers d'autres formes en fonction de l'évolution des textes officiels, notamment : Groupement de Coopération Sanitaire, d'Intérêt Public ou Association) le 30 mars 2004. Pour simplifier l'adhésion des libéraux au GIE, il a été décidé la création d'une association loi 1901 adhérent au GIE, au même titre que les établissements, et permettant ensuite d'intégrer chaque professionnel libéral au réseau, « via » cette association.

Le 1er **conseil scientifique** du GIE a été constitué le 27 avril 2004 et comprend toutes les catégories de soignants en fonction de leur spécialité médicale et de l'établissement dans lequel il travaille (département, statut juridique, niveau de soins) :

	Etablissements Publics			**Etablissements Privés**
	Niv. III CHU	**Niv. II CHG**	**Niv. I CHG**	
Obstétriciens	Dr. C. HOULLE (63)*	Dr. G. WIRTH (15)*	Dr.A. MANSOOR (63)*	Dr. B. DUCROZ (03)*
Pédiatres	Dr P. VANLIEFERINGHEN (63)*	Dr. S GALLET (03)*	Dr. Y. LORIETTE (63)*	Dr. D. KALENDAROV (63)*
Anesthésistes	Dr. B. STORME (63)*	Dr. R. CANCE (43)*		Dr. P. JOUVE (63)*
Sages-femmes	Mme C. FOULHY (63)*	Mme. J. VINCENT (03)*		Mme A-M GALLON (63)*
Puéricultrices	Mme B. PLANEIX (63)*	Mme C. DURIF (15)*		
Représentant des Professionnels Libéraux	Dr. J-J VEILLARD (63)*			
Médecin Coordonnateur (Membre de droit)	Dr. F. VENDITTELLI (63)*			
Personnalités qualifiées (à titre consultatif)	A discrétion du Conseil Scientifique, conformément aux statuts			

***(03, 15, 43, 63) : département dont la personne dépend**

Le 1er **conseil d'administration** du GIE comprend le président : le Pr Didier LEMERY représentant les maternités publiques de niveau III, le Vice-Président : Dr Jean-Luc MEYER représentant les maternités privées et les membres : le Dr Michel ROUGE, représentant les professionnels de santé libéraux, M. Robert FAVRE-BONTE représentant les maternités publiques de niveau II, M. Jean-Paul PETRYSZYN représentant les maternités publiques de niveau I, le Dr Françoise VENDITTELLI et le Dr Pierre JOUVE représentants le Conseil Scientifique.

1ère partie :

L'acceptabilité de la politique de réseau par les professionnels

I. Méthodes

1. Population

La population cible est celle des professionnels de santé impliqués dans un réseau de santé périnatal. Il s'agit donc non seulement d'acteurs « hospitaliers » : obstétriciens, sages-femmes, pédiatres, néonatologues, anesthésistes réanimateurs (de maternités et de SMUR), mais aussi d'acteurs « de ville » : gynécologues médicaux, sages-femmes libérales, médecins généralistes, acteurs de PMI.

Le réseau Auvergne regroupe 16 maternités, soit 1 880 soignants (incluant libéraux, médecins généralistes et acteurs PMI) et prend en charge 13 500 accouchements / an environ.

En dehors du réseau Auvergne, 2 autres réseaux de santé périnatale ont été inclus dans l'étude:

- le réseau Aurore (réseau situé dans la région Rhône-alpes, 3 100 professionnels, 24 maternités, 26 500 grossesses /an pour le seul département du Rhône),

- le réseau Gard-Lozère (1 198 professionnels, 9 maternités, 7 300 grossesses /an).

2. Type d'étude

L'étude comprend 2 volets complémentaires et successifs :

– un 1er volet qualitatif**,** de type psychosociologique, basé sur des entretiens semi-directifs (selon un canevas d'entretien), menés par 3 psychologues et 1 médecin formé à la technique d'entretien, auprès d'une cinquantaine de professionnels impliqués dans le réseau Aurore.

L'analyse de contenu de ces entretiens a permis de repérer les préoccupations clés exprimées et argumentées par les professionnels et de dégager leurs principaux facteurs d'acceptabilité et de résistance vis à vis de cette politique.

– un 2ème volet quantitatif**,** de type épidémiologique, basé sur une enquête par questionnaire auprès d'un échantillon représentatif des professionnels impliqués dans les réseaux de santé périnatale Auvergne et Gard-Lozère.

Ce volet reposait tout d'abord sur la construction d'un questionnaire établi à partir de l'analyse de contenu précédente et de la littérature, suivie d'une enquête par questionnaire auprès des professionnels.

II. Etude psychosociologique

1. Echantillonnage

La population source était celle des professionnels de santé impliqués dans le réseau Aurore.

En effet, ce réseau, en phase de structuration (à l'époque de ce travail), était favorable à la réalisation de l'étude exploratoire. Une cinquantaine de personnes ont été enquêtées selon une stratification respectant la diversité et la proportion des différentes catégories professionnelles et structures périnatales.

L'échantillon a ainsi été divisé en six catégories : les acteurs de santé des maternités publiques de niveau III ; ceux des maternités publiques de niveau II, ceux des maternités privées de niveau II, ceux des maternités publiques de niveau I, ceux des maternités privées de niveau I et ceux exerçant en médecine de ville (gynécologues, sages-femmes, médecins généralistes).

2. Réalisation des entretiens

Des **entretiens semi-directifs** ont été menés au cours de l'année 2001 (selon un canevas d'entretien) ont été menés par 3 psychosociologues (Christine Durif-bruckert, Jean-Pierre Durif Varembont et Corinne David) et un médecin formé à la technique d'entretien (Sandra David), auprès des 49 professionnels du Rhône. Des observations concrètes auprès des instances décisionnelles locales (syndicales, corporatistes, hospitalières), la participation aux réunions de mise en place du décret et les discussions avec les responsables hospitaliers de la région ont apporté des informations complémentaires.

Le canevas d'entretien a pris en compte les axes suivants :

- Comment les professionnels ont-ils pris connaissance du décret et comment y réagissent-ils en première intention : pertinence des termes et consignes du décret, différences public/privé significatives, résistances ou anticipations ?

- Comment les professionnels s'approprient-t-ils les nouvelles données de normalisation du décret en les confrontant à la spécificité des situations qu'ils ont à gérer et dont ils sont responsables (niveau, spécialité, niveau public/privé, nombre de grossesses assurées, situation centrale/périphérique) ? Comment se représentent-ils les effets à court terme et long terme de ce décret sur les pratiques de soins (moyens techniques et de personnel), ainsi que sur les relations, organisations et coordinations interprofessionnelles (focalisation des pôles techniques, partage des fonctions, stratégies de maintien, points de déstabilisation et redéfinitions des identités professionnelles, transformations des habitudes traditionnelles, réorganisations des équipes propres à chaque institution et repositionnement des diverses catégories professionnelles) ?

- Comment les professionnels envisagent-ils l'évolution de l'efficacité et de la garantie des soins, d'un point de vue technique et psychologique, en articulation avec les nouvelles réglementations : différentes transformations des offres de soins (en lien avec les obligations d'organisation, en interaction avec les besoins et attentes des femmes), gestion

des demandes, des transferts, des répartitions des parturientes en fonction des pathologies et des zones de proximité, mais aussi des moyens humains et matériels ?

- Quels sont les risques perçus par les professionnels d'un point de vue éthique, déontologique ou juridique ?

- Le décret a-t-il des incidences sur l'évolution des liens entre hôpital et médecine de ville ?

- Quels sont les critères et les modalités de l'évaluation du décret par les professionnels eux-mêmes ? Comment cette évaluation est-elle précisément argumentée par eux ?

- Quels seraient les alternatives proposées ? Bilan global.

3. Analyse de contenu des entretiens

L'enregistrement intégral des entretiens individuels et leur transcription anonymisée, ont permis aux psychosociologues de réaliser une analyse de contenu de ces entretiens selon 2 techniques :

- Une analyse thématique (2,3) a permis d'extraire et de classer les préoccupations des acteurs et les orientations récurrentes de leur discours, analysées en référence aux concepts de :

1) « *Représentation sociale* », concept développé par S. Moscovici (4) et D. Jodelet (5), pour la compréhension de tout ce qui se rapporte à la perception, aux opinions et jugement social et globalement aux phénomènes cognitifs.

2) « *Négociations et interactions* », notions développées dans le cadre des travaux de la sociologie médicale interactionniste, à partir d'études très minutieuses menées en milieu hospitalier développées par A. Strauss (6), ainsi que sur des travaux relatifs aux questions d'organisation du travail et d'expertise médicale constituant des repères complémentaires pour l'analyse des résultats (7).

- Une analyse à visée plus quantitative, a été réalisée à partir du même matériau, avec le logiciel Statistica (Statistica 5.1, Statsoft Inc., 2300 East 14th Street, TULSA OK 74104 USA).

4. Résultats de l'étude psycho-sociologique

Les entretiens et l'analyse de contenu ont été réalisés par C. Durif-Bruckert, J-P. Durif-Varembont, P.Scharnitsky (Institut de psychologie - GRIC – CNRS UMR 5612, Université Lyon II) et S. David (INSERM U369).

A.Connaissance du décret

Qualité de la connaissance

Le décret, bien que datant de 1998, ne reste que très approximativement connu.
Plus le professionnel exerce dans un établissement de niveau de soins élevé, plus la connaissance du décret se précise.
Les pédiatres et les néonatologues sont, en général, mieux informés du contenu du décret que leurs collègues.

Sources de la connaissance

Les sources sont essentiellement officielles (ou syndicale) pour les professionnels exerçant dans un établissement de niveau III. Sinon, le décret est, avant tout, connu par la **conversation** : « *on en parle depuis un certain temps* », « je le *connais plus par des bruits de couloir* », « *on en parle entre nous* ». Beaucoup ne l'ont pas lu ou alors très rapidement. Sa lecture est estimée difficilement compréhensible (très technique), et peu articulable à la pratique.

B. Perceptions positives du décret

Le décret forme un texte de réglementation

Le décret est perçu essentiellement comme un ***cadre*** de réglementation des ***pratiques et de complémentarités des compétences***, dans le but d'améliorer la sécurité médicale, du point de vue des patientes mais aussi des praticiens. Il « *bouscule les habitudes* », *« oblige* », « *force* » une organisation des soins, en *« accélère le cadrage* » dans le sens d'une plus grande sécurité pour la mère et le bébé. Le décret a un rôle de *« restructuration* » et de « *réaménagement »* des pratiques, comme un repère ou un ensemble de références qui donne le « *canevas* » à suivre : « *on ne peut pas faire n'importe quoi ».*

Le décret structure le repérage des grossesses à risques

Pour les professionnels, le décret structure la prise en charge des naissances difficiles et amène à poser la différence entre « *le courant* » et les *« choses particulières* ». Cet aspect du décret est vu par l'ensemble des praticiens. En outre, il favorise le transfert in utero : *« avec le décret, on transfère beaucoup plus in utero, je pense que c'est une très bonne chose »* (obstétricien, niveau I).

Le décret permet la complémentarité des compétences

Les professionnels pensent que le décret permet, en regroupant les établissements de soins, la complémentarité des compétences. En ce sens, les professionnels trouvent quelques avantages au décret, avantages qui sont très timidement argumentés, (et qui seront systématiquement modulés par des propos contradictoires), tels que ***l'augmentation des performances, la diminution du pourcentage des complications, la sécurisation des soins*** liée à l'obligation d'astreinte du pédiatre. Ceci permet de « *récupérer »* quelques situations, et de « *limiter les risques et les complications propres aux petites maternités »* (anesthésiste, niveau I).

Le décret maintient et optimise les acquis

Les professionnels pensent que ce décret apportera un plus à leurs pratiques : « *On perdra des chances si on n'applique pas le décret* ».

Le décret instaure l'ouverture de débats

Le décret soulève des débats chez les professionnels, tels que ceux sur l'éthique de la naissance**,** sur l'éthique des soins ou sur la santé publique.

C. Limites et perceptions négatives du décret

Cependant, l'ensemble des professionnels discute la ***pertinence de son contenu*** et les moyens mis en œuvre pour son application : « *dans l'idée, il est correct, mais dans la réalisation, ça ne suit pas* ». Si l'importance d'une réglementation est immédiatement citée dans les entretiens, en avançant dans l'échange, l'argumentation des professionnels laisse apparaître les limites de l'application du décret. Le décret leur semble émaillé de points contradictoires, de paradoxes et de malentendus très vifs ; et sa validité pratique est fortement discutée.

La déconnexion contenu / pratique

Les professionnels reprochent un manque de discussion entre le gouvernement et les professionnels de terrain.
« *Les décisions sont prises là-haut et parfois on se demande même s'ils ont demandé aux gens qui travaillent sur le terrain. C'est valable pour tous les corps de métier.* » (obstétricien, niveau I), « *Si on veut que les praticiens s'intéressent aux décrets, ils faut que ça corresponde à ce qu'ils font en mieux… Si c'est complètement utopique et irréalisable, si les gens ne se sentent pas concernés, ils n'essayeront même pas…* » (sage-femme, niveau I).
Du fait de cette déconnexion, le décret « ne peut pas marcher », « *c'est toujours la même question, pourquoi on est obligé de passer par des textes au lieu d'obtenir un certain nombre de trucs par la discussion* » (anesthésiste, niveau III).
« *Malheureusement, les gens qui sont dans leur bureau ne se rendent pas compte, ils n'ont pas toutes les subtilités du terrain…* » (pédiatre, niveau I), « *il y a un gouffre entre ce qui est marqué sur le papier et la réalisation sur le terrain, le gouffre dans l'espace et le temps…* » (obstétricien, niveau II).

Le décret propose des réformes déjà effectives sur le terrain

Les professionnels pensent que le potentiel de transformation d'un certain nombre de pratiques, déjà adoptées, « *déjà en route* », n'est pas pris en compte. Il est, de ce point de vue, perçu comme un « *texte inutile* », au point que certains praticiens le voient comme un décret prévu à l'intention des autres corps professionnels de la périnatalité: « *c'est un décret pour les pédiatres* ».
« *On a des amis obstétriciens, dans les maternités alentours, avec qui on a l'habitude de travailler, ce n'est pas d'un seul coup qu'on s'est mis à travailler avec eux en 1998… C'est un cheminement ancien, par copinage entre les différents intervenants* » (obstétricien, niveau III).

Le décret manque de clarté et de prise de position explicite

Certains professionnels font remarquer que le caractère incomplet du décret, son absence de lisibilité et les ambiguïtés qu'il comporte, laissent la possibilité d'interprétations diverses et même divergentes.

Comment vont être dessinées les limites de l'application à la jonction de ce qui est écrit et de ce qui ne l'est pas ? « *Faut-il se positionner dans une application molle : on attend un peu pour le transfert… Ou au contraire, une application stricte ?* »

Le décret complique des situations réelles de terrain

Certains professionnels pensent que le décret est « *décalé* » par rapport à la pratique, et fonctionne, de ce fait, comme un « *discours normatif et administratif* ». Ils trouvent que le décret est empreint d'objectifs implicites d'ordre politique et économique. Le décret nie l'existence des réseaux déjà fonctionnels, constitués depuis de longue date sur des critères de proximité, de confiance, d'amitiés et d'affinités. Plus encore, ils pensent que ce décret détruit une structure déjà existante plutôt que de la consolider et de l'étoffer là où elle est faible : « *D'un seul coup les technocrates ont décidé que pour sauver un cas sur mille on allait tout casser et c'est exactement ce qui se passe…* » (obstétricien, niveau I)*,* « *on ne supprime pas les choses comme ça du jour au lendemain quant à l'autre bout y'a pas de place* » (pédiatre, niveau II).

Enfin, il ne prend pas en compte le réseau parallèle « *hôpital /structure hors les murs* » : « *C'est vrai à l'hôpital quand on travaille en suite de couches, on n'a pas le temps, alors on répond de façon brève et les femmes ne sont pas satisfaites*» (sage-femmes), « *l'hôpital aurait drôlement intérêt pour désengorger ses services d'avoir comme relais les généralistes et les sages-femmes* » (obstétricien, niveau II).

L'absence de moyens adéquats à l'application du décret

Du point de vue de tous les professionnels, les moyens adéquats à l'application du décret ne sont ni considérés ni attribués. L'absence de moyens est l'objet d'une réelle inquiétude : l'absence de moyens humains, l'absence de moyens techniques, mais aussi l'absence de moyens de formation.

a)Personnel

Les professionnels pointent la précarité des équipes de soignants : médecins, sages-femmes de bloc et infirmières sont souvent en sous-effectif : « *il faut un ratio d'infirmière par enfant malade que l'on n'a pas forcément pour l'instant »* (pédiatre, niveau III). Ce manque de personnel met en défaut le lien et la coordination intra-structures : *« il ne peut plus y avoir de relèves, il n'y a que des relèves écrites* » (sage-femme, niveau III).
Par ailleurs, chaque corps professionnel s'inquiète de la baisse de la démographie médicale dans sa spécialité.
L'absence de moyens de formation est évoquée plus souvent par les pédiatres et néonatologues.

b)Matériel et technique

L'absence de moyens techniques et le manque de lits est largement évoquée par les anesthésistes, les obstétriciens et les pédiatres.

c)Conditions de travail

Les professionnels font remarquer que le volume horaire du travail et le surmenage, sont des points qui ne sont pas abordés par le décret, spécifiquement en ce qui concerne les établissements de niveau III : *« actuellement on n'a pas réglé le surplus qu'on fait et tout le travail dissimulé* », « *je ne suis pas pessimiste, mais on est abusé, malmené, épuisé par un tas de choses…* » (obstétricien, niveau III).

Beaucoup évoquent le problème des rémunérations et cotations qui ne sont pas non plus abordées par le décret. Ils pensent que l'application de la mise en réseau nécessite une réforme de la nomenclature des actes médicaux qui est encore à faire.

d)Equipement des établissements de niveau III

Plus spécifiquement, ***l'équipement des*** établissements de ***niveau III et leur faiblesse d'accueil actuelle*** ne sont pas pris en compte et restent, pour l'ensemble des professionnels, l'obstacle insurmontable de la mise en réseau.

- Certains professionnels pensent que la capacité d'accueil des établissements de niveau III est trop faible et évoquent même le « *double jeu* » de ces établissements qui continuent à accueillir des grossesses normales : « *le décret réglemente le transfert, mais les possibilités réelles de transfert seront-t-elles mises en place* ? « (anesthésiste, niveau I). certains pensent que les établissements de niveau III, à l'heure actuelle, ne fonctionnent pas pleinement comme niveau réservé uniquement aux pathologies : « ils *ne jouent pas le vrai jeu de la pathologie*». Enfin, dans tous les entretiens, on entend cette plainte : « *on passe des heures et des heures à trouver une place* »…

- A cette faiblesse d'accueil des établissements de niveau III, les professionnels ajoutent la variabilité temporelle et géographique des flux de pathologie propres à l'obstétrique et qui échappent en grande partie à la prévision.

- Par ailleurs, un problème crucial, largement revendiqué par les pédiatres, est celui du transport et de « *l'absence d'un SMUR pédiatrique* » à Lyon : « *le transport est actuellement le maillon faible des transferts* », ce qui pour eux est un véritable paradoxe.

De l'avis des professionnels, ce décret qui est censé améliorer la prise en charge des femmes en situation d'urgence « *n'a pas résolu le problème des transferts en urgence* », et aurait même intensifié le problème du fait :

- d'une perte d'assurance de chaque praticien des établissements de niveau I et II : « *On est obligé maintenant de faire attention, on nous le reprocherait* » (obstétricien, niveau I).

- de la détérioration d'un réseau de collaboration pertinent fondé sur la confiance et l'habitude « *je crois que ça a rigidifié quelque chose qui se faisait spontanément* » (obstétricien, niveau II), « *avant que ce décret ne sorte, il y avait déjà un nombre limité de lits de néonatologie, mais certains établissements, dans les grandes villes autour de Lyon (Bourg, Valence), s'occupaient très bien des nouveau-nés, même des cas graves. Ils les prenaient sur place, les ventilaient, les intubaient… Puis d'un seul coup, ces gens-là, on les a décrétés incompétents…*» (pédiatre, niveau II).

  Cet aspect vif du décret a suscité beaucoup de colère dans les propos des gynéco-obstétriciens comme des pédiatres: « *même si vous êtes un chef de clinique, qui opérait la veille en niveau III….Vous devez vous conformer au niveau de la clinique. Si le niveau est le I, vous devez transférer, même si vous avez les compétences…* » (pédiatre, niveau II).

La précarité des accès et des parcours professionnels

Du point de vue de tous les professionnels, la structuration des formations, des accès et des parcours professionnels est profondément précarisée (i.e. néonatologues, internes, anesthésistes, sages-femmes). Parler de la mise en place de ce décret amène de nombreux praticiens à rendre compte de leur inquiétude à ce propos. L'épuisement professionnel, les

contraintes médico-légales, la précarisation des statuts et l'absence de clarification ou de reconnaissance des responsabilités risquent d'aboutir à une « *désertion des professions* », à « *un morcellement des référent*s » et à « *une baisse de la qualité médicale et psychologique de la prise en charge globale* ».

La précarité de la prise en charge psychologique et de l'information des femmes

La crainte de la désertion des établissements de niveaux I par les mères (problématique du fameux « *tri* » et de la répartition des femmes), ainsi que la difficulté d'une réelle réciprocité qui passe par le renvoi éventuel des femmes dont le risque pathologique à été levé vers leur niveau d'origine, sont abordées ici et dans différentes rubriques de cette analyse. Cette crainte est multifactorielle et a des incidences diverses. Elle traverse l'ensemble des discours des pédiatres et obstétriciens.
Les professionnels craignent que les femmes ne comprennent pas les découpages et la complémentarité entre les différents niveaux de soins. Ils ont peur que ça donne lieu à des choix liés inévitablement « *à ce que l'on connaît déjà* »… « *Je pense qu'il va falloir une information grand public assez pointue pour expliquer qu'avec tel ou tel risque, il faut aller à tel ou tel endroit… les réseaux, à part quelques professionnels, le grand public ne comprend pas… Ce sont des subdivisions assez subtiles* » (pédiatre, niveau II).
L'absence de prise en charge psychologique des patientes est évoquée par tous, et plus largement parmi les sages-femmes.

Le découpage des structures en niveaux

Ce découpage des structures en niveaux est problématique pour les professionnels, car assimilé à une hiérarchisation entre « *pôles de références* » et « ***petits niveaux*** » qui risquent à long terme de devenir des pôles « *dévalorisés* » techniquement.
Pour l'ensemble des praticiens, la centralisation des grosses maternités et le risque de disparitions des petites structures est une inquiétude. Certains professionnels imaginent, à moyen terme, la « *concentration des grossesses pathologiques* » dans les établissements de niveau III. Entre les deux, l'établissement de niveau II est souvent perçu comme une « *structure bâtarde* ».

Sur ce fond de craintes, différents types de problèmes sont précisément évoqués :

D. Problématiques et risques suscités par son application

La problématique des transferts

Les professionnels mettent l'accent sur l'absence de grille décisionnelle des transferts clairement définie et utilisable, sur la nécessité de clarifier certaines situations dans le contexte économique et juridique actuel.

a) Absence de critères de reconnaissance des pathologies et de transfert

Le caractère flou de ces critères de transfert suscite l'excès et l'insécurité chez les praticiens : « *il est normal, pour les grosses pathologies ou les malformations, que les mamans soient transférées en niveau III ; pour les menaces d'accouchement prématuré très sévères, c'est normal… Mais sinon, il y a toute une frange, je pense qu'il ne faut pas trop transférer non plus…* » (obstétricien, niveau I).

Les critères pédiatriques semblent soulever moins de difficultés, les pédiatres ayant travaillé entre eux pour produire des grilles, tout au moins provisoires, de façon à pouvoir fonctionner

consensuellement dans un premier temps : *« Nous, on a déjà posé sur la région Rhône-alpes les indications de transfert de I à II et de II à III. C'est en train de s'appliquer petit à petit…* » (pédiatre, niveau III).

b) Problèmes de fonctionnement entre établissements de niveau différent

Les professionnels craignent des dysfonctionnements dans l'organisation des transfert tels que l'absence de réciprocité pour les transferts : « *ça ne fonctionnera que dans un seul sens : bas /haut* » : *« il faudra que ça marche dans tous les sens, sinon, ça n'a pas d'intérêt, on va se retrouver avec des niveaux qui seront submergés et d'autres niveaux où il n'y aura pas de patientes »* (sage-femme, niveau II). *« De toute façon, il y aura des rétentions, la patiente va rester à l'endroit où elle a été adressée, elle ne sera pas ré-adressée par le niveau II chez nous…* » (obstétricien, niveau I). *« Il ne peut y avoir de succès dans ce domaine que s'il y a une réelle réciprocité »* (pédiatre, niveau III).

Les professionnels pensent qu'il s'agit aussi de faire évoluer les mentalités des femmes enceintes et de les informer sur les véritables enjeux de la mise en place de ces transferts : « *ce qu'il faudrait faire admettre aux gens, aux couples, aux futurs parents, c'est que lorsqu'on atteint la fin du 7eme mois environ, la maternité de niveau I fera aussi bien que la maternité de niveau III et pas moins bien… Donc il est logique d'être re-transféré vers la maternité d'origine. Mais ça ne va pas être simple. Il va y avoir des mouvements de population et des flux de personnes qui ne seront pas faciles* à *gérer*… » (obstétricien, niveau III).

c) Problèmes économiques suscités par le transfert

Les craintes suivantes, concernant les problèmes économiques suscités par le transfert, sont abordés avec discrétion et par quelques praticiens (les anesthésistes sont plus libres pour le faire). Ils discutent notamment de :

- la baisse des ratios liés à la faiblesse du niveau,

- la perte du forfait accouchement en cas de transfert (le forfait journalier va à la clinique où naît l'enfant) et la responsabilité financière du transfert pour celui qui en prend la décision : « *celui qui demande le transfert paye le SAMU, mais en plus il perd un acte, une cliente et probablement le suivi de la grossesse actuelle et potentiellement de celles à venir* » (anesthésiste, niveau II). « *Le risque d'un tel décret est de diagnostiquer comme femme à risque toutes les femmes ayant déjà présenté un risque* » (anesthésiste, niveau I).

- l'établissement qui reçoit la mère et l'enfant en situation de risque « *potentiel* » et qui bloque un lit de réanimation néonatale de manière peut-être inconsidérée (hors de tout bénéfices d'acte). Et si la femme est *« rebasculée dans son service d'origine* », l'unité de niveau III assure le suivi mais elle perd l'acte d'accouchement (le plus élevé) et doit à son tour payer le transfert dans l'autre sens…

Si le mouvement s'intensifie de façon abusive, du fait d'une pression médico-légale soutenue, certains professionnels se demandent comment va se négocier, sur le plan économique, ce type de perte, surtout dans les structures privées.

d) Absence de répartition des responsabilités lors des transferts

Dans le contexte actuel d'intensification des pressions médico-légale, clarifier le problème des responsabilités lors des transferts semble impératif aux professionnels. « *Si la femme a un problème pendant le transport (crise d'éclampsie, accident, traumatisme crânien), quelle est la maternité responsable : la maternité de départ ou d'arrivée ?* » (obstétricien, niveau III).

Le risque de création de pôles de concentration des pathologies

La plupart des professionnels craignent l'apparition de grands pôles mères-enfant, entraînant la concentration des pathologies et devenant même de véritables « *usines à bébé* ».

a) Risque de discrimination des femmes pathologiques

Les professionnels font remarquer que les centres de niveau III risquent de ne plus représenter la diversité des vécus liés à la grossesse. Ils craignent qu'une ambiance morbide règne dans ces services. *« les femmes vont se retrouver entre grossesses pathos, et on va finir par avoir des services de suites de couches où les femmes seront seules, on n'entendra plus un cri de bébé en suites de couches », « certaines sages-femmes en ont marre d'accoucher des enfants morts-nés, des enfants malformés. Au bout d'un moment, psychologiquement, elles ne pourront pas suivre, il faudra vraiment qu'elles se blindent, mais elles auront perdu ce coté humain…* » (sage-femme, niveau III).

De nombreux professionnels de tous les niveaux craignent cette discrimination : « *c'est comme si toutes les grossesses devenaient, au nom de la notion de grossesse à risque, porteuses potentielles de complications* », « *c'est comme s'il n'était pas conforme de vivre une grossesse sans faux pas* ».

b) Risque de saturation des établissements de niveau III

Face à leur pratique actuelle, certains risques secondaires à l'organisation en réseau et plus spécifiquement à la saturation des établissements de niveau III sont évoqués par les professionnels :

- le risque de « *l'étouffement rapide de ces grands centres* ». « *Que faire si l'on déborde ? Et si on prend une personne de plus, le risque est de mettre en danger tous ceux qui sont déjà là, et auprès desquels il y a déjà engagement de soins* » (obstétricien, niveau II), *« le problème est que dès que l'on dépiste quelque chose, il faut pouvoir suivre et assumer après* » (obstétricien, niveau III). Un tel regroupement amène les équipes des établissements de niveau III à faire des choix cruciaux, et inacceptables pour une part d'entre eux, en terme de suivi en maternité : « *comment concilier les choses qui devraient pourtant être de la responsabilité d'une maternité ? Est-ce que l'on peut concilier pédiatrie, diagnostic anténatal, allaitement, soutien psychologique minimum, tout en assurant l'obligatoire réduction du temps d'hospitalisation ?…* » (obstétricien, niveau III).
- le risque de « *création des problèmes infectieux à grande échelle du fait de la concentration des pathologies* » (sage-femme, niveau III).

- le risque d'un « *travail à la chaîne* » et du morcellement des soins préjudiciables à la qualité des soins et des prises en charge (largement évoqués par le corps des sages-femmes). Chacun devient plus ou moins le « *prestataire de service* » de l'autre. « M*oi, je n'aimerais pas travailler dans une grosse structure, il y a un coté usine, et j'imagine très bien le rapport humain avec les femmes qui viennent accoucher, ça se résume à un contact dans un box* » (anesthésiste, niveau II). Dans un tel contexte, « *si la femme ne va pas bien,*

on ne pourra pas passer de temps auprès d'elle…et si on a choisi d'être sage-femme, c'est quand même pour s'occuper de la femme dans sa globalité, c'est à dire de la femme et du nouveau-né » (sage-femme).

La question de l'orientation des femmes

Actuellement sur Lyon, personne ne semble s'être organisé pour faire face à cette tâche. Pour l'instant, le problème est géré dans une sorte d'improvisation au coup par coup, « *chacun va faire un peu à sa manière, je garde ou je garde pas »* (médecin de SAMU) avec les inévitables *« arrangements »* et *« passe-droits »* qui sont à prévoir (certains professionnels le regrettent, d'autres promettent de ne jamais avoir recours à de tels procédés, mais la question est présente).

Les professionnels évoquent certains risques à venir face à cette obligation d'orienter les femmes tels que :

- « *l'érosion de la proximité* à long terme »,
- L'absence « *d'accompagnement et d'information des femmes* ». C'est un point largement soulevé, parallèlement à celui de la formation et de la compétence du personnel d'accueil sur la question des « *sélections* » : *« il va se poser des problèmes éthiques, psychologiques importants. Les femmes qui téléphonent avant même d'être enceintes, à une semaine de grossesse, pour venir en niveau III, on va leur dire d'aller ailleurs. Comment vont-elles être accompagnées dans cette réorientation, comment peut-on considérer ça ? »* (obstétricien, niveau III).
- L'absence de formation et de compétences du personnel d'accueil sur la question des ***sélections*** : « *il faut des gens spécialistes au téléphone, ou des sages-femmes mais non des secrétaires, on doit savoir être capable de gérer une demande d'inscription dès le départ, notamment pour la confier à tel ou tel médecin, en plus de la confier à telle ou telle maternité… »* (obstétricien, niveau III).
- Le risque que les femmes aient tendance à intérioriser, comme seule valeur crédible, « *la performance liée à l'équipement des structures* », la garantie d'une intervention technique immédiate. Spontanément les professionnels pensent qu'elles vont tendre à revendiquer un niveau équipé, niveau III, parce qu'il y a un pédiatre, un plateau de néonatologie… « *c'est que le 4 étoiles paraît toujours mieux que le 1 étoile, comme quand vous allez au restaurant ...Les journalistes savent tellement bien manipuler les gens, qu'ils vont bien leur faire comprendre ça aussi* » (obstétricien, niveau II). Les professionnels craignent que le système se pervertisse très vite.

Le clivage entre les centres de différents niveaux, ressenti comme une suite de pertes

Les professionnels perçoivent un clivage entre « *les centres de la grande médecine et ceux d'une médecine quotidienne de niveau inférieur* ». Ce clivage se traduit par une suite de pertes pour les professionnels de niveau I et certains même de niveaux II :

- ***Perte de l'expérience*** : « *le risque, c'est de ne plus rien connaître des cas graves et de perdre son savoir-faire* » (anesthésiste, niveau I). « *ce qui va se passer, c'est que, comme on ne verra plus de grossesses pathologiques, on ne saura plus les prendre en charge. Il y a des situations qui font qu'on ne peut pas toujours prévoir* » (obstétricien, niveau I). « *Le vrai problème, c'est quand on se trouve confronté à des choses qu'on ne fait jamais, on*

peut passer à côté de choses… Alors que quand on l'a vu plusieurs fois, on sait qu'on doit faire attention » (sage-femme, niveau I).

Le manque d'entraînement devient vite ***défaut de compétence***. Il est déjà intériorisé comme tel et les professionnels, victimes de cette logique, cachent difficilement leur amertume : « *Je n'ai pas fait l'internat pour faire ça. Ce qui m'intéresse, c'est de pouvoir traiter les pathologies, sinon on s'encroûte. Le cerveau ne fonctionne plus* » (obstétricien, niveau I). Seuls, les anesthésistes, certains pédiatres, ne partagent pas ce vécu de déqualification car ils exercent leurs compétences ailleurs qu'en obstétrique.

- ***Perte de l'évaluation*** (risque de l'anticipation) : *« on ne prend pas de risque, on transfère* »,

- ***Perte de la valeur des « petites structures »*** : *« Le niveau I est réservé aux petites régions perdues. Ça rend service quand même ! Il est important d'avoir une petite maternité près de chez soi* » (obstétricien, niveau I).

  De l'avis des professionnels travaillant en niveau I, la méfiance semble s'instaurer vis à vis de « *ces petits niveaux* », comme si déjà ils ne pouvaient plus produire des actes médicaux reconnaissables : « *certains niveau III pensent qu'on n'envoie que les femmes à problème. Effectivement, on n'envoie que des problèmes, c'est le but… Ils ne jouent pas le jeu et recommencent tous les examens »* (obstétricien, niveau I).

  Ces professionnels se demandent si les femmes ne vont pas déserter, à plus ou moins long terme, ces structures de proximité qui assurent la naissance en plein cœur des quartiers : « *il va y avoir disparition des maternités de proximité. Il va rester 3 ou 4 grosses cliniques, les hôpitaux de niveau I et III, et puis ce sera tout. Je ne suis pas certain que ce soit une bonne chose »* (obstétricien, niveau I).

  Ces professionnels se demandent qui sera responsable de l'information des femmes afin qu'elles-mêmes puissent prendre la mesure de ce qu'elles sont en droit de revendiquer et d'attendre des établissements : « *une femme à bas risque n'acceptera pas d'aller dans la clinique parce qu'elle est à bas risque. Elle dira ''oui, je suis à bas risque, mais qu'est-ce que vous en savez, je peux faire une complication, et là-bas, est-ce qu'ils vont pouvoir me soigner ?''* » (obstétricien, niveau I).

  Enfin, Les professionnels du privé soulèvent la question des dépassements d'honoraires dans la mise en place du réseau : « *Non seulement, c'est un établissement* de *bas niveau* (les appellations sont déjà largement passées dans le langage au premier degré) *mais en plus c'est plus cher avec les dépassements d'honoraires* » (obstétricien, niveau I).

- ***Perte du prestige et de l'image professionnelle*** : dans un tel contexte la déqualification des compétences risque d'être non seulement favorisée, mais encore légitimée. De ce point de vue et du constat de tous, l'organisation de la mise en réseau est beaucoup trop dépendante du repérage et du jugement et de la validation des compétences *: « Chacun va se juger », « la mutation est un regard sur le travail de l'autre »* ont exprimé plusieurs médecins. Le glissement est à craindre entre l'impossibilité de gérer une situation et l'étiquetage d'incompétence**.** Il y a là un facteur psychologique important, plusieurs fois soulevé par les praticiens de toutes les catégories.

- ***Perte possible d'une patiente transférée***, ou tout au moins d'une rupture dans la continuité des soins et de la relation. Cet effet est envisagé de façon récurrente, plus ou moins argumenté, en terme de confort, de dimensions économiques, mais d'avantage encore en tant que risque psychologique : « *les parents ont une histoire avec l'équipe qui les a reçus pour un enfant très prématuré, et finalement ils se disent qu'ils vont finir cette histoire avec la même équipe* » (obstétricien, niveau I). Le déracinement des femmes transférées est particulièrement abordé par les gynéco-obstétriciens et les sages-femmes.

La dramatisation et surmédicalisation de l'accouchement

La crainte majeure des professionnels est celle de tendre à long terme à ce que les praticiens de petits niveaux (et leur clientèle) ne soient plus préparés techniquement et psychologiquement à l'imprévisible et au « *sang-froid* » qu'il nécessite. « *Toutes les grossesses sont devenues à risque, parce que tout le monde tremble* ».

Cette crainte recouvre le débat de fond de la responsabilité et du rapport à « *l'immaîtrisable* » et à la mort plus fondamentalement. Pour les praticiens, cela ouvre précisément la question du « *faire-face à l'accident* » inhérent à la prise en charge de tout acte médical, essentiellement dans le domaine obstétrical, et parallèlement, du risque de la mise en œuvre d'un pouvoir gestionnaire : « *Lorsqu'il y a un problème en maternité, ça choque tout le monde, que ce soit le personnel ou la famille », « l'obstétrique quand ça va mal, ça va mal très vite » (*anesthésiste, niveau II). Mais, l'obstétrique, comme toute pratique médicale, *« c'est un art, c'est de la médecine, ça n'est pas une science exacte* » (obstétricien, niveau II).

Les professionnels trouvent que le décret entraîne une demande sociale de prévisibilité maximale des risques encourus par la mère et par l'enfant car « *organisation* » suppose « *prévision* ». Or, tous s'accordent à reconnaître que la plus grosse part de leur activité médicale n'est pas programmable : en obstétrique, la programmation a toujours entraîné une augmentation des actes (par exemple le déclenchement de l'accouchement).
De fait, « *la grossesse tend à ne plus être un processus physiologique mais une maladie* ».

Le climat d'intensification des risques médico-légaux

Nombreux sont les médecins qui constatent l'intensification des risques médico-légaux : l'intériorisation d'un « *risque zéro* » entraîne « *suspicion, dénonciation, et plaintes de la part des parents et des couples* ». Progressivement les professionnels tendent à remplacer la relation de confiance mutuelle et le pacte tacite de l'imprévisibilité : « *on accepte de travailler comme des fous, mais si par derrière on se fait taper sur les doigts… On n'est pas masochiste quand même, on va faire ce qu'il faut pour prendre un certain nombre de précautions et ne pas avoir de critiques médico-légales* » (obstétricien, niveau III).

Les anesthésistes et les pédiatres vivent plus l'application des normes du décret comme un cadre sécurisant avec l'idée que « *si on applique les protocoles, on ne pourra rien nous reprocher* ».

Le clivage entre les établissements privé /public

D'après l'ensemble des professionnels, ce contexte de régionalisation avive la polémique du rapport entre les établissements privés et publics.

Des obstacles psychologiques non négligeables sont à dépasser : les professionnels des établissements privés se voient souvent comme « *méprisés par le public* », qui est à la fois juge et partie en cas de difficultés médico-légales « *les experts viennent des niveaux III publics* ».

Les professionnels des établissements publics se voient comme la « *poubelle du privé* », certains vont jusqu'à soupçonner les professionnels du privé « *d'augmenter leur actes d'extraction pour améliorer leurs revenus, quitte à transférer ensuite sur le public en cas de complications médicales* ».

La difficulté d'application du décret

Finalement, la plupart des professionnels trouvent ce décret difficilement applicable du fait de sa rigidité, et d'une exigence protocolaire cumulative et peu pertinente d'un point de vue pratique. Les points particulièrement évoqués sont :

- Les problèmes de la gestion des statistiques et de la primauté de l'administratif sur la qualité des soins : *« quand la tutelle vient, ils sont contents des papiers, il n'y a que ça qui les intéresse »* (anesthésiste, niveau II), « *Ils l'ont vu de façon très mathématique : ils n'ont pas vu le coté humain* » (obstétricien, niveau II).
- Le cumul des protocoles que le décret inclut vient se rajouter à la liste actuelle déjà longue des protocoles à suivre. « *La rigidité des protocoles peut s'opposer à l'appréciation clinique, particulièrement dans le domaine complexe de l'obstétrique où la multiplicité des paramètres est à prendre en compte au niveau décisionnel (paramètres sociaux, psychologiques, économiques et culturels*) » (obstétricien, niveau III).
- L'organisation semble aux médecins trop centralisée, « *cette organisation manque de souplesse et de mobilité* ».
- Les lourdeurs de certains dispositifs prévus par le décret : la question des astreintes obligatoires est largement discutée par les professionnels. D'autant plus que la pénurie de professionnels dans le domaine de la périnatalité, présente et à venir, est une réelle inquiétude …

E. Perception de l'évaluation du réseau périnatal

L'évaluation de la mise en réseau est vivement souhaitée et les professionnels proposent quelques indications dans cette perspective.

Cette évaluation devrait porter sur les chiffres de la mortalité et de la morbidité (c'est ce qui est attendu en toute priorité), sur les séquelles de la prématurité, sur la qualité de fonctionnement du réseau, sur les pratiques de prise en charge des patientes, sur l'évolution des relations précoces mère/enfant, sur l'évolution des modalités de prévention en périnatalité.

F. Recommandations pour améliorer le réseau

En ce qui concerne le fonctionnement global du réseau, les professionnels font des propositions concrètes telles que :

- organiser les services CHU en 2 niveaux (normal / pathologique), voire, réduire le découpage des établissements en 2 niveaux seulement,
- développer l'alternative à l'hospitalisation, ou développer l'intégration des structures intermédiaires (PMI) et la coordination avec les médecins de ville.

En ce qui concerne les questions pratiques de transfert, les professionnels revendiquent la mise en place des moyens élémentaires de fonctionnement tels que :

- un SMUR pédiatrique, un système de référents pédiatriques coordonné au SMUR,
- une cellule de suivi des capacités d'accueil et de régulation des transferts,
- la mise en place des moyens nécessaires à la coordination des soins (dossier commun).

G. Conclusion

En conclusion, il semble à l'équipe de psychologues que ce décret va à l'encontre d'une véritable politique de prévention. Le reproche le plus vif est qu'il porte atteinte à ***l'identité de la pratique médicale***, peut-être même à ce qui suscite et mobilise la vocation du médecin.

Il amplifie le mouvement de médicalisation de la grossesse, qui tend à ne plus être un processus physiologique mais une maladie. Une telle recherche du ***risque zéro*** a des incidences certaines en terme de rapport à la technique et de considération de la femme qui ne peuvent être ignorées.

A un moment où la pratique médicale prend un virage important, les professionnels ont largement insisté sur la nécessité d'une véritable collaboration entre les praticiens, les experts (qui connaissent les enjeux du terrain) et les décideurs politiques.

III. Etude épidémiologique

1. Échantillonnage

La population était constituée des professionnels de la naissance travaillant au sein des réseaux Auvergne et Gard-Lozère.

Nombre de sujets nécessaire

En partant de l'hypothèse que 50% des professionnels avaient une mauvaise perception de la régionalisation avec un risque d'erreur α de 5 %, le nombre de sujets nécessaires à cette étude descriptive était de 385 pour l'ensemble des deux réseaux (précision de l'IC à 95 % = 10 %) (11). En faisant l'hypothèse d'un taux de réponse à 80%, le nombre de sujets s'élevait à 461 professionnels.

Considérant le nombre de professionnels par spécialités, les échantillons suivants étaient exhaustifs : néonatologues, obstétriciens et gynécologues, acteurs de PMI. En ce qui concerne les médecins généralistes et les sages-femmes, un échantillon a été tiré au sort au sein des populations exhaustives respectives avec une fraction de sondage pour l'échantillon des médecins généralistes égale à 1/5, et pour les sages-femmes de ½ pour le réseau Gard-Lozère et 1/3 pour l'Auvergne. L'échantillon final incluait 1 128 professionnels (670 pour l'Auvergne et 458 pour le réseau Gard-Lozère).

2. Développement d'un auto-questionnaire

Le questionnaire reposait sur les résultats de l'analyse de contenu réalisés précédemment et les données de la littérature d'autre part (8).

Il était constitué de questions d'opinion fermées avec une échelle de mesure respectant un continuum. Ces questions ont été regroupées par « dimensions psychosociologiques ». Huit dimensions psychosociologiques principales ont été dégagées par l'analyse de contenu et la littérature : les contraintes de la régionalisation relatives aux aspects juridiques, les contraintes relatives à la mise en place des niveaux de soins, le risque de perte de compétence ou de prestige pour les professionnels, les conséquences de la régionalisation sur les pratiques médicales, les conséquences sur les relations interprofessionnelles, les conséquences de la régionalisation sur l'organisation du travail et les aspects financiers, les conséquences relatives au nouveau rôle des professionnels libéraux, les conséquences médico-légales de la régionalisation.

Ces 8 dimensions ont été développées en 5 à 7 questions utilisant les propres mots ou expressions des professionnels.

Des questions complémentaires ont été ajoutées afin de décrire la perception qu'ont les professionnels des conditions de mise en œuvre, de l'informatisation et de l'évaluation d'un réseau de santé périnatale.

Les déterminants sociaux comprenaient pour chaque acteur de santé : âge, sexe, statut professionnel, type d'activité médicale (publique et/ ou privée), structure professionnelle et/ ou statut de la maternité (niveau de soins, statut juridique).

Dans sa version initiale, ce questionnaire incluait 89 questions, qui suivent les principales règles de construction (9,10). Il a été ensuite envoyé à une trentaine de personnes, permettant de juger du niveau de compréhension des questions, de l'acceptabilité du questionnaire et du temps nécessaire à sa passation. Il a alors été remanié en fonction de leurs remarques pour aboutir à une version finale comprenant 75 questions ordonnées de façon aléatoire.

Que pensez-vous de l'organisation du réseau périnatal Auvergne ?

Votre activité vous conduit-elle à prendre en charge des femmes enceintes ou leurs nouveau-nés..... ☐ **non** ☐ **oui** ☐ parfois ☐ régulièrement

- **Si non,** allez directement à la **page 4**
- **Si oui,** avez vous entendu parler du décret d'octobre 1998 traitant de l'organisation en réseau de soins périnatals ?..... ☐ **oui** ☐ **non**

Si oui, vous êtes vous procuré une copie du décret ?... ☐ **oui** ☐ **non**

- **Si oui**
  - ☐ vous l'avez entièrement lu
  - ☐ vous avez lu certaines parties
  - ☐ vous ne l'avez pas lu
- **Si non**
  - ☐ vous ne saviez pas comment vous le procurer
  - ☐ vous avez pensé que le décret serait illisible
  - ☐ vous avez pensé que vous n'aviez pas besoin de le lire
  - ☐ autre :

Par rapport à l'organisation en réseau périnatal, il y a des professionnels qui pensent que … **Et vous qu'en pensez-vous ?**

	pas du tout d'accord	pas trop d'accord	plutôt d'accord	tout à fait d'accord
- l'organisation en réseau de soins diminue l'isolement professionnel	☐	☐	☐	☐
- l'engagement actif de chacun des acteurs de santé est une des conditions de bon fonctionnement du réseau	☐	☐	☐	☐
- l'intérêt majeur du réseau de soins est de diminuer la mortalité périnatale.....	☐	☐	☐	☐
- il y a toujours une "balance" des risques à faire (avantages et inconvénients), devant une nouvelle pratique de soins	☐	☐	☐	☐
- une femme, bien informée dès le début de sa grossesse, acceptera le fonctionnement en réseau	☐	☐	☐	☐
- le réseau devrait favoriser les collaborations entre acteurs de ville et maternités	☐	☐	☐	☐
- l'organisation en réseau de soins ne change pas grand chose, la plupart des complications de l'accouchement étant imprévisibles	☐	☐	☐	☐
- l'organisation en réseau de soins va augmenter la médicalisation de la grossesse.....	☐	☐	☐	☐
- il y a un risque que les patientes transférées soient reçues par un praticien moins expérimenté.....	☐	☐	☐	☐
- la structure coordonnatrice du réseau de soins doit être indépendante des directions des établissements	☐	☐	☐	☐
- l'informatisation du réseau devrait faciliter l'évaluation des pratiques	☐	☐	☐	☐
- les protocoles inhérents au réseau risquent d'augmenter les contraintes médico-légales	☐	☐	☐	☐
- une charte établie entre les membres du réseau garantira l'égalité de tous	☐	☐	☐	☐
- les maternités de niveau III sont "embolisées", on passe des heures à trouver une place.....	☐	☐	☐	☐

	pas du tout d'accord	pas trop d'accord	plutôt d'accord	tout à fait d'accord
- en faisant des choses trop organisées "d'en haut", on risque de démotiver les gens	☐	☐	☐	☐
- plus le niveau de soins est bas, plus on va transférer et donc perdre de l'argent	☐	☐	☐	☐
- l'orientation proposée par le décret risque d'effrayer les mères "envoyées" vers les établissements de niveau I	☐	☐	☐	☐
- de toute façon, on continuera à travailler avec des gens en qui on a confiance	☐	☐	☐	☐
- les femmes multipares à bas risque, suivies lors d'une grossesse antérieure en maternité de niveau II ou III, refuseront d'aller en maternité de niveau I	☐	☐	☐	☐
- il faut un dossier médical commun qu'on peut se partager	☐	☐	☐	☐
- il faudra s'assurer que le travail en réseau diminue bien la mortalité des mères et des enfants	☐	☐	☐	☐
- l'organisation en réseau de soins permet à chaque femme d'être orientée plus rapidement dans une maternité de niveau adapté à son "risque"	☐	☐	☐	☐
- avec le réseau, tout le monde a le même poids, du généraliste au patron de CHU	☐	☐	☐	☐
- les maternités de niveau III ne vont pas jouer le jeu : elles inscrivent des femmes à bas risque en début de grossesse même si elles habitent loin	☐	☐	☐	☐
- un réseau "ville-hôpital" devrait permettre une vision "unifiée" de la grossesse : de la préparation à la naissance au retour à domicile	☐	☐	☐	☐
- Le réseau, c'est d'abord un moyen pour la Sécurité Sociale de faire des économies	☐	☐	☐	☐
- il faut connaître l'opinion des familles sur le réseau	☐	☐	☐	☐
- l'informatisation marchera si chacun saisit les données qu'il recueille	☐	☐	☐	☐
- gynécologues médicaux, médecins généraliste et sage-femmes sont les mieux "placées" pour orienter les femmes en début de grossesse	☐	☐	☐	☐
- l'organisation en réseau est une chance, ça revalorise ma profession	☐	☐	☐	☐
- les maternités de niveau III risquent de devenir des usines à pathologies	☐	☐	☐	☐
- il faut qu'on puisse faire circuler le dossier médical par Internet	☐	☐	☐	☐
- il y a un risque de compétition financière entre maternités devant coopérer	☐	☐	☐	☐
- c'est naturel de passer la main pour les femmes à risque	☐	☐	☐	☐
- on établit des normes mais les moyens humains pour les mettre en œuvre sont insuffisants	☐	☐	☐	☐
- le décret homogénéise les pratiques, il y aura moins de "fantaisies" individuelles	☐	☐	☐	☐
- le mandat du coordinateur du réseau doit être limité dans le temps	☐	☐	☐	☐
- le personnel de niveau I va perdre son "savoir-faire" pour la pathologie	☐	☐	☐	☐
- il risque d'y avoir divergence entre les objectifs du réseau et les projets d'établissements	☐	☐	☐	☐
- l'informatisation du réseau est nécessaire à la communication entre professionnels	☐	☐	☐	☐
- la structure risque de se substituer au médecin quant aux décisions médicales	☐	☐	☐	☐
- le risque, c'est que les maternités de proximité disparaissent complètement	☐	☐	☐	☐
- il faudra que chaque professionnel sache ce que l'on va faire de ses données informatisées	☐	☐	☐	☐

	pas du tout d'accord	pas trop d'accord	plutôt d'accord	tout à fait d'accord
- grâce au réseau, l'orientation des femmes, des niveaux III vers les niveaux I ou II, se fera sans problème	☐	☐	☐	☐
- il y a un gouffre entre ce qui est prévu par le décret et la réalisation sur le terrain	☐	☐	☐	☐
- le CHU risque de se trouver en position de leader au sein du réseau	☐	☐	☐	☐
- un réseau, c'est beaucoup plus large que les seules relations inter-maternités	☐	☐	☐	☐
- maintenant, par peur de l'erreur, toutes les grossesses sont devenues à risque	☐	☐	☐	☐
- l'organisation en réseau corrige les inégalités sociales face à l'accès aux soins	☐	☐	☐	☐
- le manque de moyens compromet la garantie du "minimum de proximité" entre la mère et son enfant	☐	☐	☐	☐
- les pratiques de soins, différentes entre "écoles" d'obstétriques, apporteront un "plus" au réseau	☐	☐	☐	☐
- il faut voir si les pratiques médicales de notre réseau concordent avec ce qui se fait en France	☐	☐	☐	☐
- il y a un risque de comparaison des résultats des maternités par les tutelles	☐	☐	☐	☐
- le réseau périnatal c'est un champ plus large que la seule organisation des transferts in utero ou post natals	☐	☐	☐	☐
- le décret reflète la volonté de certains organismes administratifs d'instaurer des normes qui ne correspondent pas du tout à la réalité	☐	☐	☐	☐
- plus les femmes comprendront l'organisation en réseau, plus elles exigeront le "risque 0"	☐	☐	☐	☐
- l'organisation en réseau fait que les femmes enceintes perdent le libre choix de leur maternité	☐	☐	☐	☐
- les femmes n'iront plus vers un médecin mais vers une structure	☐	☐	☐	☐
- pour désengorger les services, les obstétriciens hospitaliers devraient recommander la surveillance de la grossesse par les médecins de ville	☐	☐	☐	☐
- il y a un risque de conflit en responsabilité entre le service qui reçoit et celui qui transfère	☐	☐	☐	☐
- les femmes vont mettre une étiquette de niveau sur les maternités	☐	☐	☐	☐
- le décret détruit les réseaux déjà existants basés sur la confiance	☐	☐	☐	☐
- sans dépassement d'honoraires, les structures privées ne pourront pas prendre en charge les femmes qui ne peuvent pas être accueillies en niveau III	☐	☐	☐	☐
- maintenant, toute femme enceinte risque d'être perçue comme une "faiseuse de procès" potentielle	☐	☐	☐	☐
- on perdra des chances de progresser si on n'applique pas le décret	☐	☐	☐	☐
- certains s'occupaient très bien des nouveau-nés, même dans les cas graves, et d'un coup on décrète qu'ils sont incompétents	☐	☐	☐	☐
- l'informatique doit faire gagner du temps	☐	☐	☐	☐
- l'organisation en réseau va alourdir les astreintes médicales et conduire à un épuisement professionnel	☐	☐	☐	☐
- le transfert, c'est un regard sur le travail de l'autre	☐	☐	☐	☐

Auriez vous des recommandations ou vœux concernant l'organisation du réseau dans votre région ?

Caractéristiques socio-professionnelles

Année de naissance : — — — —

Sexe : ☐ homme ☐ femme

Statut professionnel :
☐ Anesthésiste - réanimateur
☐ Gynécologue - obstétricien
☐ Gynécologue médical
☐ Médecin généraliste
☐ Médecin SMUR
☐ Pédiatre néonatologue
☐ Puéricultrice
☐ Sage-femme

Lieu d'exercice :
☐ établissement privé
☐ cabinet médical ☐ à la campagne / en ville
☐ au sein de l'établissement privé
☐ établissement privé participant au service public
☐ établissement public type CHG ou CHI
☐ établissement public CHU
☐ PMI

Si vous avez une activité hospitalière (publique ou privée), même à temps partiel

Niveau de soins de la maternité : ☐ I ☐ II A ☐ II B ☐ III

Si vous avez une activité hospitalière publique, même à temps partiel

Type d'activité : ☐ statut hospitalier uniquement
☐ statut hospitalier + consultations privées
☐ vacations hospitalières

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.

3. Administration du questionnaire

Le questionnaire a été envoyé à 1 128 professionnels au cours de l'année 2002 (en prévision d'un certain nombre de soignants ne prenant pas en charge des femmes enceintes ou des nouveau-nés.) Le taux de participation à l'enquête (après auto-questionnaire postal et relance téléphonique) a été de 80 % (909 professionnels ont renvoyé le questionnaire).

Au niveau de cet échantillon, les professionnels ne prenant pas en charge des femmes enceintes ou des nouveau-nés représentaient moins de 20 % des pédiatres (18) et des anesthésistes (16), environ 10 % des gynécologues (6) et des sages-femmes (15) et 59 % des médecins généralistes (205). Ces professionnels ont été exclus de l'échantillon. Au final, 599 professionnels ont été inclus dans l'échantillon dit « d'étude ».

Enfin, au moment de l'étude, seuls 375 professionnels étaient réellement impliqués dans le travail en réseau au sein du réseau Auvergne. Ces 375 professionnels ont constitué l'échantillon dit « de travail » utilisé pour la construction de scores d'acceptabilité.

4. Analyse statistique

Dans le questionnaire, chacune des 8 dimensions psychosociologiques a été développée en 5 à 7 questions. Une échelle variant de 1 à 4 était rattachée à chaque question, indiquant le degré d'acceptabilité de cette politique de santé par les professionnels (pas du tout d'accord, pas trop d'accord, plutôt d'accord, tout à fait d'accord).

a) Evaluation psychométrique

L'évaluation psychométrique recherchant la cohérence interne entre les questions au sein d'une même dimension a été réalisée, a priori, à partir de l'analyse de contenu effectué par les psychosociologues et, a posteriori, à partir de l'estimation des coefficients de Cronbach pour chacune des dimensions.

b) Construction des scores

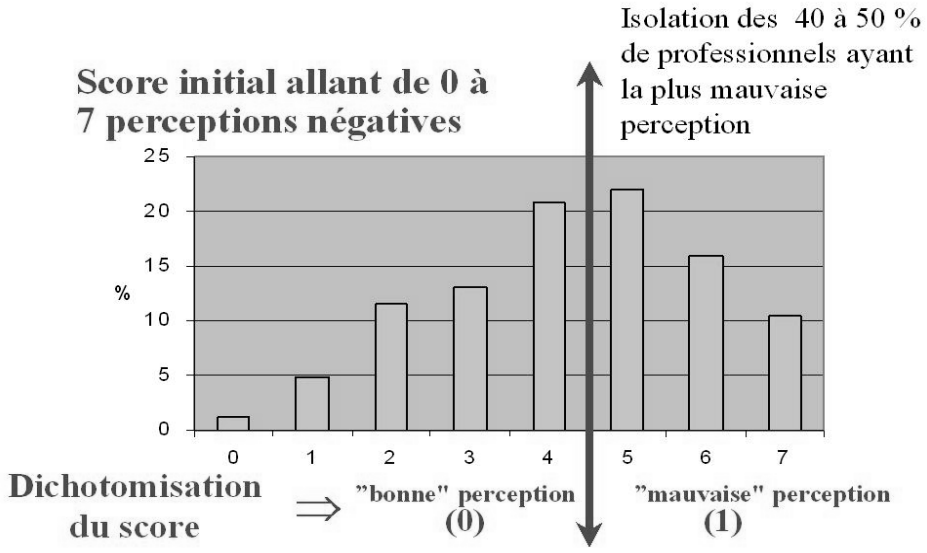
Les scores ont été construits à partir de l'échantillon « de travail » :

- Chaque question a été dichotomisée en 0 /1, ce qui a permis d'identifier les professionnels ayant une perception négative (valeur 1) vis à vis de chaque question considérée.

- En sommant ensuite les perceptions négatives au sein de chaque dimension, on a obtenu 8 scores dimensionnels allant de 0 à 7 suivant la dimension considérée.

- La dichotomisation des scores dimensionnels en 0 /1 a enfin permis d'isoler les 40 à 50 % des professionnels ayant la plus mauvaise acceptabilité (valeur 1) vis à vis de la dimension considérée, selon les hypothèses de départ (cf. figure ci-après).

Ce sont ces scores dichotomiques dimensionnels qui ont été analysés pour décrire l'acceptabilité des professionnels :



c) Identification des résistances des professionnels, description de leur acceptabilité

L'échantillon « d'étude » a été utilisé pour estimer les taux de mauvaise acceptabilité des professionnels par dimension, et suivant leur spécialité médicale, le statut juridique ou le niveau de soins de l'institution dans laquelle ils travaillaient. Après prise en compte de l'âge des professionnels, de leur sexe, du réseau de soins et du statut juridique de l'institution, l'analyse a comparé l'acceptabilité des professionnels suivant la spécialité médicale (le groupe de néonatologues étant choisi comme groupe de référence) (likelihood ratio test).

d) Identification des attentes des professionnels

L'échantillon « d'étude » a été utilisé pour décrire les conditions de mises en œuvre du réseau exprimées par les professionnels et relatives au fonctionnement, à l'informatisation et à l'évaluation du réseau.

5. Résultats de l'étude épidémiologique

L'enquête et la présentation des résultats ont été réalisés par S. David, N. Mamelle et F. Vendittelli (INSERM U369).

A. Evaluation psychométrique

L'analyse a porté sur 345 questionnaires en Auvergne et 254 dans le Gard.

L'évaluation psychométrique recherchant la cohérence interne entre les questions au sein d'une même dimension a été réalisée, a priori, à partir de l'analyse de contenu effectué par les psychosociologues et, a posteriori, à partir de l'estimation des coefficients de Cronbach pour chacune des dimensions (rang : 0,5 à 0,71) :

Thématiques	Concepts majeurs*	Nombre d'items	α *
1/ Contraintes relatives aux aspects réglementaires	Déconnexion entre le contenu de la politique et les pratiques médicales, réglementation imprécise, surmédicalisation de la grossesse.	6	0.71
2/ Conséquences sur les pratiques médicales	Homogénéisation des pratiques médicales, complémentarité des compétences des professionnels, perte du jugement clinique, accumulation des protocoles médicaux.	5	0.60
3/ Contraintes relatives à la mise en place des niveaux de soins dans les maternités	Création d'une organisation hiérarchisée, responsabilité médicale en cas de transfert (critères, conséquences financières, responsabilité médicale), gestion exclusive de la pathologie dans les établissements de niveau III, risque de morcellement des soins et de travail à la chaîne.	6	0.63
4/ Conséquences du décret sur le prestige et les compétences professionnelles	Perte du jugement médical, perte de l'évaluation des risques, perte de l'image professionnelle, perte du savoir-faire psychologique et technique, perte des négociations usuelles entre professionnels.	7	0.67
5/ Conséquences du décret sur les relations professionnelles	Isolement professionnel, questionnement sur la performance professionnelle, confrontation entre professionnels des hôpitaux publics et privés.	7	0.53
6/ Conséquences sur l'organisation du travail et les aspects financiers	Manque de ressources disponibles (personnel, lits et équipements), capacité d'accueil des établissements de niveau III insuffisante, conditions de travail, compétition financière entre maternités.	7	0.60
7/ Conséquences relatives au nouveau rôle des professionnels libéraux	Collaboration entre établissements hospitaliers et établissements libéraux (ou structure « hors les murs »), orientation des femmes au début de leur grossesse, prise en charge de la grossesse.	6	0.50
8/ Conséquences juridiques	conflit en responsabilité entre les établissements, légitimation des plaintes juridiques des femmes, détérioration de la relation de confiance instaurée entre le professionnel et sa patiente.	5	0.69

* Coefficients de Cronbach (mesure des corrélations entre items au sein d'une thématique donnée)

B. Construction des scores

Les scores ont été construits à partir de l'échantillon « de travail » selon la méthodologie décrite précédemment :

- Chaque question a été dichotomisée en 0 /1 ce qui a permis d'identifier les professionnels ayant une perception négative (valeur 1) vis à vis de chaque question considérée.

- En sommant ensuite les perceptions négatives au sein de chaque dimension, on a obtenu 8 scores dimensionnels allant de 0 à 7 selon la dimension considérée.

- La dichotomisation des scores dimensionnels en 0 /1 a enfin permis d'isoler les 40 à 50 % de professionnels ayant la plus mauvaise acceptabilité (valeur 1) vis à vis de la dimension considérée.

Thématiques	**Scores-thématiques**				**Valeur seuil définissant une faible acceptabilité***
	Nombre de perceptions négatives				
	0 –1 %	**2 –3 %**	**4 –5 %**	**6 –7 %**	
1/ Contraintes relatives aux aspects réglementaires	21.3	38.1	33.7	6.9	≥ 4
2/ Conséquences sur les pratiques médicales	69.0	25.6	5.4	0.0	≥ 2
3/ Contraintes relatives à la mise en place des niveaux de soins dans les maternités	6.9	30.5	48.5	14.1	≥ 5
4/ Conséquences du décret sur le prestige et les compétences professionnelles	6.2	24.7	42.8	26.3	≥ 5
5/ Conséquences du décret sur les relations professionnelles	10.2	44.4	43.1	2.3	≥ 4
6/ Conséquences sur l'organisation du travail et les aspects financiers	1.8	16.8	54.6	26.8	≥ 6
7/ Conséquences relatives au nouveau rôle des professionnels libéraux	65.5	32.6	1.9	0.0	≥ 2
8/ Conséquences juridiques	13.9	34.5	51.6	0.0	≥ 4

* le « score-thématique dichotomisé » prend la valeur 1 quand le score-thématique est supérieur à la valeur seuil définie.

C. Comparaison des scores d'acceptabilité selon le statut professionnel et le lieu d'exercice

En décrivant, l'acceptabilité des professionnels par thématique, au sein de chaque réseau, l'analyse a montré des différences non seulement en fonction du statut professionnel, mais aussi en fonction du lieu d'exercice des professionnels :

	Taux de faible acceptabilité					
Thématiques	Anest (n=64) %	Obstet (n=124) %	Neonat (n=50) %	Sage-f (n=140) %	Ville* (n=221) %	p
1/ Contraintes relatives aux aspects réglementaires	35.1	42.5	15.4	51.4	57.8	≤ 0.001
2/ Conséquences sur les pratiques médicales	23.2	39.5	22.7	29.6	40.6	≤ 0.04
3/ Contraintes relatives à la mise en place des niveaux de soins dans les maternités	35.9	45.4	25.6	37.2	39.9	NS
4/ Conséquences du décret sur le prestige et les compétences professionnelles	35.7	65.5	30.8	43.3	55.2	≤ 0.001
5/ Conséquences du décret sur les relations professionnelles	56.9	51.5	38.5	36.7	43.5	NS
6/ Conséquences sur l'organisation du travail et les aspects financiers	43.2	55.0	55.6	61.8	53.5	NS
7/ Conséquences relatives au nouveau rôle des professionnels libéraux	38.0	42.9	33.3	24.6	16.0	≤ 0.001
8/ Conséquences juridiques	50.0	48.7	35.0	59.8	60.9	≤ 0.02

	Taux de faible acceptabilité				
Thématiques	CHU (n=99) %	CHG (n=161) %	Privé* (n=97) %	Ville** (n=239) %	p
1/ Contraintes relatives aux aspects réglementaires	38.2	41.0	48.8	51.1	NS
2/ Conséquences sur les pratiques médicales	27.9	26.2	39.8	40.1	≤ 0.04
3/ Contraintes relatives à la mise en place des niveaux de soins dans les maternités	33.6	33.3	54.1	37.6	≤ 0.01
4/ Conséquences du décret sur le prestige et les compétences professionnelles	50.4	35.7	62.9	50.6	≤ 0.01
5/ Conséquences du décret sur les relations professionnelles	41.2	41.7	60.5	40.4	≤ 0.02
6/ Conséquences sur l'organisation du travail et les aspects financiers	52.3	56.4	63.0	51.2	NS
7/ Conséquences relatives au nouveau rôle des professionnels libéraux	32.8	29.1	47.7	14.5	≤ 0.001
8/ Conséquences juridiques	55.7	47.8	55.9	55.9	NS

NS: test non significatif
* privé : professionnels travaillant dans des cliniques privées
** Ville: PMI, médecins généralistes, gynécologues libéraux et sage-femme libérales

D. Comparaison de l'acceptabilité des professionnels selon la spécialité médicale

Après prise en compte de l'âge des professionnels, de leur sexe, du réseau de soins et du statut juridique de l'institution, l'analyse a comparé l'acceptabilité des professionnels suivant la spécialité médicale (le groupe de néonatologues étant choisi comme groupe de référence) (likelihood ratio test)

	Effet de la spécialité médicale sur l'acceptabilité*				
Thématiques	Anesthésistes (n=64) OR_{adj} (95%CI)	Obstétriciens (n=124) OR_{adj} (95%CI)	Néonatologistes (n=50) OR_{adj} (95%CI)	Sage-femmes (n=140) OR_{adj} (95%CI)	Ville** (n=221) OR_{adj} (95%CI)
1/ Contraintes relatives aux aspects réglementaires	**3.0** (1.1 ; 8.4)	**4.1** (1.6 ; 10.7)	1.0	**6.0** (2.3 ; 15.5)	**6.9** (2.5 ; 18.7)
2/ Conséquences sur les pratiques médicales	1.0 (0.4 ; 2.6)	2.1 (0.9 ; 4.6)	1.0	1.5 (0.7 ; 3.4)	1.7 (0.7 ; 4.0)
3/ Contraintes relatives à la mise en place des niveaux de soins dans les maternités	1.6 (0.6 ; 3.9)	2.2 (0.97 ; 5.0)	1.0	1.7 (0.8 ; 3.9)	1.3 (0.6 ; 3.1)
4/ Conséquences du décret sur le prestige et les compétences professionnelles	1.1 (0.5 ; 2.8)	**4.3** (1.9 ; 10.0)	1.0	**3.0** (1.2 ; 7.3)	**2.6** (1.1 ; 6.4)
5/ Conséquences du décret sur les relations professionnelles	2.2 (0.9 ; 5.4)	1.8 (0.8 ; 4.0)	1.0	1.4 (0.6 ; 3.2)	1.1 (0.5 ; 2.6)
6/ Conséquences sur l'organisation du travail et les aspects financiers	0.6 (0.3 ; 1.5)	1.0 (0.5 ; 2.1)	1.0	1.3 (0.6 ; 2.9)	0.8 (0.3 ; 1.8)
7/ Conséquences relatives au nouveau rôle des professionnels libéraux	1.2 (0.5 ; 2.9)	1.4 (0.7 ; 3.2)	1.0	0.7 (0.3 ; 1.5)	0.3 (0.1 ; 0.8)
8/ Conséquences juridiques	2.3 (0.95 ; 5.5)	2.1 (0.9 ; 4.8)	1.0	**6.2** (2.6 ; 15.2)	**4.2** (1.8 ; 10.0)

* après prise en compte de l'âge, du sexe, du réseau et du statut juridique de l'institution (OR ajusté > 1: acceptabilité plus faible que celle des néonatologistes, OR ajusté < 1: meilleure acceptabilité que celle des néonatologistes)

** Ville: PMI, médecins généralistes, gynécologues libéraux

On voit que pour la plupart des thématiques (notamment l'aspect réglementaire du décret sur les pratiques professionnelles, les conséquences du décret sur les compétences ou le prestige des acteurs, la structuration des maternités par niveau de soins ou les conséquences juridiques du décret), anesthésistes et pédiatres se détachaient des autres corps professionnels montrant une meilleure acceptabilité à cette organisation en réseau que les autres.

En revanche, si cette tendance se retrouvait dans les deux réseaux, elle n'était significative que pour le réseau d'Auvergne.

E. Description des scores globaux d'acceptabilité selon l'exercice professionnel dans chacun des 2 réseaux

Concernant le score total d'acceptabilité, on observe qu'en Auvergne, environ 30 % des anesthésistes et pédiatres avaient une mauvaise perception du décret contre 50 % des obstétriciens, 50 % des sages-femmes, et plus de 60 % des acteurs de ville (p = 0,02). Pour le réseau Gard-Lozère, 28,5 % des anesthésistes et pédiatres avaient une mauvaise perception du décret contre 65,5 % des obstétriciens, 44,8 % des sages-femmes, ou 55,9 % des acteurs de ville mais cette tendance n'était pas significative. Le score varie de 0 (bonne acceptabilité) à 7 (mauvaise acceptabilité) :

	Valeur du score global (%)				**Mauvaise acceptabilité globale (%)**
	0 –1	**2 –3**	**4 –5**	**6 –7**	**Score global ≥ 4**
AUVERGNE					
Echantillon total	22,2	27,5	26,9	23,4	50,3
Selon le statut professionnel					
Anesthésistes	31,8	31,8	13,6	22,7	36,3
Obstétriciens	15,2	30,4	28,3	26,1	54,4
Pédiatres	36,4	36,4	18,2	9,1	27,3
Sages-femmes	25,7	22,9	40,0	11,4	51,4
Acteurs de ville	14,3	21,4	26,2	38,1	64,3
Selon le statut juridique [a]					
CHU	27,1	33,9	28,8	10,2	39,0
CHG	29,4	29,4	17,7	23,5	41,2
Clinique privée	10,3	20,7	31,0	37,9	68,9
Structure de ville	17,8	22,2	28,9	31,1	60,0
GARD –LOZERE					
Echantillon total	26,4	27,3	30,9	15,5	46,4
Selon le statut professionnel					
Anesthésistes	21,4	50,0	21,4	7,1	28,5
Obstétriciens	13,8	20,7	37,9	27,6	65,5
Pédiatres	42,9	28,6	28,6	0,0	28,6
Sages-femmes	24,1	31,0	37,9	6,9	44,8
Acteurs de ville	41,4	20,0	20,6	35,3	55,9
Selon le statut juridique [a]					
CHU	45,5	18,2	31,8	4,6	36,4
CHG	9,1	36,4	45,5	9,1	54,6
Clinique privée	6,9	31,0	34,5	27,6	62,1
Structure de ville	40,5	24,3	18,9	16,2	35,1

[a] Statut juridique de la structure professionnelle

Par ailleurs, ce score total a aussi décrit un clivage privé/public marqué : les acteurs travaillant dans une structure privée, quelle que soit leur spécialité médicale, montraient plus d'inquiétude, vis à vis du décret, que ceux travaillant dans une structure publique (en Auvergne, plus de 60 % des acteurs privés avaient une mauvaise perception globale de ce décret contre 40 % des acteurs de CHG ou de CHU, p < 0,04).En ce qui concerne le réseau Gard-Lozère, ces tendances sont principalement retrouvées pour les acteurs travaillant en établissement privé, mais elles ne sont pas significatives.

Outre ces tendances communes retrouvées au sein de chaque réseau, certaines différences propres à la région ont été notées. En effet, les acteurs de ville du réseau Gard-Lozère montraient une « meilleure acceptabilité » vis à vis de cette politique de régionalisation que ceux de la région Auvergne (41,4 % des acteurs de ville du réseau Gard-Lozère avaient un score global d'acceptabilité inférieur à 2 versus 14,3 % en région Auvergne).Inversement, Les professionnels de la région Auvergne travaillant en CHG montraient une « meilleure acceptabilité » vis à vis de cette politique de régionalisation que ceux de du réseau Gard-Lozère (29,4 % des professionnels travaillant en CHG en région Auvergne avaient un score global d'acceptabilité inférieur à 2 contre 9,1 % du réseau Gard-Lozère).

F. Description des conditions de mise en œuvre du réseau

Enfin, en décrivant les conditions de mise en œuvre du réseau émises par les professionnels, quel que soit le réseau, on a noté que plus de 80 % des professionnels souhaitaient faire une évaluation globale de cette politique, et que 90 % des acteurs déclaraient l'informatisation du réseau nécessaire, bien que seul 50 % environ souhaitent faire circuler le dossier médical sur Internet. Par ailleurs, plus de 85 % des acteurs pensaient non seulement que la structure coordonnatrice devait être indépendante des directions d'établissements mais que le mandat du coordonnateur devait être aussi limité dans le temps. Enfin, plus de 85 % prônaient l'information des femmes, pensant qu'une femme bien informée dès le début de sa grossesse acceptera le fonctionnement en réseau.

Conditions de mise en œuvre du réseau	**Professionnels en accord avec la proposition (%)**
Evaluation du réseau	
Il faut voir si les pratiques de notre réseau concordent avec ce qui se fait en France	96.1
Il y a un risque de comparaison des résultats des maternités par les tutelles	91.0
Informatisation du réseau	
L'informatisation du réseau est nécessaire à la communication entre professionnels	90.5
Il faudra un dossier médical commun qu'on pourra se partager	95.0
L'informatisation marchera si chacun saisit les données qu'il recueille	92.1
L'informatique doit faire gagner du temps	72.7
Il faut qu'on puisse faire circuler le dossier médical par Internet	52.8
Fonctionnement du réseau	
Il faut re-valider les protocoles médicaux régulièrement	97.9
Une femme bien informée dès le début de leur grossesse, acceptera le fonctionnement en réseau	85.2
Il faut connaître l'opinion des familles sur le réseau	78.6
Faire tourner les professionnels entre structures de niveau de soins différents évitera la déqualification des médecins	71.7
La structure coordinatrice doit être indépendante des structures membres	85.8
Le mandat du coordonnateur du réseau doit être limité dans le temps	86.5

G. Conclusion

Cette étude a permis d'avoir un bon reflet de l'opinion de chacun, dévoilant des attentes ou des craintes parfois bien différentes d'un corps professionnel à l'autre. Un manque de puissance, dû aux effectifs insuffisants des sous-groupes, explique vraisemblablement l'absence de signification des tests des résultats observés dans le réseau Gard-Lozère. Mais l'échantillon des médecins hospitaliers était exhaustif et ne pouvait donc pas être augmenté. Néanmoins, l'excellent taux de participation nous a permis d'avoir une bonne représentativité des 2 réseaux.

Par ailleurs, si l'enquête épidémiologique par questionnaire réalisée dans les réseaux Auvergne et Gard-Lozère a retrouvé, comme pour l'étude psycho-sociologique menée dans le Rhône, un faible degré d'acceptabilité global vis à vis de cette politique de régionalisation, le fait d'avoir réalisé l'approche par questionnaire dans deux régions différentes nous a permis de constater que certaines préoccupations ou désaccords pouvaient être différents d'un réseau à l'autre.

H. Conclusion générale des deux volets de l'étude

Cette double approche a permis, non seulement de soulever des hypothèses (approche psycho-sociologique), mais aussi de quantifier l'acceptabilité des professionnels vis à vis de cette politique de régionalisation (approche par questionnaire) permettant de faire un état des lieux très précis au sein de chaque réseau.

Par ces résultats, transmis au coordonnateur de chaque réseau, nous tenons à rappeler que cette étude a pour objectif principal de favoriser une évolution de l'organisation actuelle de ces réseaux, de manière collégiale.

En outre, dès aujourd'hui, l'approche par questionnaire a pour intérêt de pouvoir être appliquée rapidement à n'importe quel réseau de soins périnatals français, et permettrait même, si les coordonnateurs le souhaitent, d'établir des comparaisons inter- réseaux.

2ème partie :

L'acceptabilité de la politique de réseau par les femmes en Auvergne

I. Méthode

1. Population

La population cible est celle des femmes enceintes domiciliées en Auvergne et hospitalisées dans l'une des 16 maternités du réseau en santé périnatale Auvergne :
- soit en service GHR,
- soit en suite de couches.

2. Type d'étude

L'étude comprend 2 volets successifs :

– un 1er volet qualitatif**,** de type psychosociologique, basé sur une dizaine d'entretiens semi-directifs auprès de femmes transférées au cours de leur grossesse sur la maternité de Clermont-Ferrand.

Ces entretiens sont suivis d'une analyse de contenu afin de connaître le jugement des patientes transférées à propos de la capacité du système de soins mis en place pour répondre aux besoins et aux attentes.

– un 2ème volet quantitatif**,** de type épidémiologique, basé sur une enquête par questionnaire auprès d'un échantillon représentatif de la population cible.

Cette enquête par questionnaire a pour objectif d'analyser l'acceptabilité des femmes vis-à-vis de la politique de réseaux de soins périnatals.

II. Etude psychosociologique

1. Echantillonnage

Les patientes objet de cette étude sont des femmes en cours de grossesse, domiciliées en Auvergne et qui, selon les besoins de soins, sont orientées ou transférées vers des structures dont le plateau technique est susceptible d'assurer la qualité des soins à prodiguer : il s'agit dans le cas présent de la maternité du CHU de Clermont-Ferrand qui est une structure de niveau de soins III.

2. Réalisation des entretiens

Caractéristiques des entretiens

Une approche de type sociologique, par entretiens semi-directifs, a été retenue pour aborder les thèmes afférents au transfert dans le réseau de soins périnatals. La demande a été d'échafauder une analyse sociologique à partir de dix entretiens.

L'intention était de recueillir la parole de personnes qui devaient faire suivre leur grossesse et accoucher dans une maternité de leur choix, hors de la capitale auvergnate, mais qui, pour des raisons diverses, ont été amenées à une hospitalisation au CHU de Clermont-Ferrand.

La durée des entretiens était fixée à une durée d'environ une heure et demie. Tout entretien semi-directif implique le support d'une grille d'entretien.

Limites possibles à l'usage de l'entretien

Il est à bon droit de craindre pour la fécondité de l'interview, tout au moins dans les premières minutes de l'exercice, lorsqu'il est proposé de recourir à un enregistrement au dictaphone. Toutefois, concernant cette étude, les patientes ont toutes donné leur accord pour recourir à l'enregistrement et ont répondu ne pas en être dérangées. En tout cas, si embarras il y a eu, nulle ne l'a laissé paraître.

Autre élément potentiellement susceptible d'être défavorable à une parole libre : l'identité masculine de l'enquêteur, plutôt marginale dans l'environnement d'une maternité fortement représenté par la gent féminine (sages-femmes, puéricultrices) où dès lors, les contacts les plus fréquents ont lieu pour la parturiente auprès de personnes de même sexe qu'elle.

L'exercice proposé, de faire part de confidences se rapportant pour partie au corps de la femme dans ses manifestations intimes, à un sociologue, qui n'en est cependant pas moins homme, pouvait aussi laisser augurer de la réserve sur certains points. Néanmoins, quelques moments ont laissé penser que l'identité sexuelle de l'investigateur avait peu de poids dans l'orientation de l'entretien mais que prévalait aux yeux des patientes, l'image de l'écoutant ou du professionnel en exercice. Cette opinion se nourrit de moments où il a semblé que les patientes ont évoqué, sans ambages, des détails liés à leur féminité comme les pertes vaginales, les odeurs qui les accompagnent ou encore l'allaitement au sein.

Il apparaît plus encore que le caractère sexué de ce genre de propos est voilé par sa terminologie médicale, à laquelle la patiente fait d'ailleurs constamment référence avec le

personnel soignant. En raison du fait que la patiente n'applique pas à sa parole un signifié renvoyant au coït, utiliser un espace de paroles, pour évoquer par exemple des troubles vaginaux, ne se révèle aucunement licencieux et donne la possibilité d'en aviser autrui, qu'il soit homme ou femme, sans devoir s'embarrasser de précautions oratoires.

Grille d'entretien

La grille d'entretien a été le résultat d'une volonté d'organiser un questionnement qui respecte l'itinéraire de la patiente dans sa chronologie, au sein du réseau de soins périnatals. C'est pourquoi les questions se sont rapportées d'abord aux circonstances et à la décision du transfert. Elles ont enchaîné sur le déplacement vers la maternité de Clermont-Ferrand, pour terminer sur le vécu de l'hospitalisation. L'entretien n'était pas cependant censé respecter strictement cette organisation et autorisait un va-et-vient entre les différentes étapes du protocole de soins.

Les questions ont été rédigées pour que l'interviewée puisse témoigner des faits (savoir comment s'est organisé le transfert, quels soins ont été donnés). Le questionnement avait également pour objectif de saisir le contexte psychologique dans lequel ces événements ont été vécus tout au long de la prise en charge.

Présentation de la grille d'entretien :

Consigne de départ : je voudrais savoir comment s'est passé votre transfert ?

<u>Décision du transfert :</u>

De quel endroit avez-vous été transféré ?
Vous a t-on expliqué pour quelles raisons il était souhaitable de vous transférer ? Qui vous l'a expliqué ?
Quelle a été votre réaction quand vous avez appris que vous alliez être transférée ?
Est-ce vous-même qui avez choisi d'être transférée ? Pensiez-vous que cela serait bénéfique pour vous ?

<u>Conditions du transfert :</u>

Le transfert s'est-il déroulé selon vos propres moyens ou y avait-il une assistance médicale?
Laquelle ?
Quelles personnes vous accompagnait durant le transfert ?
Qu'avez-vous fait pendant le déplacement ? A quoi songiez-vous ?
Ne craigniez-vous pas que le déplacement soit perturbant pour votre santé et celle de l'enfant ?

<u>Arrivée dans la nouvelle structure :</u>

Comment s'est passé l'arrivée dans la nouvelle structure ?
Comment s'est passé le contact avec le personnel médical ?
Qui s'est occupé de vous ?
Quels soins avez-vous reçu ?
Où vous a t-on installé ?
En étiez-vous satisfaite ? Pourquoi ?
Votre famille a t-elle pu venir vous voir ?
Préfériez-vous vous retrouver dans cette structure plutôt que dans l'autre ? Pourquoi ?

3. Analyse de contenu

Il était convenu de suivre une démarche d'analyse thématique de contenu dont la réalisation respecte l'enchaînement de plusieurs étapes qui se présentent comme suit : les entretiens enregistrés partiellement retranscrits font l'objet d'un travail de réduction consistant à tirer de la masse des données les propositions, les chaînes causales ou les représentations revenant le plus fréquemment dans les réponses. Le matériau ainsi sélectionné est ordonné selon différentes typologies. Celles-ci sont identifiées par des mots clés ou des phrases-clés résumant l'essentiel des données contenues dans la typologie. Les énoncés sont rapprochés ou séparés selon leur degré d'analogie ou de différence. L'objectif de mise en évidence de l'homogénéité des réponses est ainsi accompagné du souci de dégager les différences perceptibles d'opinions, de représentations. Pour que l'analyse gagne en richesse, le travail doit comprendre la prise en compte des commentaires plus singuliers, susceptibles de faire sourdre des représentations ou des pratiques sociales non abordées dans le corpus principal des données.

4. Résultats de l'étude socio-psychologique

Les entretiens et l'analyse de contenu ont été réalisés par A. Choquet, M-A Grondin et L.Gerbaud du Laboratoire de Santé Publique de Clermont-Ferrand et de l'Observatoire Régional de la Santé d'Auvergne (OBRESA).

A. Perception de la prise en charge médicale

L'annonce du transfert

Toutes les femmes interrogées s'accordent sur le bien-fondé de leur transfert dans le cadre du réseau de soins périnatal et ont bien intégré l'idée que ce recours était indispensable à l'optimisation de leur sécurité et de celle de leur enfant. Ce consensus émane de la pleine compréhension des femmes d'être orientées sur des structures dont le capital technique est le plus à même de gérer les facteurs de risques sanitaires. Au moment de la décision du transfert, toutes ont ainsi agréé la proposition d'être placées à la maternité de Clermont-Ferrand, accordant leur totale confiance au médecin ayant proposé le transfert.

L'annonce du transfert a donné lieu à deux cas de figure. Le premier se rapporte à un transfert qui a pu être anticipé par le personnel médical et envisagé précocement au cours de la grossesse. On relève deux cas de ce type parmi les patientes interrogées. Dans les deux cas, l'annonce du transfert a donné lieu à la satisfaction des patientes pour qui cette décision a contribué à les rassurer, ces femmes interprétant leur hospitalisation sur Clermont comme une plus-value dans la prise en charge. Pour l'une d'elles, la proposition du transfert a même été vécue comme un soulagement, dans un contexte où on lui avait expliqué que l'affectation au sein de l'unité clermontoise aurait lieu, si et seulement si l'évolution de ses bilans médicaux écartaient l'hypothèse d'une fausse couche.

Le second cas de figure s'applique aux sept autres parturientes pour qui la perspective du transfert s'est présentée ex abrupto. Pour l'une d'elles, la nouvelle du transfert n'a pas provoqué d'inquiétudes particulières, la patiente ayant été d'emblée prévenue de la nature bénigne du problème. Son médecin lui avait en effet expliqué qu'il s'agissait de détecter les médicaments auxquels elle ne ferait pas de réaction allergique et que par conséquent le transfert s'imposait, la maternité initialement choisie n'étant pas équipée pour assurer cette tâche.

Pour les autres femmes, la réaction a été beaucoup plus vive. L'annonce du transfert a effectivement eu lieu dans une situation de stress prononcé, suscité par des manifestations somatiques inopinées qui ont amené la patiente à recourir d'urgence à l'équipe médicale. La proposition du transfert, corrélée à un diagnostic nécessitant une intervention rapide, ont agi comme levier de craintes ou bien ont contribué à l'anxiété déjà présente, le spectre de l'accouchement prématuré ou de la perte du bébé taraudant alors l'esprit de la patiente.

Le déplacement vers le CHU

Le voyage à destination de la maternité de Clermont, effectué par ambulance ou par hélicoptère a été souvent commenté pour son manque de confort. Des secousses provoquées par une chaussée accidentée lors des transports en voiture ou par des phénomènes de trous d'air, dans le cas d'un déplacement en hélicoptère, ont alimenté les propos des patientes, la crainte ayant été parfois que les secousses aggravent les contractions ou le risque de percée de la poche des eaux.

Le transport héliporté a donné lieu à un minimum d'échanges entre le personnel encadrant et la patiente. Le vrombissement de l'appareil couvrait les voix des passagers, ne rendant la conversation guère possible.

Le transport en ambulance permettait à la patiente de converser avec les autres passagers (ambulancier, urgentiste). Certaines se sont prêtées au récit de leur prise en charge et se sont vues renvoyer des messages apaisants sur la qualité des soins. L'interaction entre la patiente et les protagonistes du transfert a aussi pu amener à discuter de sujets divers, parfois à dessein d'atténuer, autant que faire se peut, l'anxiété du moment. Néanmoins, lorsque la patiente était sous l'effet d'un désordre physique majeur, associé par exemple à de fortes contractions, la concentration était toute aux symptômes somatiques et aux idées anxiogènes lui étant liées, plongeant ainsi la patiente dans un volontaire laconisme. Pour exemple, citons la réponse d'une personne interviewée, à la question de savoir si elle avait discuté pendant le voyage :
Un peu mais c'est vrai que j'étais plus focalisée sur mes contractions puisque pendant le trajet, ils ne peuvent pas surveiller. Ils n'ont pas de monitoring pour suivre les contractions. C'est vrai qu'on nous demande de dire si on ressent des contractions. On a l'œil rivé à la montre (...) On n'a pas forcément envie de parler non plus. J'étais quand même angoissée.

Une satisfaction unanime sur l'accueil au CHU

Les patientes ont émis un avis général de satisfaction sur la prise en charge médicale, aussi bien en amont qu'en aval du transfert. Elles ont mis en avant l'attention des médecins à bien expliquer la situation médicale ayant motivé leur déplacement et ce qu'ils entreprennent pour que leur séjour hospitalier se déroule au mieux. Elles ont porté également un jugement globalement positif et reconnaissant au sujet de l'assistance qu'ont pu leur apporter les autres représentants du corps médical que sont les sages-femmes, les aides soignantes ou les puéricultrices. Dans le témoignage suivant, une patiente s'enthousiasme des soins prodigués, une fois acheminée sur la maternité de Clermont-Ferrand :
Le docteur X m'a plu dès que je l'ai vu. Déjà, il m'a mise pas mal en confiance et m'a convaincue dès le départ. Au niveau du personnel, j'ai rien à dire. En néo, elles sont admirables, elles vous écoutent bien. Vous avez une question à poser, elles répondent. Même le docteur je ne savais pas qu'il était aussi près des patients. On lui pose des questions, il répond. Il y en a souvent, vous ne posez pas de questions, ils ne parlent pas. Bien sûr, il faut poser des questions sinon on ne vous dit rien. Mon médecin m'avait dit qu'il était très bien, j'en suis convaincue (...) Il est venu dans ma chambre me voir quand on a fait un bilan lundi après-midi. Il m'a expliqué ce qu'on allait faire à ma fille. Il a fait des dessins pour

m'expliquer parce que ce n'était pas simple à comprendre non plus. Sur ce plan-là, il n'y a rien à dire (…) Ce qu'il y a ici d'impressionnant, c'est que quelle que soit la personne, on vous demande si ça va, si votre petit va bien alors que vous n'avez pas accouché ici, que vous n'avez pas fait votre grossesse ici. Tout le monde est au courant, c'est franchement impressionnant parce que je suppose que je ne dois pas être la seule vu le monde qu'il y a. Tout le monde sait tout sur tout, ce qu'il y a de bien d'ailleurs, que ce soit les sages-femmes, que ce soit les aides-soignantes, que ce soit les puéricultrices. Toutes savent votre histoire, c'est vraiment étonnant.

Cette opinion, parfois proche de la dithyrambe (mais qui, nous le verrons plus avant, ne fait pas forcément légion) a pu être corroborée par les avis de personnes gravitant autour de la patiente et dont l'itinéraire a amené à entendre parler ou à bénéficier des services de la maternité de Clermont-Ferrand**.**

Je savais que j'étais dans un service spécifique, qu'il était au top, donc déjà c'est rassurant. Ce n'est pas eux qui nous disent qu'ils étaient au top mais c'est vrai que le bouche à oreille, les autres futures mamans et les gens de l'extérieur, ça rassure.
Ils avaient trouvé quelque chose à la tête et je n'avais aucune réponse. Et quand j'ai su que j'allais arriver ici, je savais très bien que j'aurai une réponse.

Interviewer *: comment avez-vous eu cette certitude ?*
Par rapport au matériel et tout. C'est une équipe qui est connue.

Première réserve : certains cas où l'information est imprécise

Les entretiens sont souvent de cet acabit. Les patientes sont satisfaites de la façon dont le personnel soignant communique à leur égard. Les informations sur leur prise en charge sont jugées suffisantes. Deux entretiens cependant se sont plus ou moins inscrits en dissidence par rapport à la tendance de l'opinion. Le jugement s'est fait plus critique pour deux patientes qui ont rapporté le sentiment d'obtenir parfois des informations trop imprécises. L'une d'elle s'exprime ainsi :
A la maternité X, je suis habituée à ce que le médecin passe avec la sage-femme. Le médecin s'adresse à vous directement, ce qui est normal. Ici non, les médecins vont passer l'après-midi (…) Tout le reste est fait par les sages-femmes. A la limite, elles sont très bien mais elles suivent des ordres d'en haut, ce qui est logique. Donc, parfois les pauvres, elles peuvent être un peu allusives ou ne pas savoir répondre parce qu'elles n'ont pas eu l'information nécessaire non plus. Je trouvais qu'il y avait un manque d'explications.

Seconde réserve : certains cas où l'information est erronée

Au delà d'une relative déception par rapport à une communication perfectible, des patientes témoignent d'impairs commis par le personnel médical, lesquels ont participé parfois dans une large mesure, à l'anxiété des patientes. La critique est plus sévère et pourrait prêter au pamphlet, lorsqu'elle porte non plus sur un manque de clarté dans le communiqué de l'information mais sur des renseignements erronés, qui plus est, ont trait aux chances de survie de l'enfant prochainement à naître.

Ces interventions considérées comme fâcheuses, se rapportent notamment pour deux des femmes interrogées à des pronostics médicaux fluctuants qui, au départ ont établi l'inéluctabilité de complications somatiques menant soit à la perte du fœtus, soit à des séquelles affectant la santé de l'enfant. Il s'est avéré qu'au final le diagnostic ne méritait pas

son caractère péremptoire et qu'à ce titre une intervention médicale, médiatisée par un transfert, s'avérait possible pour tenter de préserver du handicap, sinon du trépas.

On peut concevoir quelle était la détresse de ces femmes à ce moment-là, détresse qui, tout bien considéré, au regard de l'évolution de la prise en charge, pouvait être un peu plus relativisée par le personnel et permettre à la patiente de meilleures dispositions psychologiques au moment du transfert.

Troisième réserve : certaines attitudes en question

Les supputations hâtives à partir d'un bilan médical ne sont pas seuls objets d'incrimination. C'est de surcroît l'attitude de quelques personnes dans leur intervention qui a été jugée impropre, et pour cause :
« *La sage-femme m'a dit qu'il n'y avait aucun espoir, que je n'allais pas pouvoir garder le bébé, qu'il n'y avait aucune chance de le garder, elle m'a annoncé ça sans me ménager de façon très dure* (…) *j'avais mon mari au téléphone* (…) *je pleurais* (…) *je lui ai annoncé que j'allais perdre le bébé, mon mari n'arrivait pas à y croire. La sage-femme m'a arraché des mains le téléphone pour dire : « écoutez monsieur, ce qui arrive à votre femme est très grave ! Soit c'est le bébé qui meurt, soit c'est votre femme ! ».*

Lors de l'entretien, la parturiente ne s'est pas cachée du ressentiment éprouvé à l'encontre de la sage-femme.

Un autre exemple concerne une dame qui, le jour de son transfert, a été témoin de la badinerie d'une sage-femme à l'adresse d'un homme, également membre du personnel alors qu'elle convoyait la patiente installée dans un brancard dans les locaux de la maternité. La patiente alors en larmes, percluse de peur, accablée par la probabilité, alors à ce moment-là forte, de connaître des complications de grossesse hautement préjudiciables à la santé du bébé, a jugé quelque peu impropre à la situation, les rires de la sage-femme.

Une autre patiente, tout en louant les précautions du personnel qui l'entourait, a émis des reproches vis-à-vis de certaines individualités dont l'attitude a profondément marqué son séjour à Clermont :
La dame d'à côté avait perdu les eaux. Le médecin a expliqué : « vous perdez les eaux donc vous restez ». C'est logique. Et deux jours après, parce qu'il manquait de lits, il la faisait rentrer chez elle. Là, c'est de l'incompétence pour moi. Au niveau du manque de tact, toujours cette même personne, ma voisine, qui avait perdu les eaux mais qui était stressée parce que complètement dopée, elle n'avait qu'une envie c'était d'accoucher. Je pense qu'il faut se mettre à la place des médecins et se mettre à la place des patients qui en ont marre d'être dopés, qui sent que les bébés vont arriver, qui n'a plus envie d'être avachie. Mais le manque de tact c'est de dire : « je vais vous emmener voir des prématurés, vous allez voir ce que ça donne ». Mais de rendre coupable la personne, ça m'a fait bizarre (...) Moi, le médecin me dit : « tout va bien, il n'y a rien à dire mais vous restez quand même ». On me dit : « ce n'est pas sûr que votre médecin veuille que vous reveniez ». Moi, j'ai eu le médecin au téléphone, il m'a dit : « il n'y a aucun souci ». (...) C'était propre à une personne à une personne bien précise mais je trouve que parfois il y a un manque de communication entre eux et moi.

La même patiente raconte ses déboires causés par une sage-femme à son arrivée à la maternité de Clermont :
L'appareil se met à sonner et puis la sage-femme revient : « ouais, vous avez touché » ... ahhh !!! (…) *Je me suis faite engueuler quoi (...) J'étais complètement mal. Je me suis dit si*

c'est ça, ce n'est pas possible. Après le lendemain, j'ai eu cette deuxième piqûre pour les poumons des bébés et je l'ai vue arriver, c'est pareil : un jeu de fléchettes (…) Là, je l'ai sentie. J'ai vu le jeu de fléchettes sur ma fesse (…) J'avoue, j'ai douillé. « Eh bien ouais, il y en a qui ne font pas mal et moi je fais mal ». Ca, ça m'a wouawww !!! C'était dur pour moi. Je n'allais pas bien, j'étais vraiment mal, qu'on me sorte de ça !

Ces récits demandent au demeurant, à bien préciser qu'aussi étonnantes et difficiles puissent paraître ces péripéties, il s'agirait de cas regrettables mais singuliers. C'est en tout cas ce que considèrent les patientes. Celles-ci tout en se positionnant comme victimes d'individualités particulières, ont salué par ailleurs, de manière générale, l'ensemble des efforts du reste de l'équipe médicale.

Le rapport aux sages-femmes

a) Une difficulté à s'insérer dans l'espace de contraintes des sages-femmes

Les sages-femmes sont décrites comme ayant voulu faire intégrer l'idée qu'elles sont disponibles à tout moment, qu'elles peuvent être sollicitées ce, quelles qu'en soient les raisons, à dessein certainement de faire barrage aux attitudes de réserve à leur égard.

Elles le disent bien les sages-femmes : « on est là. Si vous avez besoin de parler, vous sonnez, on vient. On est là pour ça de toute façon ».

Vous pouvez téléphoner à n'importe quelle heure, elles vous répondent. Elles sont aimables à n'importe quelle heure de la journée ou de la nuit.

Pour autant, les patientes ont pu se montrer timorées, hésiter jusqu'à s'abstenir de faire appel à l'une d'elles. Avançant le fait d'être conscientes du volume de travail des sages-femmes, elles ont fait attention à ne pas les grever plus encore de contraintes en convoquant une sage-femme à leur chevet.

Non, on n'ose pas trop. Ce n'est pas évident parce que c'est vrai qu'elles sont là pour nous. En même temps, vous n'osez pas non plus les submerger parce que vous sentez déjà que ce service est en pleine bourre et qu'il y a des cas plus graves que nous.

Je n'avais pas non plus envie de les investir là dedans (elle fait référence à ses angoisses) *parce qu'elles ont pas le temps (…) Je les sens aussi très prises, très occupées par le reste (…) Elles n'arrêtent pas les pauvres. En plus, elles font ça dans un service comme ça, si on fait toutes la même chose …*

Le personnel est décrit comme devant gérer de fortes contraintes professionnelles qui peuvent amener à limiter les échanges avec les patientes.

Ca se sent. Vous sentez qu'elles auraient envie de rester un peu pour discuter. Mais elles sont prises par le travail et elles ne peuvent pas se permettre.

b) Le rôle de soutien des sages-femmes

L'espace de contraintes dans l'activité professionnelle des sages-femmes n'est pas simplement perçu comme figeant le rapport à la patiente dans une interaction qui soit systématiquement minuté. L'extrait d'entretien suivant figure une mise en situation où la patiente a pu prendre acte de la possibilité pour la sage-femme, d'aménager son emploi du

temps et de considérer, parce que l'état de la patiente le justifiait, comme priorité la parole et le soutien psychologique.

Un jour ça n'allait pas. Ma porte était ouverte sur le couloir juste en face de moi. Une dame passait dans les chambres pour le menu. Elle a arrêté ce qu elle faisait. Elle est venue me voir directement. Elle a fermé la porte, elle a dit : « tant pis je prends le temps » (...) Je lui ai dit : « faites votre travail, ça va aller ».Elle a fait : « non, ça c'est quand même plus important que ce que j'ai à faire ». Elle a attendu que moi ça aille avant de poursuivre ce qu'elle faisait. On voyait que je ne l'embêtais pas. Elle m'a dit : « si ça ne va pas, vous me rappelez ».

c) L'intermédiaire de la sonnerie d'appel : la limite du procédé.

En dépit de leur esprit magnanime, les parturientes ne recourent pas facilement aux sages-femmes pour se soutenir d'un appui moral en cas d'épisode anxieux. Aborder tout de go auprès des sages-femmes les sujets de préoccupation qui les nouent ne leur est pas chose facile. Le protocole proposé pour entrer en communication avec les sages-femmes, à l'aide d'une sonnerie reliant la chambre de la parturiente à leur salle de travail, n'est pas pour avantager la confidence lorsque le moral est en berne. Ce système a en effet pour désavantage d'engager une interaction entre la sage-femme et la patiente directement centrée sur le sujet anxiogène de la patiente. Cependant, la réserve et la pudeur qui caractérisent certaines patientes les amènent à se dispenser d'une sollicitation qui les ferait parler de leurs problèmes dès l'arrivée de la sage-femme dans leur chambre. Elles appliquent une autre stratégie leur convenant davantage, consistant à aborder les problématiques anxiogènes progressivement, dans le cours d'une conversation, à l'occasion par exemple, d'un passage d'une sage-femme dans la chambre.

Notons que le raisonnement selon lequel la patiente se prêterait à la confidence du fait de disposer d'une sonnerie et de pouvoir faire appel à une sage-femme attentive aux doléances, est incongru dans le cas où la patiente choisit, parce que plongée dans un état d'anxiété, un comportement de repli. Exemple :
Quand elles passent, elles disent de ne pas hésiter à appeler (...)

Interviewer : *Est-ce que vous les appelez ?*
Non (...) Je me referme dans un coin quand ça ne va pas.

d) Vers une relation d'amitié

Les émois de la patiente ont pu concourir à l'élaboration de liens denses avec le personnel, reposant sur la compassion. Une interview dépeint de façon très caractérisée un tel registre de relations engageant l'affectivité aussi bien des parturientes que celle du personnel encadrant. L'implication du personnel a même pu déborder le strict cadre de la relation personnel soignant/patient. Il semble, d'après le témoignage suivant, qu'une sage-femme ne soit pas intervenue dans l'exercice strict de sa profession, dans un environnement de type médical mais qu'elle a poursuivi sa conduite de soutien, à titre privé, dans une relation inscrite dans l'amitié.

Je suis toujours en contact avec les sages-femmes d'Aurillac (...) Elles demandent si le moral, ça va, si pour le bébé ça se passe bien, si c'est pas trop long (...) Je ne pensais quand même pas qu'elles allaient appeler. C'est toujours sympa (...)

Interviewer : *(...) Est-ce que vous pensez que les appels aient été faits dans un cadre médical ?*

Elles voulaient savoir où ça en était au niveau médical mais on avait aussi créé des liens. C'était amical.

Interviewer *: Pendant ces deux mois, elles vous ont considérée. Il y a eu une relation affective qui s'est nouée et en tant que tel, elles ont voulu avoir de vos nouvelles.*

Oui, comme une amie. La sage-femme n'a pas pu m'appeler en milieu hospitalier. Elle m'a appelé de chez elle. Donc, je pense que c'est quand même plus amical.

e) Un suivi de l'équipe médicale touchant les sensibilités

Le dernier extrait d'entretien permet d'illustrer l'idée selon laquelle les patientes sont particulièrement sensibles au suivi et à l'attention portée par l'équipe médicale, responsable de la prise en charge préalable au transfert. Les appels téléphoniques des médecins ou des sages-femmes de la maternité, de laquelle a été décidé le transfert, ont été une agréable surprise, le personnel n'ayant la plupart du temps pas, au moment du départ pour Clermont, informé la patiente d'un prochain coup de fil pour s'enquérir de son moral et de sa santé.

Toutes les femmes n'affichent cependant pas une égale satisfaction. L'une, tout en se réjouissant des initiatives de premiers intervenants au sujet de sa grossesse, fait part d'un relatif désappointement.

Je regrette que le docteur X n'ait jamais pris de mes nouvelles.

Interviewer : *il n' y a pas de suivi ?*
Non (...) Je sais que là-bas, ils sont submergés. Pour avoir un rendez-vous, il faut attendre généralement longtemps. Il y a au moins mon médecin traitant qui a appelé. Ca rassure qu'on vous appelle pour prendre de vos nouvelles, ça fait du bien. Je trouve que c'était sympa qu'il prenne le temps de le faire. Il n'était pas obligé. C'est ce côté un peu humain. Des fois, on a besoin de ce côté un peu humain, un peu de chaleur humaine quoi !

Le spécialiste en psychologie

Le recours à un spécialiste psychologue/psychiatre ne s'est pas avéré un thème éminent dans les entretiens, le soutien psychologique ayant été, pour les patientes interviewées, surtout le fait des sages-femmes et de la famille. Une réponse type, à l'abord de la question du contact avec un psychologue, a été la suivante. Le propos a pour auteur une femme hospitalisée depuis trois mois :
Un pédopsychiatre est passé. Je lui ai dit un peu mes angoisses. Mais voilà, je ne l'ai vu que deux fois.

Interviewer : *Est-ce que vous avez demandé un accompagnement ou vous avez pu gérer toute seule ?*
Non, ça ne m'est pas venue à l'idée de demander. Je gère et puis voilà.

Le cas de cette autre femme, hospitalisée depuis plusieurs semaines, exprime l'idée que l'aide d'un spécialiste est moins impérieuse si elle se trouve encadrée de sa famille. Les extraits cités posent également la question de la disponibilité du spécialiste.

Interviewer : *Est-ce que vous avez fait appel à un psy ?*

Jusqu'à mardi, ils n'avaient pas réussi à la joindre, ou ils ne l'avaient pas jointe, ou elle n'était pas disponible. Parce que là, le médecin qui me l'a proposée m'a expliqué qu'elle travaillait sur le service et d'autres services, qu'elle avait pas mal d'occupations. Donc, je suppose que pour l'instant, ils n'avaient pas eu le temps de me voir.

Interviewer : *Est-ce qu'une fois retournée à la maternité X, vous allez avoir une assistance psychologique ?*
Je ne sais pas du tout (…) Je pense que je vais moins ressentir le besoin parce que je vais voir mon fils et mon ami tous les jours. Ma grand-mère va pouvoir venir me voir tous les jours aussi (…) Je me poserai beaucoup moins de questions, savoir si le petit va bien, je le verrai comment il va.

B. Regard sur la psyché de la patiente : les problématiques liées au bébé, à l'environnement familial et les ressources pour les traiter

Une perte de repères

Deux patientes ont eu la possibilité de bénéficier de la présence continue de leur conjoint au cours de leur hospitalisation sur Clermont-Ferrand. Les autres se sont trouvé, parfois de manière soudaine et précipitée, expédiées dans un nouvel univers, vierge de repères, isolées de la moindre connaissance familiale ou amicale. Ces femmes ont eu pour expérience d'arriver au milieu d'un environnement hospitalier inconnu et d'être mises en rapport avec un personnel médical non familier. A la dimension de la méconnaissance du lieu et du personnel, s'est ajouté, aux paramètres susceptibles de dérouter la personne transférée, l'incertitude du diagnostic médical et la difficulté de conjecturer sur l'issue du problème qui a suscité le transfert.

Un regard anxieux sur la santé du bébé

Il est nécessaire de commenter ces bouleversements qu'a pu engendrer le transfert, de relater l'indéterminé du temps à venir, de parler de cette peur de l'inconnu, compagnon des doutes et des questions en suspens, pour comprendre l'état de fragilité psychologique du sujet. Aux racines des tourments : la santé du bébé porté ou du nouveau-né, thème à propos duquel est redouté un tournant, annonciateur d'un mauvais présage.
Ce matin, j'ai pleuré un bon coup et après, ça a été (…) je m'inquiète au niveau du bébé tout ça. Tant qu'on a pas les résultats, jusqu'à présent, les résultats sont bons mais on appréhende toujours (…) peur qu'il y ait quelque chose, une maladie, des microbes, un virus comme ils disent.

Un jour, on vous dit au monitoring : ah, il y a des contractions, on va refaire un contrôle. Le rythme du bébé est un peu agité aujourd'hui, on va refaire une échographie. C'est un peu … (elle souffle)… *au jour le jour, même des fois, c'est à la demi-journée.*

Ces inquiétudes, le personnel médical a le souci d'en prend la mesure et d'essayer de les canaliser par des paroles qui rassurent. Cette démarche a la plupart du temps son effet. Même si l'éradication de l'angoisse relève, pour nombre de cas, de l'utopie tant que la personne est hospitalisée et que persiste une marge d'incertitude, il n'empêche que la crainte peut décroître au fil du séjour, au regard de bilans médicaux encourageants. Les neuf patientes vues en entretien, ont eu cette chance de pouvoir s'appuyer sur des avis médicaux optimistes. Une

dame qui s'est retrouvée proche de l'accouchement prématuré, avait retrouvé un certain apaisement au moment de l'entretien, le risque d'accoucher précocement étant désormais écarté :
C'est vrai que plus on avance dans le temps, plus c'est rassurant. Plus on va loin dans la grossesse, mieux c'est pour le bébé.

Un sentiment de culpabilité

Plusieurs entretiens ont permis de thématiser un sentiment de culpabilité vis-à-vis de la pathologie affectant leur grossesse, ce à quoi il a été invariablement répondu que la contrition était inappropriée, l'explication objective ne pouvant que s'égarer dans un écheveau de causalités, qu'il serait compliqué d'étayer.

Il y a des fois où je me suis dit que si je m'étais arrêtée plus tôt, peut-être que je ne serais pas là aujourd'hui (...) au début de la grossesse, j'avais perdu beaucoup de poids. Je ne prenais pas forcément le temps de manger.

J'ai pas mal culpabilisé. Je me suis mis dans ma tête que c'était de ma faute, ce que j'avais fait de bien, pas bien. (..) Est-ce que j'avais pris des comprimés qu'il ne fallait pas. Est-ce que j'avais subi un choc particulier qui aurait pu provoquer cela ?

L'estampille du passé

La ténacité des angoisses des patientes tient à ce qu'elles ne sont pas inspirées du seul ici et maintenant mais émergent sur fond d'histoire personnelle émaillée de fractures, de blessures non cicatrisées, de plaies psychiques plombant l'univers affectif. Le choc lié aux contrariétés de la grossesse, aux risques vis-à-vis de l'intégrité de l'enfant, peut réveiller des affects douloureux plus ou moins en sommeil.

« C'est dans des périodes comme ça que je regrette que maman ne soit plus là » a confié une dame qui n'a pas tenu secret, au cours de l'interview, une dépression nerveuse arrivée douze ans plus tôt, à la mort de sa mère.

Les événements du passé ont pu laissé durablement leur empreinte et faire lien avec le présent, inspirant les dispositions psychologiques et les comportements pour réagir à des situations de stress. Le cas de la dame, dont le témoignage est développé ci-dessous, décrit un esprit traqueur, en alerte, sur le qui-vive, prompt à un diagnostic défavorable. En fin de citation, elle corrèle d'elle-même sa crainte présente à un épisode tragique de sa vie.

J'ai fait une interruption de grossesse thérapeutique parce que j'allais avoir une fille trisomique, déjà on me l'a fait cet acte là, qui n'est pas anodin. Je n'avais pas envie de me confronter à nouveau à ce problème-là (...) Pour l'échographie, il y a parfois des silences qui tuent. En même temps, eux ils veulent réfléchir et puis on n'ose pas toujours poser des questions (...) Vous regardez l'échographie en disant c'est quoi ça ? (...) Il y a des moments de silence qui parfois font peur (...) On aurait envie de poser des questions et on a peur de la réponse (...) Ce silence, ça veut dire quoi ? Quand vous êtes passé par un échec, vous avez peur de vous confronter à un autre échec.

Une patiente qui a connu des deuils similaires, présente le même type de réaction :

On a pas mal de problèmes dans la famille niveau santé (…) la fille de ma sœur est décédée d'un cancer, mon beau-frère a une fille trisomique.

Interviewer *: il y a des antécédents qui …*

… qui font que je me suis imaginé le pire.

Les difficultés du quotidien

Les traumas du passé et les interrogations sur la santé du bébé ne sont pas seuls à venir appesantir. La patiente peut être confrontée à un mode de vie imparfait auquel elle peut avoir difficulté à s'accommoder.

Interviewer : *… j'ai du mal à comprendre ces coups de blues.*

Oui, parce que j'ai du mal à assumer toute seule, à tout assumer toute seule. C'est surtout ça je crois. Mon mari est sur la route du lundi au vendredi. J'ai élevé mon grand toute seule pratiquement. Il ne voit son père que les week-ends, je vois que ça va refaire pareil (…) Ca fait des années que j'assume toute seule. Il y a un moment où ce n'est pas simple entre le travail et les enfants.

Le confident

Cet inconfort psychique démontre toute l'importance de la sollicitude du personnel médical et de la famille : outre l'attention des sages-femmes et l'omniprésence de la famille dont la patiente reçoit la visite, sinon des coups de fil réguliers, celle-ci dans le cadre de son hospitalisation, s'appuie du contact d'une personne privilégiée, auprès de qui elle s'autorise à s'exprimer sans ambages. Le mari ou une personne de la famille incarne le confident particulier, qui se voit raconter les états d'âme du proche.

Interviewer *: Vous en avez parlé avec votre médecin ?*
Non et j'ai pas envie d'en parler. J'en parle avec une de mes tantes avec qui je suis très proche.
Mon mari appelle deux fois par jour. Quand ça ne va pas, vous pouvez lui dire ça va pas, j'en ai marre.
Mon mari va trouver les mots pour réconforter. Il appelle deux fois par jour et si ça va pas je le rappelle.

Interviewer : *quels mots vous dit-il ?*
Tu t'accroches, des choses comme ça …

Le conjoint figure le plus souvent l'épaule sur laquelle se reposer, la personne auprès de qui il est possible de se ressourcer pour assumer au quotidien le stress de l'hospitalisation. Le conjoint n'est pas exempt lui non plus, tout comme le reste de la famille d'ailleurs, d'appréhensions pour le partenaire, l'enfant porté ou le nouveau-né. Il est à croire que, d'après les femmes interrogées, le représentant masculin du couple assume néanmoins parfaitement son rôle de soutien. Toutefois, les sensibilités étant ce qu'elles sont, il peut arriver, comme le montre l'expérience d'un couple, que la détresse prenne le dessus et que le partenaire masculin se laisse déborder par l'émotion, la relation de soutien ne s'engageant alors au départ, pour cet exemple précis, non pas au bénéfice de la femme mais de l'homme.

La puéricultrice est venue nous voir directement parce qu'elle a vu mon mari qui n'allait pas bien du tout (...) Elle nous a parlé un bon bout de temps. C'est surtout au vu de la réaction de mon époux. Je pense qu'elle a vu qu'il avait très mal réagi. Elle est venue expliquer qu'il ne fallait pas non plus s'alarmer.

Interviewer *: Mais quels signes il a manifesté ?*
Un homme qui pleure, c'est très rare (...) Je sais qu'il est comme ça. Il est très fragile, donc un moindre pépin, il s'écroule mais après, il remonte vite.

Interviewer : *Est-ce que vous l'avez soutenu ?*
Oui, c'est vrai que ça aurait dû être l'inverse mais bon maintenant qu'il est requinqué, c'est moi qui flanche.

Le rapprochement de patientes

Les proches ne manquent pas d'être mobilisés et de participer par leur solidarité et leurs mots de soutien, au bon déroulement de l'hospitalisation. Quelquefois, le réseau de relations de la patiente peut s'enrichir du contact d'autres mamans et agrémenter le quotidien des unes et des autres. Elles peuvent se rapprocher en se confiant leurs divers tracas et faire preuve de mansuétude, le récit de leur expérience les amenant à se trouver des points communs. Ca a été le cas pour une patiente qui a exprimé s'être consolée mutuellement avec une autre femme. L'une était chagrinée du départ de sa petite fille venue en visite. L'autre était émotionnellement ébranlée d'avoir reçu, après un long moment de séparation, un coup de fil de son enfant. La souffrance partagée de se trouver bridée dans la relation aux siens les a rapprochées, leur a permis de s'épancher et de trouver du réconfort dans le soutien mutuel.

La frustration de la séparation

Le récit du dernier exemple illustre le fait qu'en dépit de toute l'attention qui peut leur être porté par la famille, l'encadrement médical ou la bienveillance d'autres patientes, les femmes n'échappent pas pour autant au sentiment de séparation et d'isolement de la famille, Des cadres installés au chevet, sur lesquels posent les membres de la famille, viennent suppléer l'absence physique des êtres aimés. Ne pas être aux côtés de leur enfant, confié pour la circonstance à la garde d'un membre de la famille (le père, des grands-parents, une tante, etc.) apparaît ce qui est le plus difficile à supporter. Les visites, qui font parenthèses au sentiment d'isolement, ont été vécues de façon poignante au moment de prendre congés.

La séparation avec mon fils la première semaine a été très dure et puis j'appréhendais le moment où il va venir. S'il se met à pleurer pour partir, moi je vais me mettre à pleurer, c'est clair. A côté, il y avait l'enfant qui hurlait. Pour la maman, c'est une horreur.

Quand ma fille est venue avec mon mari ici, ça n'a pas été facile (...) quand elle est partie, j'avais envie de pleurer.

Excepté pour deux patientes dont le mari s'est trouvé constamment au chevet, le sentiment durable d'être totalement coupée des siens a pu accabler. Cette impression de solitude a été favorable aux pensées anxiogènes, que n'ont pu abroger les divertissements (terme usité dans le sens où l'entend Pascal, où le divertissement détourne l'attention de l'angoisse, chez Pascal, l'angoisse de la mort).

La lecture, la télévision, les mots croisés, les conversations avec les autres patientes, ont parfois peine à occuper un esprit enclin à vagabonder et à s'enliser dans le tourment :

Je pouvais mettre les informations. A la fin du journal, je n'avais aucune idée de ce qui avait été dit (…) *Heureusement j'aime lire. Il y avait des jours où je n'arrivais pas à me mettre dans un bouquin.*

J'ai pris de la lecture, je n'ai jamais lu. Je n'ai jamais réussi à me concentrer sur la lecture. Bon, la télévision, tout et n'importe quoi, du moment qu'il y avait une image qui passait, ce n'est pas mal de la mettre.

Le transfert sur Clermont se traduit souvent par un exil géographique de plusieurs dizaines de kilomètres par rapport au domicile. Il implique une séparation d'avec les membres de la famille, qui se prolonge tout au long du séjour hospitalier, parfois sur plusieurs mois. Comme vu précédemment, cette rupture n'est pas sans conséquences sur l'équilibre relationnel au sein de l'entité familiale. Le fondement du groupe de parenté reposant sur des liens de dépendance affective, la nécessité de disjoindre momentanément la patiente de la cellule familiale engendre des affects divers chez les uns et les autres, que la patiente essaie tant bien que mal de gérer.

a) Réaction de l'enfant à l'hospitalisation de la mère

Le transfert a contraint cinq des neufs femmes interrogées à s'éloigner de leur petit en bas âge (âgé pour la plupart d'environ trois ans). La séparation avec les enfants est particulièrement délicate dans la mesure où ceux encore en bas âge, connaissent jusqu'à présent une autonomie toute relative, leur champ d'action et de décision étant, à cette période de la vie, en grande partie sous tutelle de la mère. Cette rupture maternelle peut s'avérer inédite et c'est à la trame relationnelle avec l'enfant, que la mère songe alors à protéger. Cette initiative peut lui paraître nécessaire étant donné qu'en réaction à ce changement soudain marqué par la mise à distance, l'enfant peut faire montre des comportements insolites et tenir des propos dont la mère soupçonne d'elle-même qu'ils se rapportent à la séparation. Une maman hospitalisée depuis plusieurs mois fait part de l'attitude de son enfant de deux ans et demi qui semble manifester du ressentiment :

(...) Comment il le vit exactement, ce n'est pas facile parce que quand il vient là, il n'a pas envie de rester. Est-ce qu'il m'en veut de ne pas être restée à la maison ou alors est-ce que c'est parce qu'ici il n'y a rien pour jouer, faut pas faire de bruit ? Je ne sais pas trop comment il prend les choses, il y a sûrement un peu des deux (...) Est-ce qu'il ne va pas m'en vouloir ? Dimanche dernier, j'ai voulu lui donner du gâteau. Il a refusé, il a dit « non pas toi, papa ! ». Moi, je n'existe plus à un moment donné.

Une mère décrit la conduite de sa petite fille de trois ans qui, à son encontre, semble manifester sans circonlocution aucune, ses griefs :

Apparemment, elle va bien, il n'y a rien qui fait dire qu'elle angoisse. Par contre, des fois elle va venir, elle va dire : « je te déteste ». Alors, est-ce que c'est ça qu'elle manifeste comme ça ? Je ne sais pas.

Précisons que les mamans interviewées relatent qu'il ne s'agit que de mouvements d'humeur et qu'il n'y a pas de véritable motif de *casus belli* à proprement parler.

L'une des parturientes interrogées a exprimé tout de même un sentiment de responsabilité qui la mène à une culpabilité relative à l'inconfort psychologique de son enfant.

Quelque part, il doit en souffrir, ce n'est pas drôle pour lui et ça fait culpabiliser.

Interviewer *: Vous culpabilisez par rapport au fait de vivre une situation d'abandon.*

Il ne s'agit pas d'un abandon mais j'ai peur que dans sa tête, ça se passe comme ça.

b) Le projet maternel d'un rééquilibrage affectif et éducatif

Trois des patientes, pour qui la séparation a été particulièrement longue, sont soucieuses de leur rapport à l'enfant laissé au domicile. Elles ont la vigilance pour guide d'action et projettent leur retour au domicile en pensant bien réinstaller l'enfant dans un paradigme éducatif ou affectif qui a pu se relâcher depuis le départ en maternité. L'initiative envisagée peut consister à se garder de situations où le grand frère ou la grande sœur se trouve éconduit, sous prétexte qu'un nourrisson nécessite davantage d'attentions. La stratégie préalablement arrêtée consisterait plutôt à veiller à ce que l'aîné puisse prendre part aux soins prodigués au bébé.

Avec l'hospitalisation, lorsque je vais rentrer avec le bébé (…) je vais faire attention et ne pas laisser penser que je m'occupe plus du bébé que de lui.

Je ne vais pas m'occuper seulement des bébés pendant qu'elle sera là. Au début, j'essaierai de la mettre avec moi, la faire participer, pas grand chose parce qu'elle est petite…

Le retour à la maison pour la mère peut se conjuguer avec une reprise en main éducative :

Mes beaux parents ne sont pas là pour gueuler. Ils jouent leur rôle de grand-père et de grand-mère (…) Mon mari, Yanis le mène par le bout du nez. Il sait qu'il y a un manque. Il ne va pas le contrarier non plus (…) Je sais qu'à la maison, il sera nécessaire de recadrer.

C. Conclusion

A partir des représentations des parturientes bénéficiant du dispositif de réseau de soins périnatals, se dégage l'idée selon laquelle ces femmes entrent dans ce dispositif à l'état d'écorchées. Le corps déréglé, qui s'exprime dans la complainte, met en péril la vie. L'âme lui fait écho des afflictions que la chair indocile et les aléas de la vie infligent. Aux professionnels de la santé, la noble responsabilité de soigner corps et âmes. Les témoignages dessinent le cadre de ce qui est attendu de leur part : manier tout le savoir technique, y joindre la pédagogie sans oublier de faire acte, aux côtés de l'entourage, de l'humanité la plus fervente.

III. Etude épidémiologique

1. Échantillonnage

L'échantillon étudié est celui des femmes enceintes domiciliées en Auvergne et hospitalisées en suite de couches ou en service GHR dans l'une des 16 maternités du réseau d'Auvergne au cours de deux semaines consécutives en 2004.

2. Construction de l'auto- questionnaire

Le questionnaire, établi initialement, comprenait 4 parties.

La première partie, composée de 3 questions, était destinée à établir le niveau d'information de la patiente interrogée concernant l'existence des réseaux de soins périnatals.

En fonction de ses réponses à cette première partie, la patiente était amenée ou pas à poursuivre le questionnaire afin de répondre aux 11 questions suivantes réparties en 3 parties relatives :

- au mode d'information,
- à l'opinion de la patiente sur la politique de régionalisation des soins
- à la connaissance du réseau périnatal d'Auvergne.

Ce premier questionnaire a été remis aux cadres d'Auvergne ainsi qu'à 10 patientes du CHU de Clermont-Ferrand afin de tester leur compréhension des questions et d'apporter des améliorations.

Suite aux remarques et corrections apportées par les cadres d'Auvergne et les patientes interrogées, le questionnaire a été modifié pour laisser place à une première partie élargie à 5 questions amenant la patiente à continuer ou non le questionnaire en fonction de son niveau d'information concernant l'existence des réseaux de soins périnatals.

Les 3 parties suivantes du questionnaire ont été conservées après avoir été reformulées.

Une partie a été ajoutée afin de prendre en considération les caractéristiques personnelles des patientes interrogées (année de naissance, code postal, niveau scolaire et nombre d'enfants) ainsi que leurs conditions d'hospitalisation (hospitalisation en suite de couches ou en GHR, transfert au cours de la grossesse).

Le questionnaire final comprend donc une 1ère partie de 7 questions sur les caractéristiques personnelles des patientes suivie de 16 questions réparties en 4 parties relatives à l'information des femmes concernant l'existence des réseaux de soins périnatals.

Les patientes interrogées avaient également la possibilité de faire des commentaires à la suite de ces questions.

N.B : A l'époque de cette enquête, aucune information systématique n'était donnée aux femmes enceintes sur l'existence du réseau.

3. Administration du questionnaire

Le questionnaire a été envoyé aux 16 maternités du réseau Auvergne afin d'être rempli par les femmes enceintes hospitalisées (soit en suite de couches, soit en service GHR) dans ces différents établissements.

15 des 16 maternités du Réseau de Santé Périnatale d'Auvergne ont participé à l'étude.

Au total, 583 femmes ont été hospitalisées durant l'étude (soit en suite de couches, soit en GHR) ; 518 d'entre elles ont répondu au questionnaire : **le taux de réponses a été de 88,9%.**

	Type d'établissement	**Niveau de soins**	**Nombre de femmes hospitalisées durant l'étude (suite de couches, GHR)**	**Nombre de répondants**	**Nombre de non-répondants**
Clinique St-François de Montluçon	Privé	I	22	22	0
Clinique La Pergola de Vichy	Privé	I	-	-	-
CH de Vichy	CHG	II	64	45	19
CH de St-Flour	CHG	I	24	24	0
CH de Montluçon	CHG	II	36	18	18
CH de Moulins	CHG	II	59	59	0
CH Henri Mondor d'Aurillac	CHG	II	55	47	8
CH de Mauriac	CHG	I	8	3	5
CH Emile Roux du Puy	CHG	II	43	36	7
CH Guy Thomas de Riom	CHG	I	16	15	1
CH de Thiers	CHG	I	17	16	1
CH d'Ambert	CHG	I	10	10	0
CH Paul Ardier d'Issoire	CHG	I	27	26	1
CHU Clermont Ferrand - Maternité -	CHU	III	51	46	5
CHU Clermont Ferrand - Polyclinique -	CHU	III	30	30	0
Clinique de La Chataigneraie de Beaumont	Privé	I	121	121	0
			583 femmes hospitalisées	**518 répondants**	**65 non-répondants**

A remplir par la maternité :

Nom de la maternité : ……..
Patiente hospitalisée : ☐ en suite de couches ☐ en GHR
Patiente transférée : ☐ oui ☐ non

Connaissez-vous le Réseau Périnatal de votre région ?

Pour mieux vous connaître et répondre à vos attentes, merci de répondre aux questions suivantes :

Votre année de naissance : __ __ __ __

Code postal de votre domicile : __ __ __ __ __

Nombre d'enfants à charge : __ __

Votre activité professionnelle : ……..

Votre niveau scolaire : ☐ non scolarisé ☐ primaire ☐ secondaire (collège, lycée, BEP, CAP) ☐ universitaire

1/ Savez-vous que les maternités d'Auvergne travaillent ensemble dans le cadre d'un réseau périnatal ? ..... ☐ **oui** ☐ **non**

2/ Savez-vous comment fonctionne le travail en commun dans un réseau de maternités ? ..... ☐ **oui** ☐ **non**

3/ Avez-vous entendu parler de la possibilité d'être transférée dans une autre maternité, au cours de votre grossesse, s'il y avait un problème pour vous ou votre enfant ? ..... ☐ **oui** ☐ **non**

4/ Savez-vous qu'il est recommandé aux femmes de choisir une maternité proche de leur domicile lorsque tout se passe bien pour leur grossesse ? ..... ☐ **oui** ☐ **non**

5/ Savez-vous que dans un réseau de maternités, tous les professionnels (obstétricien, pédiatre, sage-femme etc.) collaborent pour prendre en charge votre grossesse ? ..... ☐ **oui** ☐ **non**

➔ Si vous avez répondu **oui** à une des **5 questions précédentes,** continuez le questionnaire sinon arrêtez-le

6/ De quelle façon en avez-vous entendu parlé ? (cochez la ou les cases correspondantes)

- Par votre médecin généraliste ..... ☐
- Par votre gynécologue ..... ☐
- Par la sage-femme qui suit votre grossesse ..... ☐
- Par le bouche à oreille..... ☐
- En consultation ou en hospitalisation dans votre maternité..... ☐
- Pendant votre préparation à l'accouchement ..... ☐
- Par les médias (journaux, télévision, radio…)..... ☐
- Autres : .....

7/ Vous a-t-on remis un document écrit expliquant le fonctionnement du réseau de maternités, au cours de votre grossesse ? ..... ☐ **oui** ☐ **non**

8/ **Et vous**, que **pensez-vous** de cette nouvelle organisation ? :

- C'est mieux pour la sécurité des mères et des enfants..... ☐ **oui** ☐ **non**
- C'est bien parce qu'en fonction de son problème de santé, la mère sera orientée vers la maternité la mieux adaptée à son cas..... ☐ **oui** ☐ **non**
- Si la grossesse se passe bien, la mère pourra rester dans la maternité la plus proche de son domicile ..... ☐ **oui** ☐ **non**
- La mère risque de ne plus avoir le choix de son lieu d'accouchement ..... ☐ **oui** ☐ **non**
- On risque d'imposer à la mère un médecin qu'elle n'a pas choisi ... ☐ **oui** ☐ **non**
- Autre opinion :

  ……
  ……
  ……

9/ Avez-vous entendu parler du réseau de maternités d'**Auvergne** ? ..... ☐ **oui** ☐ **non**

Si oui :

- A quel moment de votre grossesse avez-vous été informée ? (cochez la ou les cases correspondantes)
  - A la 1ère consultation de grossesse (avant 3 mois) .... ☐
  - Au cours d'une autre consultation ..... ☐
  - Lors d'une hospitalisation..... ☐
  - Quand il y a eu un problème de santé ..... ☐
  - A l'accouchement ..... ☐
- Vous sentez-vous plus **rassurée** par l'existence de ce réseau Auvergne ? ..... ☐ **oui** ☐ **non**
- Pensez-vous avoir été **suffisamment** informée sur ce réseau Auvergne ?..... ☐ **oui** ☐ **non**

10/ Avez-vous d'autres commentaires à faire :

……
……
……
……

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire

4. Analyse statistique

Une analyse descriptive a été réalisée à partir des questionnaires afin de décrire le niveau d'information des femmes, leur mode d'information, leur opinion sur l'organisation en réseau de soins périnatals et leur connaissance du réseau de santé périnatale d'Auvergne.

Cette analyse descriptive est composée de deux parties :

- une analyse des réponses au questionnaire sur l'ensemble de la population de l'échantillon ;
- une analyse comparative selon le type d'hospitalisation et le niveau d'études des patientes.

Le type d'hospitalisation a été décomposé en 2 groupes (après exclusion des valeurs manquantes) :

- hospitalisation en GHR (62 femmes)
- hospitalisation en suites de couches (423 femmes)

De plus, un sous-groupe de femmes transférées soit en anténatal (GHR), soit pour accoucher (suites de couches) a été isolé (17 femmes)

Le niveau scolaire a été catégorisé en 3 sous-groupes (après exclusion des valeurs manquantes) :

- niveau primaire ou moins : non-scolarisé ou arrêt de la scolarité en primaire (16 femmes) ;
- niveau secondaire : arrêt de la scolarité après le collège, le lycée, un BEP ou un CAP (229 femmes) ;
- niveau universitaire : poursuite de la scolarité après le baccalauréat (220 femmes).

L'age a été divisé en 3 classes (après exclusion des valeurs manquantes) :

- moins de 19 ans (16 femmes) ;
- 20 à 35 ans (405 femmes) ;
- plus de 36 ans (86 femmes).

La variable « nombre d'enfants à charge » n'a pas été analysée car elle a été interprétée différemment selon les femmes.

5. Résultats de l'étude épidémiologique

L'enquête et la présentation des résultats ont été réalisés par F. Vendittelli (CHU Clermont-Ferrand), C. François, S. David et N. Mamelle (INSERM U369).

A. Caractéristiques personnelles

Description selon le type d'hospitalisation

	Echantillon total	Type d'hospitalisation		Transfert*
		Suites de couches	GHR	
	(n=518) (%)	(n=423) (%)	(n=62) (%)	(n=17) (%)
Age moyen	29,4 ans	29,5 ans	29,1 ans	31,9 ans
Nombre moyen d'enfants à charge	1,5 enfants	1,6 enfants	0,6 enfants	1,3 enfants
Département du domicile :				
Allier (03)	25,1	24,3	10,2	14,3
Cantal (15)	15,1	14,1	28,8	64,3
Haute-Loire (43)	8,8	9,5	6,8	0,0
Puy de Dôme (63)	51,0	52,1	54,2	21,4
Niveau d'études :				
non scolarisé	2,4	2,0	5,1	0,0
primaire	1,1	0,8	3,4	0,0
secondaire	49,3	50,8	40,7	75,0
universitaire	47,2	46,4	50,8	25,0
Type d'hospitalisation :				
suite de couches	87,2	100,0	0,0	58,8
service GHR	12,8	0,0	100,0	41,2
Transfert au cours de la grossesse	6,9	4,9	16,7	100,0

* transfert en anténatal (GHR) ou pour accoucher (suites de couches)

L'age moyen des femmes transférées au cours de leur grossesse était de 31,9 ans contre 29,4 ans pour l'échantillon total.

On constate que 16,7% des femmes hospitalisées en service GHR avaient été transférées au cours de leur grossesse contre seulement 4,9% à l'accouchement (suites de couches).

Description selon le niveau d'études

	Echantillon total	Niveau d'études		
		Niveau primaire ou moins	Niveau secondaire	Niveau universitaire
	(n=518) (%)	(n=16) (%)	(n=229) (%)	(n=220) (%)
Age moyen	29,4 ans	25,5 ans	28,6 ans	30,7 ans
Nombre moyen d'enfants à charge	1,5 enfants	1,7 enfants	1,5 enfants	1,5 enfants
Département du domicile :				
Allier (03)	25,1	26,7	23,8	18,5
Cantal (15)	15,1	13,3	17,3	15,0
Haute-Loire (43)	8,8	6,7	10,8	6,8
Puy de Dôme (63)	51,0	53,3	48,1	59,7
Type d'hospitalisation :				
suite de couches	87,2	68,8	89,4	86,1
service GHR	12,8	31,2	10,6	13,9
Transfert au cours de la grossesse	6,9	0,0	9,8	4,0

On constate que 31,2% des femmes de niveau d'études primaire ou moins (non scolarisées ou ayant arrêté leur scolarité en primaire) étaient hospitalisées en service GHR alors que cette proportion était inférieure à 15% pour les femmes de niveau d'études plus élevé (secondaire ou universitaire).

9,8% des femmes de niveau d'études secondaire (collège, lycée, BEP ou CAP) ont été transférées au cours de leur grossesse contre seulement 4% pour les femmes de niveau d'études universitaire (baccalauréat ou plus).

B. Niveau d'information

Description selon le type d'hospitalisation

	Echantillon total	Type d'hospitalisation		Transfert*
		Suites de couches	GHR	
	(n=518) Oui (%)	(n=423) Oui (%)	(n=62) Oui (%)	(n=17) Oui (%)
Savez-vous que les maternités d'Auvergne travaillent ensemble dans le cadre d'un réseau périnatal ?	26,6	26,6	36,1	70,6
Savez-vous comment fonctionne le travail en commun dans un réseau de maternités ?	9,4	8,8	14,8	17,7
Avez-vous entendu parler de la possibilité d'être transférée dans une autre maternité, au cours de votre grossesse, s'il y avait un problème pour vous ou votre enfant ?	74,5	75,8	75,8	100,0
Savez-vous qu'il est recommandé aux femmes de choisir une maternité proche de leur domicile lorsque tout se passe bien pour leur grossesse ?	86,6	87,4	88,7	94,1
Savez-vous que dans un réseau de maternités, tous les professionnels (obstétricien, pédiatre, sage-femme etc.) collaborent pour prendre en charge votre grossesse ?	74,6	73,9	79,0	94,1
Aucune information	6,8	5,9	6,5	0,0

* transfert en anténatal (GHR) ou pour accoucher (suites de couches)

Les 5 premières questions du questionnaire sont destinées à connaître le niveau d'information des femmes concernant la politique de réseaux de soins périnatals. Les femmes ayant répondu négativement à ces 5 questions ne poursuivent pas le questionnaire puisqu'elles n'ont reçu aucune information sur cette organisation au cours de leur grossesse : elles ne sont pas en mesure de répondre aux questions suivantes concernant notamment le mode d'information et la connaissance du Réseau de Santé Périnatale d'Auvergne (RSPA).

6,8% des femmes de l'échantillon total n'ont reçu aucune information sur l'organisation en réseau de soins au cours de leur grossesse, cette proportion est de 5,9% au sein des femmes hospitalisées en suite de couches, de 6,5% pour les femmes hospitalisées en service GHR et de 0% pour les femmes transférées au cours de leur grossesse.

On constate que 70,6% des femmes transférées au cours de leur grossesse savent que les maternités d'Auvergne travaillent ensemble dans le cadre d'un réseau périnatal alors que cette proportion n'est que de 26,6% au sein de l'échantillon total. 17,7% des femmes transférées au cours de leur grossesse et 14,8% de celles hospitalisées en service GHR savent comment fonctionne le travail en commun dans un réseau de maternités contre seulement 9,4% au sein de l'échantillon total.

Description selon le niveau d'études

	Echantillon total	Niveau d'études		
		Niveau primaire ou moins	Niveau secondaire	Niveau universitaire
	(n=518) Oui (%)	(n=16) Oui (%)	(n=229) Oui (%)	(n=220) Oui (%)
Savez-vous que les maternités d'Auvergne travaillent ensemble dans le cadre d'un réseau périnatal ?	26,6	25,0	21,6	34,6
Savez-vous comment fonctionne le travail en commun dans un réseau de maternités ?	9,4	6,3	9,3	9,1
Avez-vous entendu parler de la possibilité d'être transférée dans une autre maternité, au cours de votre grossesse, s'il y avait un problème pour vous ou votre enfant ?	74,5	66,7	73,5	78,6
Savez-vous qu'il est recommandé aux femmes de choisir une maternité proche de leur domicile lorsque tout se passe bien pour leur grossesse ?	86,6	93,8	88,2	86,8
Savez-vous que dans un réseau de maternités, tous les professionnels (obstétricien, pédiatre, sage-femme etc.) collaborent pour prendre en charge votre grossesse ?	74,6	93,8	76,4	71,4
Aucune information	6,8	0,0	5,7	6,8

Toutes les femmes de niveau d'études primaire ou moins ont répondu positivement au moins à une des 5 questions, c'est-à-dire qu'elles ont toutes été informées sur la politique de réseau de soins au cours de leur grossesse. 5,7% des femmes de niveau d'études secondaire n'ont, quant à elles, reçu aucune information sur l'organisation en réseau de soins, cette proportion est de 6,8% chez les femmes de niveau d'études universitaire.

On constate que 34,6% des femmes de niveau d'études universitaire savent que les maternités d'Auvergne travaillent ensemble dans le cadre d'un réseau périnatal alors que cette proportion n'est que de 21,6% chez les femmes de niveau d'études secondaire.

Seules 6,3% des femmes de niveau d'études primaire ou moins savent comment fonctionne le travail en commun dans un réseau de maternités contre un peu plus de 9% des femmes de niveau d'études plus élevé (secondaire ou universitaire).

C. Mode d'information

Description selon le type d'hospitalisation

	Echantillon total	Type d'hospitalisation		Transfert*
		Suites de couches	GHR	
	(n=483) Oui (%)	(n=398) Oui (%)	(n=58) Oui (%)	(n=17) Oui (%)
De quelle façon en avez-vous entendu parler ?**				
Par votre médecin généraliste	12,7	14,4	7,0	11,8
Par votre gynécologue	35,1	35,4	35,1	64,7
Par la sage-femme qui suit votre grossesse	12,9	12,0	19,3	35,3
Par le bouche à oreille	54,7	52,9	59,7	17,7
En consultation ou en hospitalisation dans votre maternité	19,6	17,7	33,3	41,2
Pendant votre préparation à l'accouchement	18,2	20,7	8,8	11,8
Par les médias (journaux, télévision, radio…)	30,7	30,3	31,6	11,8
Autres	4,2	3,3	8,1	0,0
Vous a-t-on remis un document écrit expliquant le fonctionnement du réseau de maternités, au cours de votre grossesse ?	8,8	9,7	1,8	5,9

* transfert en anténatal (GHR) ou pour accoucher (suites de couches).
**la somme des modes d'informations est supérieure à 100% car la patiente peut avoir été informée par plusieurs mode d'information au cours de sa grossesse.

La question 6 permet de déterminer le mode d'information des patientes.

42,5% des patientes informées sur la politique de réseau de soins ont été mises au courant par l'intermédiaire d'un seul mode d'information, 36,2% par deux modes (12,2% par le bouche à oreille et les médias) et 21,3% par au moins trois modes. 54,7% des femmes informées ont reçu cette information au moins par le bouche à oreille (parfois associé à un autre mode d'information), 35,1% par le gynécologue et 30,7% par les médias.

On constate que 64,7% des patientes transférées au cours de leur grossesse et informées sur la politique de réseau ont reçu cette information au moins par leur gynécologue (associé parfois à un autre mode d'information) alors que cette proportion n'est que de 35,1% au sein de l'échantillon total.

41,2% des femmes transférées au cours de leur grossesse et 33,3% de celles hospitalisées en service GHR ont été informées sur la politique de réseau de soins au moins en consultation ou hospitalisation dans la maternité contre seulement 19,6% au sein de l'échantillon total.

La question 7 permet de savoir si un document écrit a été remis aux patientes, 8,8% des patientes informées sur la politique de réseau, ont reçu un document écrit, au cours de leur grossesse, expliquant le fonctionnement du réseau de maternités.

Description selon le niveau d'études

	Echantillon total	Niveau d'études		
		Niveau primaire ou moins	Niveau secondaire	Niveau universitaire
	(n=483) Oui (%)	(n=16) Oui (%)	(n=216) Oui (%)	(n=205) Oui (%)
De quelle façon en avez-vous entendu parler ?**				
Par votre médecin généraliste	12,7	6,7	17,1	8,9
Par votre gynécologue	35,1	20,0	32,7	38,0
Par la sage-femme qui suit votre grossesse	12,9	26,7	13,1	10,9
Par le bouche à oreille	54,7	46,7	59,8	49,5
En consultation ou en hospitalisation dans votre maternité	19,6	20,0	17,6	20,3
Pendant votre préparation à l'accouchement	18,2	0,0	17,6	21,9
Par les médias (journaux, télévision, radio…)	30,7	20,0	31,2	30,7
Autres	4,2	0,0	2,2	6,4
Vous a-t-on remis un document écrit expliquant le fonctionnement du réseau de maternités, au cours de votre grossesse ?	8,8	0,0	13,4	4,1

** la somme des modes d'informations est supérieure à 100% car la patiente peut avoir été informée par plusieurs mode d'information au cours de sa grossesse.

On note que c'est essentiellement par le bouche à oreille que les femmes ont été informées sur la politique de réseaux de soins, quel que soit leur niveau d'études.

On constate que 20% des patientes de niveau d'études primaire ou moins (et informées sur la politique de réseau) ont reçu cette information au moins par leur gynécologue (associé parfois à un autre mode d'information) alors que cette proportion atteint 38% pour les femmes de niveau d'études universitaire.

26,7% des femmes de niveau d'études primaire ou moins ont été informées sur la politique de réseau de soins au moins par la sage-femme qui suit leur grossesse contre moins de 15% pour les femmes de niveau d'études supérieure (secondaire ou universitaire).

Alors que 8,8% des patientes informées sur la politique de réseau, ont reçu un document écrit expliquant le fonctionnement du réseau de maternités, cette proportion est de 13,4% pour les patientes de niveau d'études secondaire et de 4,1% pour celles de niveau d'études universitaire. (Aucune femme de niveau d'études primaire ou moins n'a reçu de document écrit : la plupart de ces femmes ne savaient pas lire ou ne parlaient pas le français).

D. Opinion sur l'organisation en réseau

Description selon le type d'hospitalisation

	Echantillon total	Type d'hospitalisation		Transfert*
		Suite de couches	GHR	
	(n=483) Oui (%)	(n=398) Oui (%)	(n=58) Oui (%)	(n=17) Oui (%)
Et vous, que pensez-vous de cette nouvelle organisation ?				
C'est mieux pour la sécurité des mères et des enfants	99,3	99,4	97,9	100,0
C'est bien parce qu'en fonction de son problème de santé, la mère sera orientée vers la maternité la mieux adaptée à son cas	99,3	99,1	100,0	100,0
Si la grossesse se passe bien, la mère pourra rester dans la maternité la plus proche de son domicile	95,8	96,1	100,0	100,0
La mère risque de ne plus avoir le choix de son lieu d'accouchement	40,8	40,2	42,5	28,6
On risque d'imposer à la mère un médecin qu'elle n'a pas choisi	45,6	45,5	54,8	50,0

* transfert en anténatal (GHR) ou pour accoucher (suites de couches).

La question 8 est destiné à obtenir l'opinion des patientes de l'étude sur certains aspects liés à la politique de réseau de soins.

Plus de 95% des femmes informées sur la politique de réseau pensent que cette nouvelle organisation améliore la sécurité des mères et des enfants, que c'est bien parce qu'en fonction de son problème de santé, la mère sera orientée vers la maternité la mieux adaptée à son cas et que si la grossesse se passe bien, la mère pourra rester dans la maternité la plus proche de son domicile.

28,6% des femmes transférées au cours de leur grossesse (et informées sur la politique de réseau) pensent que la mère risque de ne plus avoir le choix de son lieu d'accouchement contre 40,8% au sein de l'échantillon total.

Environ 50% des femmes informées sur la politique de réseau pensent que l'on risque d'imposer à la mère un médecin qu'elle n'a pas choisi.

D'autres opinions ont été formulées tels que le problème de fermeture des petites maternités de proximité, suite à la politique de régionalisation, ainsi que l'importance de la collaboration entre les établissements, de niveaux de soins différents, pour rassurer les grossesses à risque.

Description selon le niveau d'études

	Echantillon total	Niveau d'études		
		Niveau primaire ou moins	Niveau secondaire	Niveau universitaire
	(n=483) Oui (%)	(n=16) Oui (%)	(n=216) Oui (%)	(n=205) Oui (%)
Et vous, que pensez-vous de cette nouvelle organisation ?				
C'est mieux pour la sécurité des mères et des enfants	99,3	100,0	99,5	98,9
C'est bien parce qu'en fonction de son problème de santé, la mère sera orientée vers la maternité la mieux adaptée à son cas	99,3	100,0	100,0	98,9
Si la grossesse se passe bien, la mère pourra rester dans la maternité la plus proche de son domicile	95,8	100,0	96,7	96,5
La mère risque de ne plus avoir le choix de son lieu d'accouchement	40,8	30,8	34,0	48,4
On risque d'imposer à la mère un médecin qu'elle n'a pas choisi	45,6	30,8	41,7	54,2

Quel que soit leur niveau d'études, plus de 95% des femmes informées sur la politique de réseau pensent que cette nouvelle organisation améliore la sécurité des mères et des enfants, que c'est bien parce qu'en fonction de son problème de santé, la mère sera orientée vers la maternité la mieux adaptée à son cas et que si la grossesse se passe bien, la mère pourra rester dans la maternité la plus proche de son domicile.

48,4% des femmes de niveau d'études universitaire (et informées sur la politique de réseau) pensent que la mère risque de ne plus avoir le choix de son lieu d'accouchement contre 30,8% chez les femmes de niveau d'études primaire ou moins.

54,2% des femmes de niveau d'études universitaire (et informées sur la politique de réseau) pensent que l'on risque d'imposer à la mère un médecin qu'elle n'a pas choisi contre 30,8% chez les femmes de niveau d'études primaire ou moins.

E. Connaissance du réseau périnatal d'Auvergne

Description selon le type d'hospitalisation

	Echantillon total	Type d'hospitalisation		Transfert*
		Suite de couches	GHR	
	(n=483) Oui (%)	(n=398) Oui (%)	(n=58) Oui (%)	(n=17) Oui (%)
Avez-vous entendu parler du réseau de maternités d'Auvergne ?	26,3	25,0	42,6	75,0
A quel moment de votre grossesse avez-vous été informée ?**	(n=121) Oui (%)	(n=95) Oui (%)	(n=23) Oui (%)	(n=12) Oui (%)
A la 1ère consultation de grossesse (avt 3 mois)	25,0	25,3	27,3	16,7
Au cours d'une autre consultation	42,9	43,7	40,9	25,0
Lors d'une hospitalisation	13,4	8,1	31,8	25,0
Quand il y a eu un problème de santé	19,6	14,9	36,4	50,0
A l'accouchement	17,0	20,7	0,0	8,3
Vous sentez-vous plus rassurée par l'existence de ce réseau Auvergne ?	91,5	91,2	91,3	100,0
Pensez-vous avoir été suffisamment informée sur ce réseau Auvergne ?	33,1	29,4	43,5	25,0

* transfert en anténatal (GHR) ou pour accoucher (suites de couches).
** la somme des modes d'informations est supérieure à 100% car la patiente peut avoir été informée par plusieurs mode d'information au cours de sa grossesse.

La question 9 concerne la connaissance du Réseau de Santé Périnatale d'Auvergne (RSPA).

26,3% des femmes informées sur la politique de réseau ont entendu parler du réseau de maternités d'Auvergne, cette proportion atteint 42,6% chez les femmes hospitalisées en service GHR et 75% chez les patientes transférées au cours de leur grossesse.

Plus de 90% des femmes informées sur le réseau de maternités d'Auvergne se sentent plus rassurée par l'existence de ce réseau.

43,5 des femmes hospitalisées en service GHR (et informées sur le réseau de maternités d'Auvergne) pensent avoir reçu suffisamment d'information contre seulement 29,4% des femmes hospitalisées en suites de couches et 25% des femmes transférées au cours de leur grossesse.

La question 10 permet d'obtenir d'autres commentaires de la part des patientes de l'étude tels que le nécessité de diffuser plus largement les informations relatives à la politique de réseau notamment par l'intermédiaire de l'édition d'un document écrit.

Description selon le niveau d'études

	Echantillon total	Niveau d'études		
		Niveau primaire ou moins	**Niveau secondaire**	**Niveau universitaire**
	(n=483) Oui (%)	(n=16) Oui (%)	(n=216) Oui (%)	(n=205) Oui (%)
Avez-vous entendu parler du réseau de maternités d'Auvergne ?	26,3	41,7	22,2	31,6
A quel moment de votre grossesse avez-vous été informée ? **	(n=121) Oui (%)	(n=5) Oui (%)	(n=46) Oui (%)	(n=62) Oui (%)
A la 1ère consultation de grossesse (avant 3 mois)	25,0	50,0	17,1	27,1
Au cours d'une autre consultation	42,9	0,0	39,0	50,9
Lors d'une hospitalisation	13,4	25,0	17,1	10,2
Quand il y a eu un problème de santé	19,6	25,0	22,0	18,6
A l'accouchement	17,0	0,0	26,8	8,5
Vous sentez-vous plus rassurée par l'existence de ce réseau Auvergne ?	91,5	100,0	91,1	91,5
Pensez-vous avoir été suffisamment informée sur ce réseau Auvergne ?	33,1	25,0	31,1	32,8

** la somme des modes d'informations est supérieure à 100% car la patiente peut avoir été informée par plusieurs mode d'information au cours de sa grossesse.

41,7% des patientes de niveau d'études primaire ou moins et 31,6% des femmes de niveau d'études universitaire (et informées sur la politique de réseau de soins) ont entendu parler du réseau de maternités d'Auvergne.

Quel que soit leur niveau d'études, plus de 90% des femmes ayant entendu parler du réseau de maternités d'Auvergne, se sentent plus rassurée par l'existence de ce réseau.

25% des femmes de niveau d'études primaire ou moins (et informées sur le réseau de maternités d'Auvergne) pensent avoir été suffisamment informées contre un peu plus de 30% des femmes de niveau d'études plus élevé (secondaire et universitaire).

F. Conclusion

La politique de régionalisation des soins instaurée par le Ministère de la Santé (ordonnances de 1996) a abouti, dans le domaine de la périnatalité, à la mise en place de réseaux de soins périnatals (décrets 1998).

L'étude présente avait pour objectif d'évaluer le niveau d'information des femmes concernant le fonctionnement des réseaux de soins périnatals :

- l'analyse sur l'échantillon total a montré que seules 26,6% des femmes de l'étude savaient que les maternités d'Auvergne travaillaient ensemble dans le cadre d'un réseau périnatal contre 70,6% des femmes ayant subi un transfert au cours de leur grossesse ;

- l'analyse par type d'hospitalisation a permis d'observer que 42,6% des femmes hospitalisées en service GHR (et informées sur la politique de réseau) avaient entendu parler du réseau de maternités d'Auvergne, contre seulement 25% chez les femmes hospitalisées en suites de couches ;

- la description par niveau d'études a mis en évidence que seules 6,3% des femmes de niveau d'études primaire ou moins savaient comment fonctionnaient le travail en commun dans un réseau de maternités contre un peu plus de 9% chez les femmes de niveau d'études plus élevé (secondaire ou universitaire) ;

- l'analyse selon l'âge n'a révélé aucune différence notable entre les 3 classes : moins de 19 ans, 20 à 35 ans et plus de 36 ans.

Il existe donc un manque d'information concernant la mise en place des réseaux de soins périnatals puisque seules 8,8% des femmes de l'étude avaient reçu un document écrit expliquant le fonctionnement du réseau de maternités au cours de leur grossesse et que le principal mode d'information n'était autre que le « bouche à oreille » (54,7% des femmes de l'étude ayant été informées sur la politique de régionalisation de soins au moins par le « bouche à oreille », même s'il était parfois associé à un autre mode d'information).

Il semble désormais nécessaire de diffuser plus largement l'information relative aux réseaux de soins périnatals au niveau de l'ensemble des femmes enceintes et non plus exclusivement au moment de l'apparition d'un problème de santé, pour la mère ou pour l'enfant, au cours de la grossesse.

Une enquête de même type devra être à nouveau menée, lorsqu'une information complète sur l'organisation en réseau périnatal, aura été remise à toutes les femmes enceintes de la région en début de grossesse. Le questionnaire sera alors complété à partir de l'analyse de contenu des entretiens de l'étude psychosociologique qui précède.

3ème partie :

Le système d'information du Réseau de Santé Périnatale d'Auvergne (RSPA)

I. Méthode : le système d'information et d'évaluation AUDIPOG

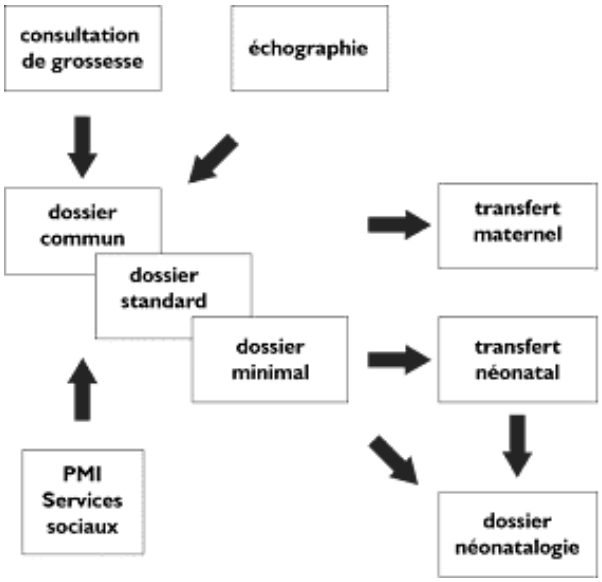
L'AUDIPOG (Association des Utilisateurs de Dossier Informatisé en Périnatalité, Obstétrique et Gynécologie) est née en 1980 à la suite des travaux du Comité Consultatif pour l'Informatique Médicale (CCIM) au sein du Ministère de la Santé, comité réuni dans le but de promouvoir l'utilisation d'un dossier médical périnatal commun. L'association regroupe toutes les catégories d'acteurs de santé impliqués dans la périnatalité.

1. Le dossier périnatal AUDIPOG

D'emblée a été retenu le principe d'un dossier qui soit d'abord un outil de travail, véritable dossier médical de service, jouant un rôle didactique auprès des utilisateurs, mais qui amène aussi son utilisateur à renseigner des items permettant de construire des indicateurs de santé périnatale et d'évaluation des pratiques dans le service.

Au fil des années, le dossier a offert plusieurs formes de dossier papier (du dossier standard à 200 items au dossier minimal à 70 items) pour répondre aux attentes des professionnels. Cependant, devant la nécessité de production du PMSI par les services, l'AUDIPOG a effectué une refonte complète de ses dossiers, en 1998, afin de concilier les objectifs de gestion médicale des services et d'extraction automatisée des Résumés d'Unité Médicale (RUM), tout en comprenant les données essentielles à la surveillance de l'activité des services (tableau de bord) et à l'évaluation des pratiques médicales.

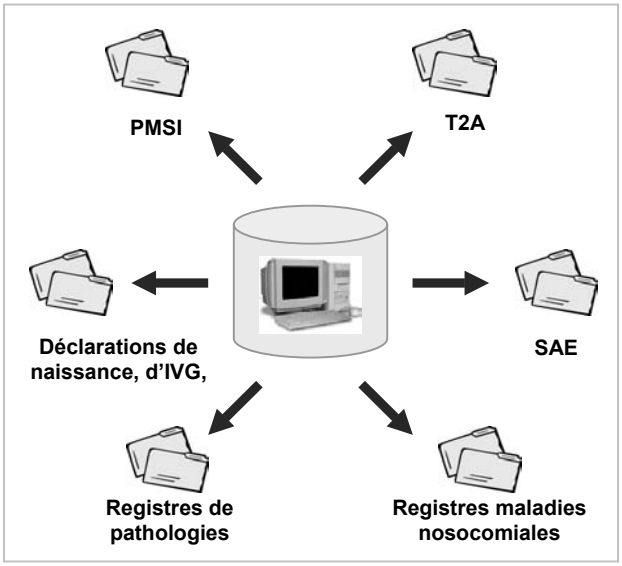
Dès l'annonce de la mise en place des réseaux périnatals en 1998, les dossiers AUDIPOG se sont développés afin de proposer un dossier spécifique à chacun des acteurs de santé au sein d'un réseau, assurant ainsi la cohérence du recueil des données périnatales quel que soit le lieu de prise en charge des femmes enceintes ou des enfants : ainsi sont nés, en partenariat avec des représentants d'autres spécialités intervenant dans le champ de la périnatalité, et en particulier avec des pédiatres néonatologistes et des échographistes, un ensemble de dossiers complémentaires du traditionnel dossier obstétrical : un dossier de surveillance de grossesse en ville (généralistes, gynécologues médicaux, services de PMI, sages-femmes libérales), un dossier d'échographie de dépistage, un dossier de transfert maternel, une fiche de liaison obstétrico-pédiatrique, un dossier de transfert néonatal, et un dossier de néonatologie (en cours de test).



2. L'informatisation du dossier périnatal dans les maternités

Si, dès l'origine, le dossier AUDIPOG était conçu comme un dossier informatisé, les expériences d'informatisation des services sont restées pour beaucoup décevantes. Une étape a été franchie avec la rédaction d'un cahier des charges de l'informatisation des maternités, présentée conjointement par l'AUDIPOG et le CNGOF, conduisant plusieurs éditeurs de logiciels à mettre leur produit en conformité avec ce cahier des charges. Celui-ci impose des fonctions essentielles de contrôles de qualité des données dès leur saisie, d'édition de tableau de bord, ainsi que d'exportation automatisée du PMSI et du certificat de santé du 8ème jour (évitant ainsi les saisies répétitives et fastidieuses des mêmes données sur de multiples bordereaux).

Cet ensemble de dossier médical comprenant des données structurées codées de manière unique, et d'outils informatiques de saisie et de traitement des données, cohérents d'un lieu à l'autre, constituent un ***système d'information commun*** dans la spécialité. Parfaitement compatible avec le PMSI, ce système d'information doit concourir, grâce à l'extraction automatisée des RUMs, à une plus grande qualité du PMSI et surtout à une meilleure homogénéité de son contenu d'un établissement à l'autre. Des tests de conformité du PMSI, produit selon l'algorithme conçu par l'AUDIPOG, ont été réalisés, notamment au Département d'Information Médicale du centre hospitalier de Villeneuve Saint Georges. Il en est de même pour les certificats de santé du 8ème jour, dont l'acheminement informatisé vers les PMI constitue encore un allègement des tâches pour les services en amont et en aval.



3. Le dossier périnatal partagé et la communication au sein des réseaux

La mise en place des réseaux conduit naturellement à la notion de dossier périnatal partagé et de communication des données d'un acteur de santé à l'autre prenant en charge une femme enceinte ou son enfant.

le constat

Un dossier de réseau périnatal comprend un versant « grossesse », un versant « naissance » et un versant « nouveau-né » avec ses 2 volets : nouveau-né en maternité et nouveau-né en service de néonatologie. Mais le dossier de grossesse peut être rempli par de nombreux intervenants : - le premier intervenant « créée » le dossier à l'occasion de la première consultation, - lui ou d'autres intervenants ajoutent, à chaque consultation ou acte, des « strates » supplémentaires ; - le dernier intervenant est celui qui dispose de la version la plus complète. Cependant, chaque intervenant a besoin d'avoir accès à une version du dossier à jour de la dernière strate ; or, dans la configuration « papier » actuelle, soit il ne dispose d'aucune archive (dossier dans les mains de la patiente), soit il dispose d'une archive personnelle non à jour. De même, le pédiatre néonatalogiste a-t'il besoin d'avoir accès au dossier de maternité, pour la prise en charge du nouveau-né après un transfert materno-fœtal ou néonatal.

le but

Le but d'un dossier médical partagé est :

- d'offrir, à la fois aux patientes et aux soignants (médecins, sages femmes et services médico-sociaux), un dossier toujours à jour, et accessible à tout moment ;

- d'offrir aux soignants un outil dont l'ergonomie soit suffisamment attractive pour les motiver à l'utiliser en routine dans le service, et à recueillir en une seule fois les données destinées à la gestion des patientes et à l'évaluation des pratiques. L'attraction ergonomique passe par la convivialité de l'interface dont dispose l'utilisateur et par la qualité et l'utilité des fonctions collatérales à cette interface (automatisme de tâches de gestion, courrier, ordonnances, automatisme de production du PMSI et du CS8, export vers des registres de pathologie et vers le réseau AUDIPOG).

l'organisation au travers d'un serveur de communication

L'architecture de la communication, conçue par l'AUDIPOG a fait l'objet d'un cahier des charges qui présente l'organisation générale de la communication entre les différents acteurs de santé du réseau ainsi que la structure et le partage des données selon les items du dossier périnatal partagé. Chaque acteur de la périnatalité est destiné à disposer de ce système en tout lieu de passage d'une patiente (salle de consultation, salle de naissance, service en maternité, service de néonatalogie .. et à terme tous les lieux de consultation en ville)…

Ainsi, dans un tel système, chaque intervenant, sur chaque site de « passage » de la patiente ou de son enfant, recueille les informations à l'aide du logiciel qui lui convient le mieux et archive ses constations sur le disque dur de son propre ordinateur ou du serveur de son établissement. Le déplacement de la patiente vers un autre site impose que les données recueillies par le ou les intervenants(s) précédent(s) soient accessibles à tous. Cette accessibilité est rendue possible par le transfert systématique d'une copie de la dernière archive de l'ordinateur du dernier intervenant vers ***une plate-forme de communication***. A chaque nouvel acte, l'intervenant consulté importe, depuis le serveur, la dernière version à jour du dossier qu'il enrichit à son tour avant d'en renvoyer la copie enrichie au serveur et ainsi de suite…Au final, chaque intervenant (public ou privé, obstétricien, sage-femme, pédiatre, anesthésiste, secteur social...) dispose sur son site du dossier en l'état de sa dernière

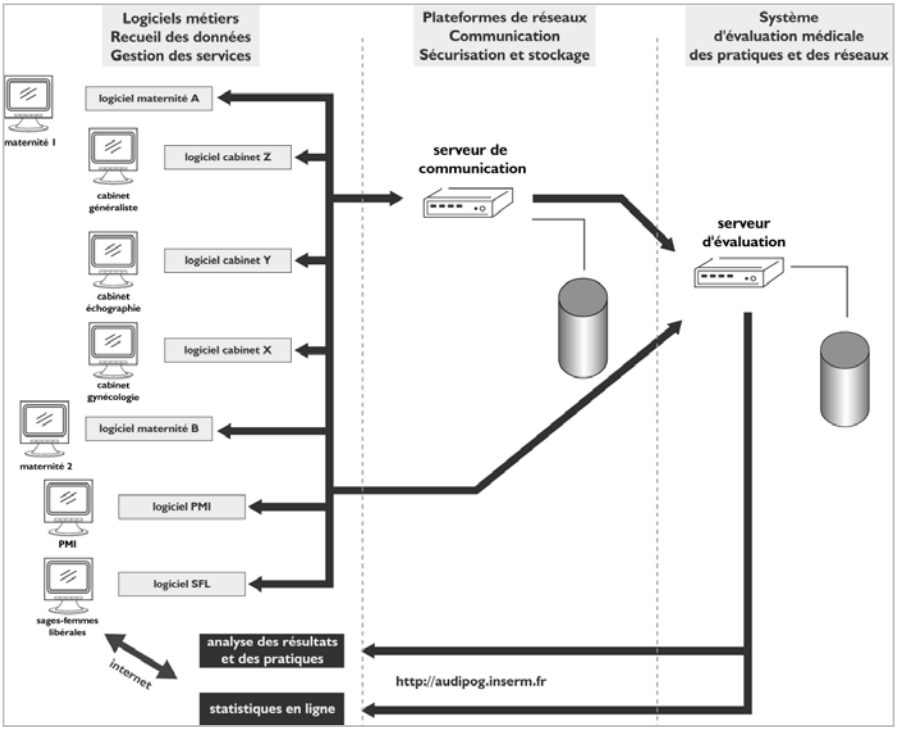
rencontre avec la patiente alors que la collectivité dispose sur le serveur commun de la version la plus à jour.

Le ***chaînage des dossiers***, ainsi saisis par les différents intervenants et l'accès des professionnels au dossier partagé est assuré par un ***serveur d'identification***, propre au réseau périnatal, (ou, selon les cas, propre à la région), accessible à partir du serveur de communication du réseau. Ce serveur d'identification apporte par ailleurs une solution au délicat problème des doublons. Ce même serveur comprend aussi un portail d'information au public (zones libres d'accès) d'une part, et au corps médical d'autre part, en fournissant à ceux-ci différents liens sur des protocoles, fiches d'information aux patients…à travers des zones réservées à accès sécurisé.

Dans le respect de la propriété des données confidentielles du dossier, l'accès d'un intervenant au dossier partagé sur le « serveur » doit être soumis à une autorisation de la patiente et une authentification des médecins (cartes CPS pour les acteurs de santé, cartes vitales ou code d'accès confidentiel pour les patients). Une procédure d'urgence est prévue dans l'optique d'une situation à risque vital où la patiente serait dans l'impossibilité d'ouvrir l'accès à son dossier.

De cette base de données nominatives sera extractible une base de données « anonymisée » destinée à leur exploitation en vue de l'évaluation, et exportée ***vers un serveur d'évaluation.***

L'originalité du système ainsi proposé est de privilégier la saisie des données par chaque intervenant sur son site, avec son logiciel de service ***(logiciel métier),*** en assurant le transfert des données sur le serveur de communication par simple duplication automatisée de ses propres données. Ce système, qui se différentie des solutions habituellement proposées reposant sur une saisie à distance sur un serveur, n'est possible que grâce à la conception d'un dossier structuré unique, à des solutions logicielles cohérentes dans les maternités (répondant au cahier des charges AUDIPOG) et à un format commun d'import/export des données entre les différents logiciels.



4. Le système innovant d'évaluation AUDIPOG

Le système d'information développé par l'AUDIPOG comprend, outre le système de communication et de partage du dossier médical entre les acteurs de santé du réseau, un système d'évaluation disponible sur internet. Les données transmises à ce serveur d'évaluation sont anonymisées.

Les réalisations techniques sur ce site d'évaluation (développé par AUDIPOG) sont les suivantes :

- Création d'un espace personnalisé **« réseau périnatal d'Auvergne »** sur le site Internet AUDIPOG, constitution de la base de données du réseau sur le serveur.

- Développements logiciels du serveur d'évaluation, comportant un module d'interrogation statistique en ligne des données du réseau et la production de tableaux comparatifs sur l'évaluation des pratiques médicales.

- Edition du tableau de bord du réseau (sur une période donnée) et surveillance de son évolution dans le temps (évaluation interne).

- Confrontation du tableau de bord du réseau au tableau de bord du Réseau National France-Périnat (AUDIPOG).

- Accès au module d'interrogation statistique personnalisée conduisant à l'établissement de tableaux comparatifs des pratiques du réseau, par comparaison aux résultats du référentiel externe (Réseau France Périnat) et aux résultats de l'ensemble des réseaux périnatals utilisant le même système d'évaluation.

Et pour les maternités et services souhaitant une évaluation personnelle individualisée :

- Création d'un espace personnalisé **« maternité ou service »** sur le site Internet AUDIPOG, constitution de la base de données du réseau sur le serveur.

- Développements logiciels du serveur d'évaluation, comportant un module d'interrogation statistique en ligne des données de la maternité ou du service et la production de tableaux comparatifs sur l'évaluation des pratiques médicales.

- Edition du tableau de bord de la maternité ou du service (sur une période donnée) et surveillance de son évolution dans le temps (évaluation interne).

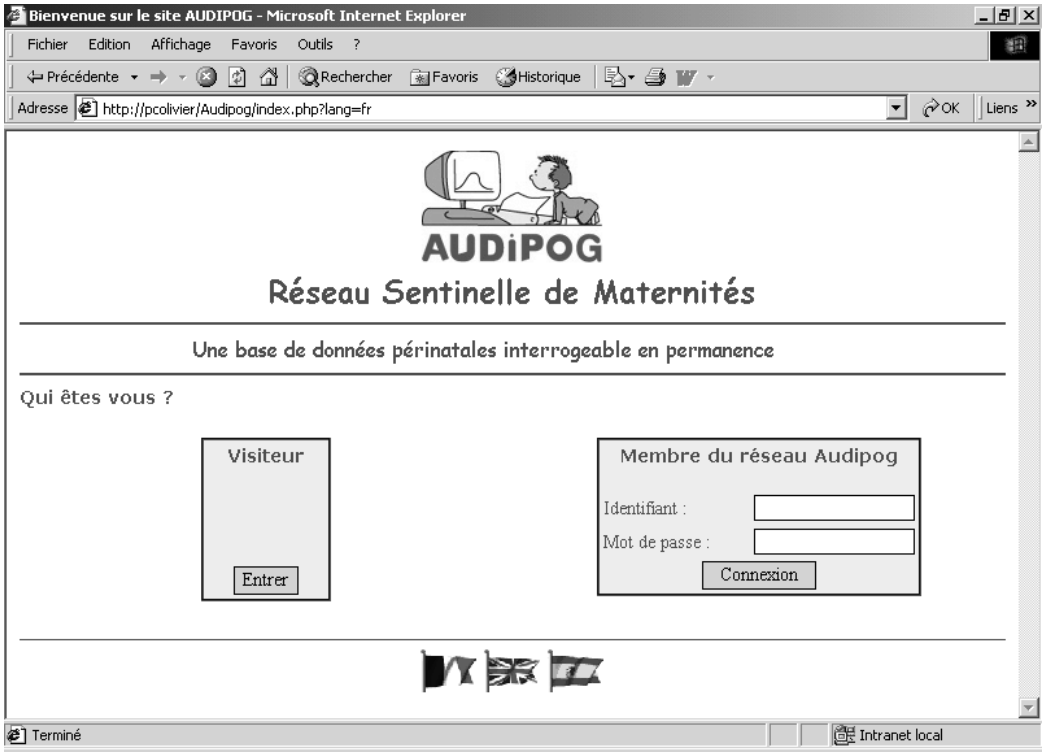
- Confrontation du tableau de bord de la maternité ou du service au tableau de bord du Réseau National France-Périnat (AUDIPOG) et, si la maternité le souhaite, confrontation au tableau de bord des maternités ayant le même niveau de soins (I, II, III),

- Accès au module d'interrogation statistique personnalisée conduisant à l'établissement de tableaux comparatifs des pratiques du service, par comparaison aux résultats du référentiel externe (Réseau France Périnat).

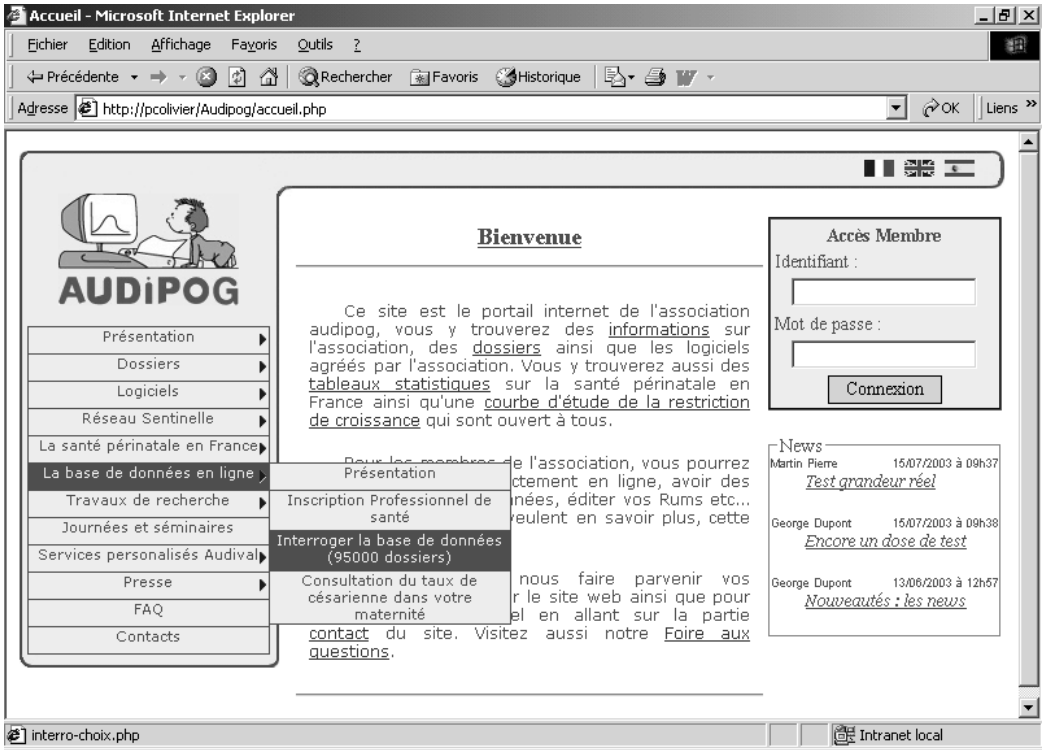
Les figures suivantes illustrent la démarche d'interrogation statistique en ligne de bases de données accessibles sur l'espace « réseau Auvergne » du site Internet AUDIPOG.

a) Accès au site AUDIPOG et sélection du domaine interrogé

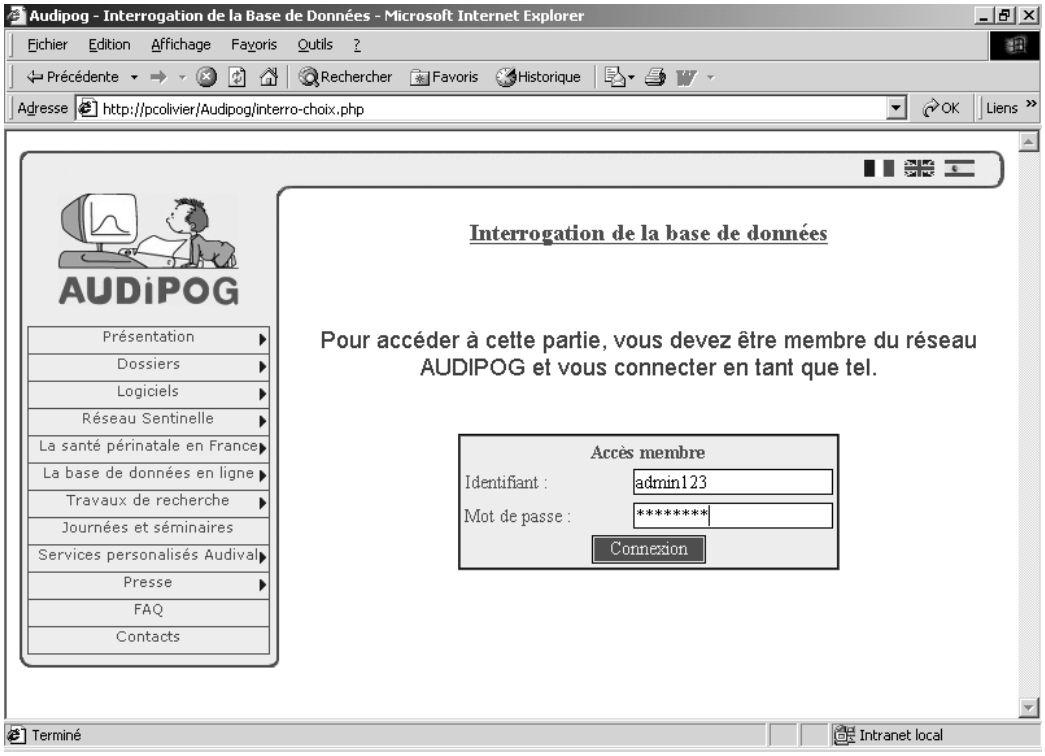
- Page d'accueil du site (en français, anglais et espagnol) :



- Sélection dans la barre de menu du module d'interrogation statistique en ligne de la base de données :

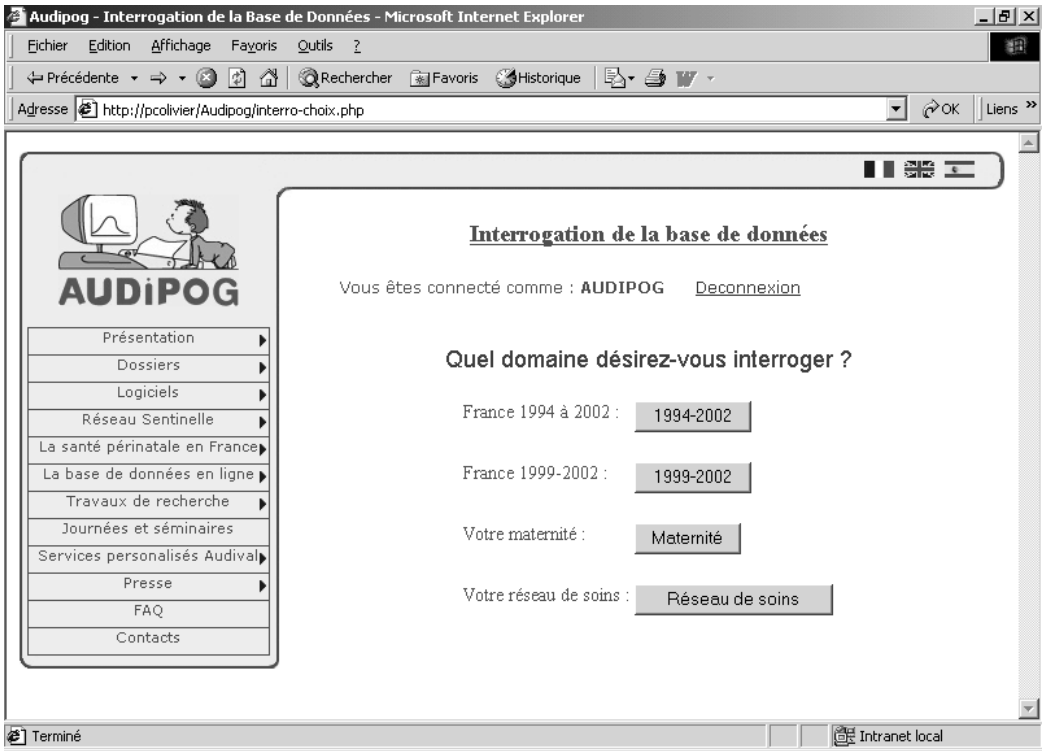


- Entrée des codes identifiants de l'internaute, membre du réseau :



- Accès à l'interrogation statistique en ligne des bases de données et choix des domaines à interroger :

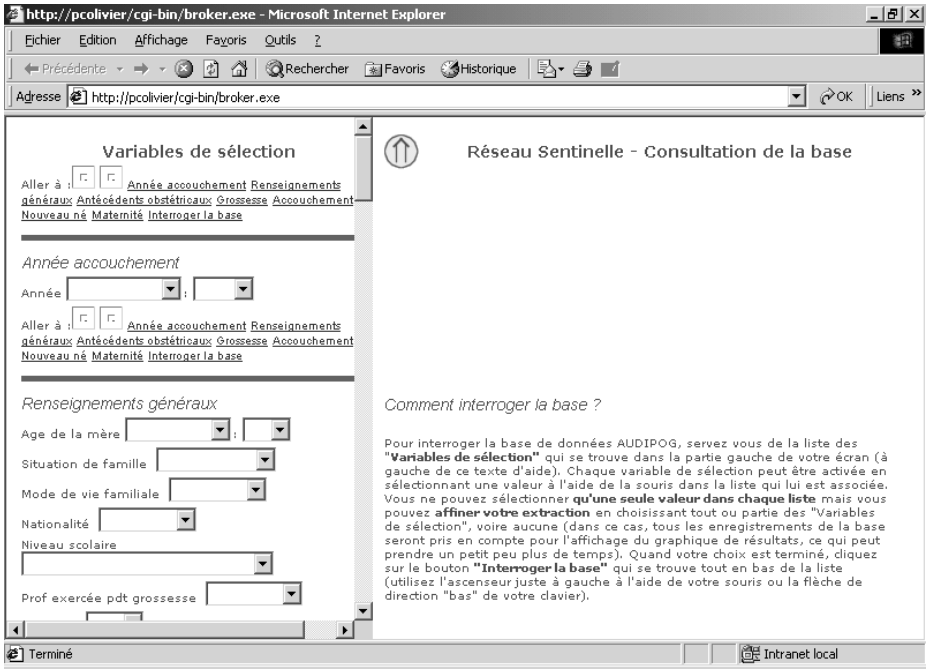
  - la base de données du réseau sentinelle AUDIPOG de 1994 à 2002 (France)
  - la base de données du Réseau Sentinelle AUDIPOG de 1999 à 2000 (France) (nouvelle structure de données - nombre d'items plus important)
  - la base de données de la maternité identifié par le déclarant
  - la base de données du réseau périnatal auquel appartient la maternité



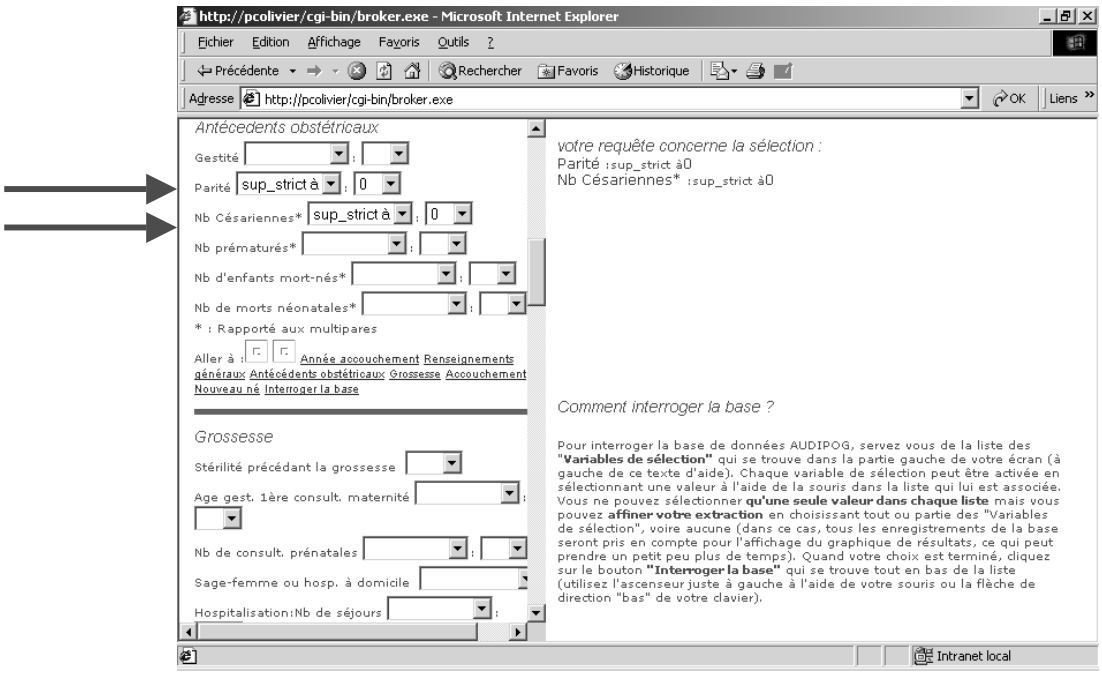
b) Sélection du domaine interrogé : la maternité

→ **Evaluation des pratiques de la maternité**

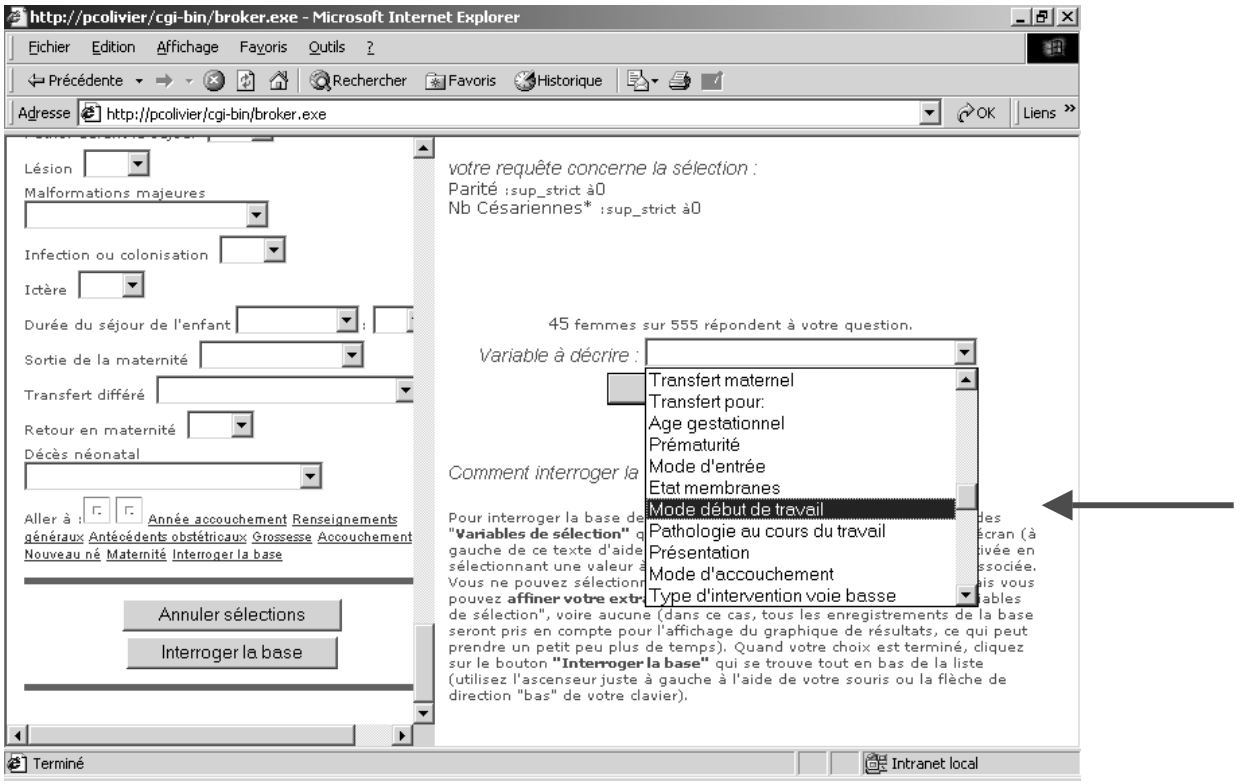
- Choix des variables participant à la sélection d'un groupe de patients :
  - ce choix est totalement libre et permet à un membre du réseau de sélectionner une sous-population, centre de son intérêt, au sein de laquelle il souhaite examiner ses pratiques)
  - la partie gauche de l'écran offre un choix de variables ainsi que leurs modalités
    on peut par exemple sélectionner un groupe de femmes ayant mois de 23 ans, célibataires et n'exerçant pas de profession pendant sa grossesse.



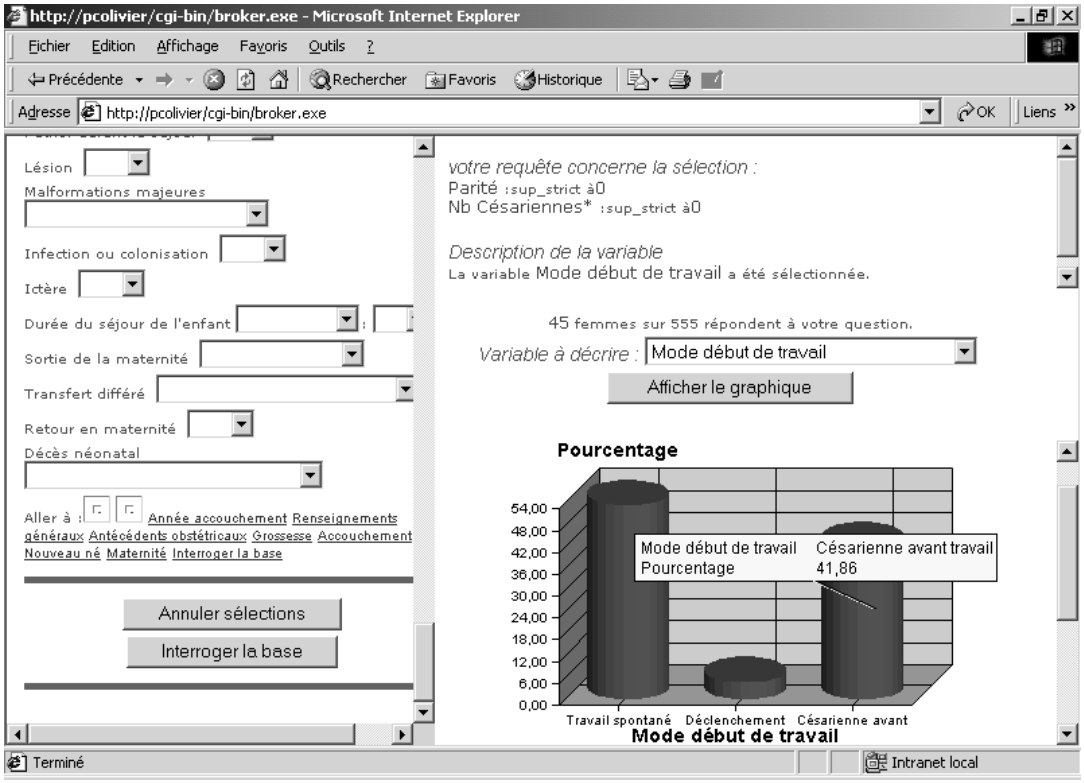
- Sélection d'une sous-population :
  - exemple : . les femmes multipares (parité > 0)
    . ayant au moins un antécédent de césarienne (Nb césariennes > 0)



- Sélection de la variable étudiée au sein de cette sous population :
  - la variable d'intérêt est le mode de début du travail décrit selon 3 modalités :
    . travail spontané
    . déclenchement artificiel du travail
    . césarienne avant travail



- Affichage du graphique :

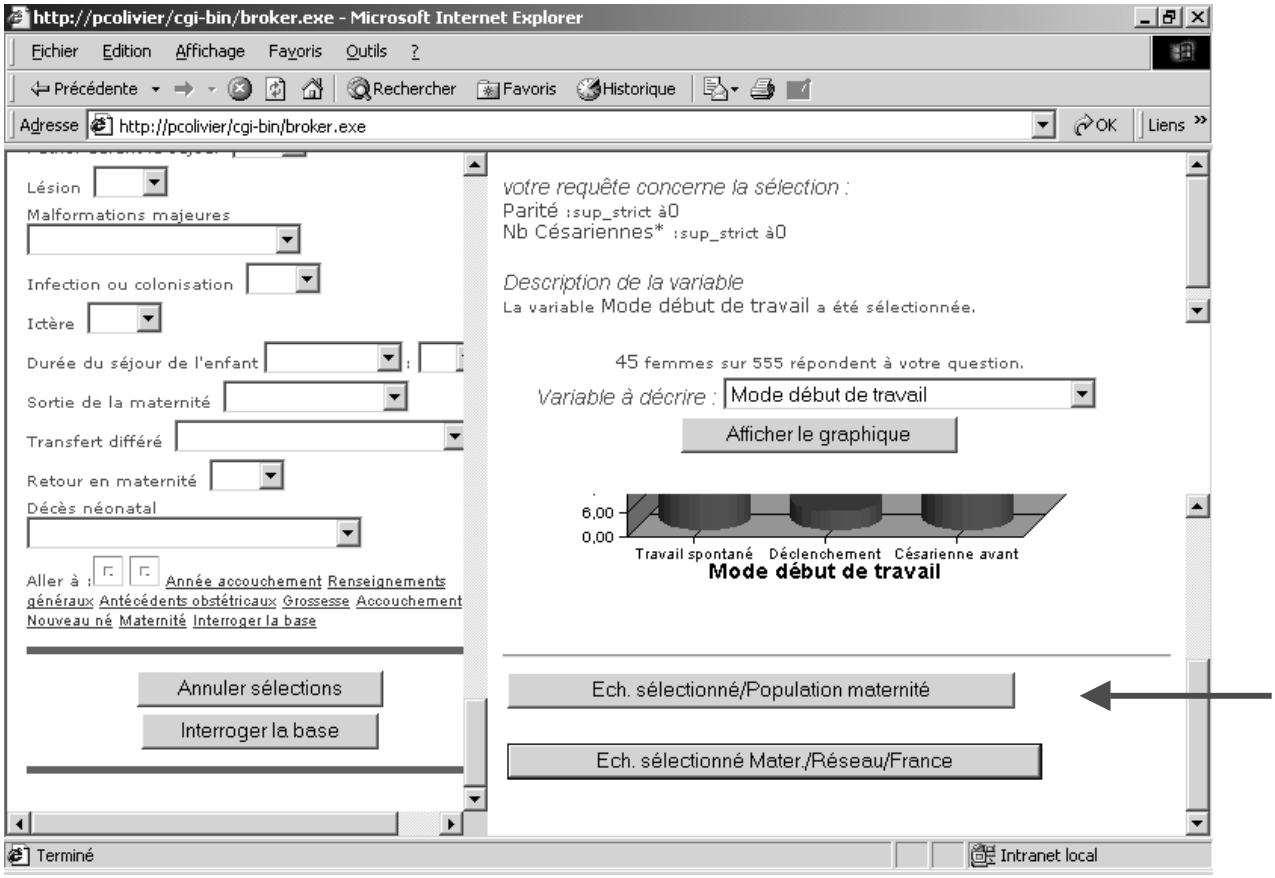


- <u>Sélection du tableau statistique à afficher :</u>

    - Description de la variable d'intérêt dans la sous-population étudiée :

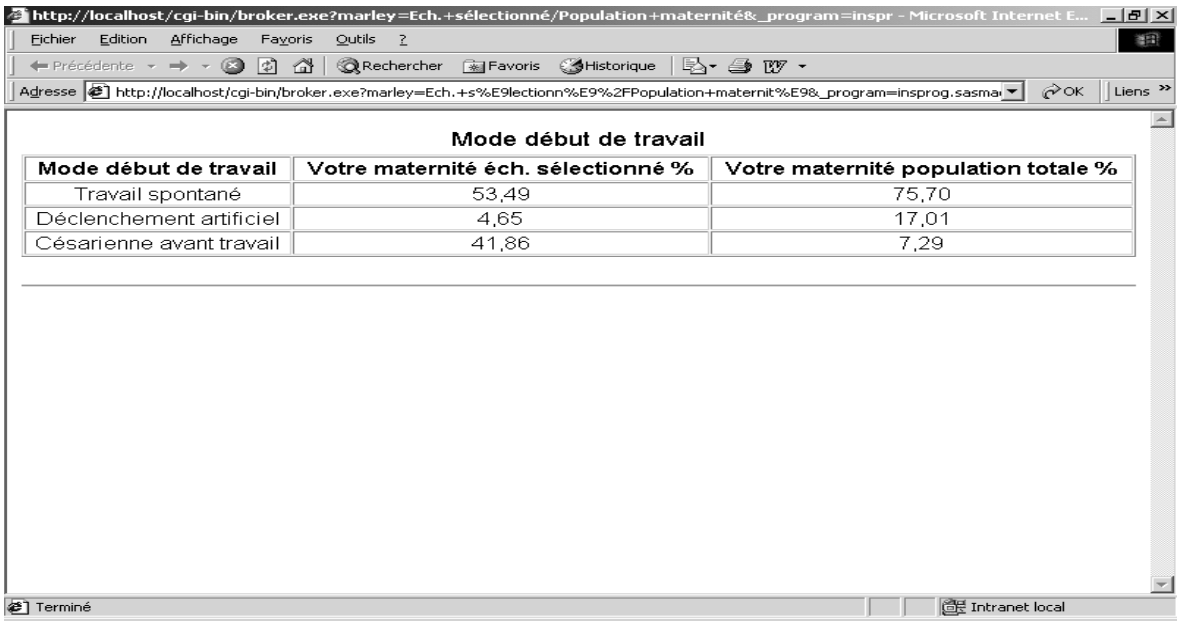
        . avec comparaison à la description de la même variable dans la population générale de la maternité

        . avec comparaison à la description de la même variable, dans la même sous population au sein du Réseau Sentinelle (France)



- Résultat de l'analyse statistique effectuée en ligne

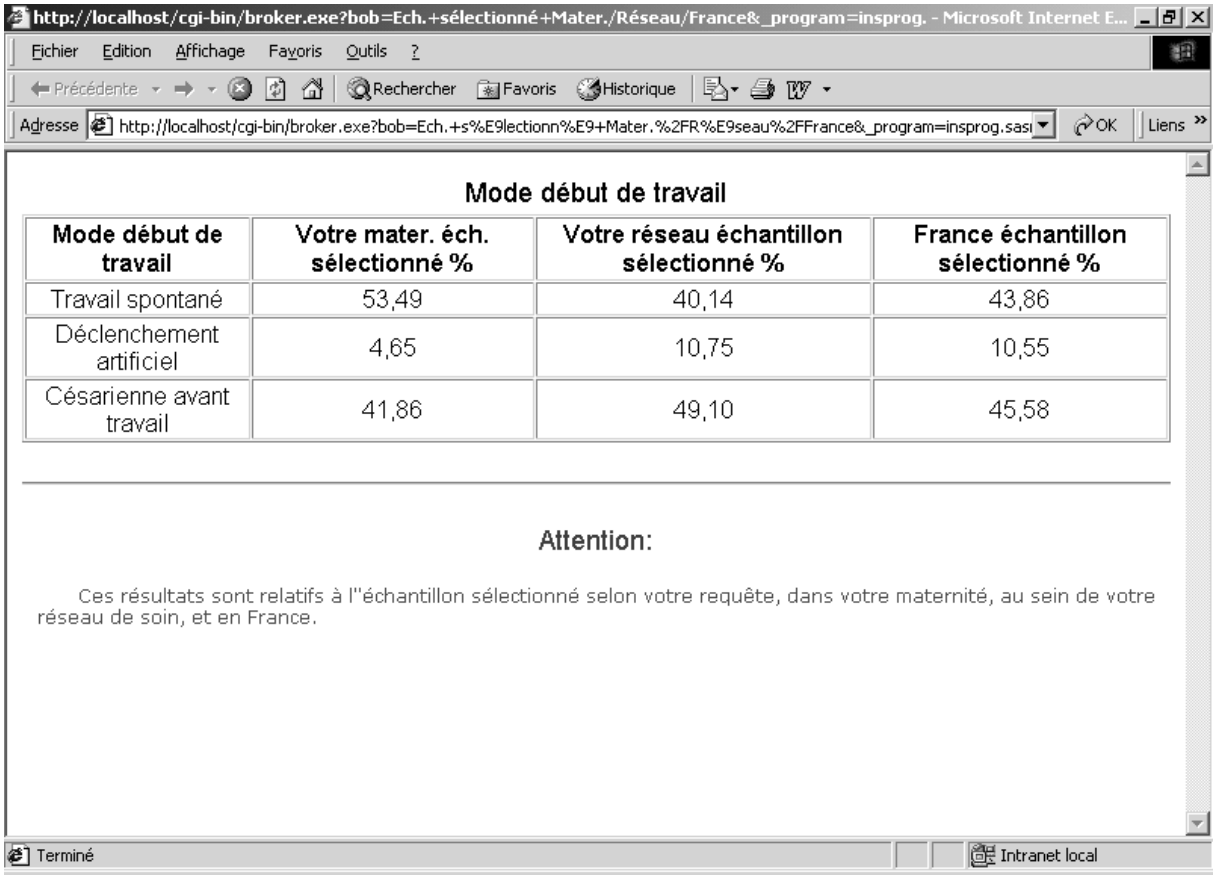
  - Affichage du 1er tableau : comparaison à la population générale de la maternité



Mode début de travail

Mode début de travail	Votre maternité éch. sélectionné %	Votre maternité population totale %
Travail spontané	53,49	75,70
Déclenchement artificiel	4,65	17,01
Césarienne avant travail	41,86	7,29

  - Affichage du 2ème tableau : comparaison à la même sous-population au sein du Réseau Sentinelle



Mode début de travail

Mode début de travail	Votre mater. éch. sélectionné %	Votre réseau échantillon sélectionné %	France échantillon sélectionné %
Travail spontané	53,49	40,14	43,86
Déclenchement artificiel	4,65	10,75	10,55
Césarienne avant travail	41,86	49,10	45,58

Attention:

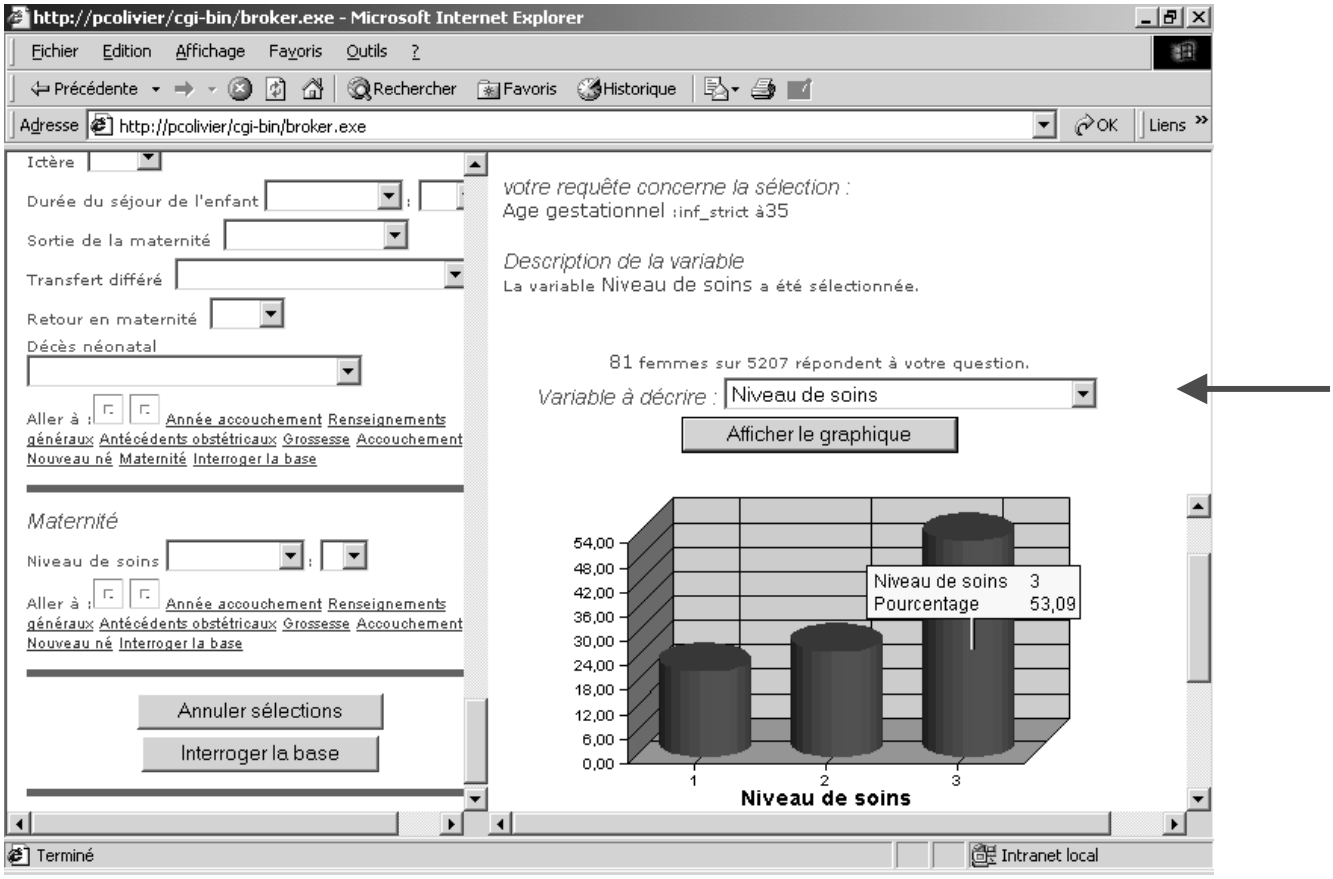
Ces résultats sont relatifs à l''échantillon sélectionné selon votre requête, dans votre maternité, au sein de votre réseau de soin, et en France.

c) Sélection du domaine « Réseau périnatal Auvergne »

→ **Evaluation du fonctionnement du réseau périnatal Auvergne**

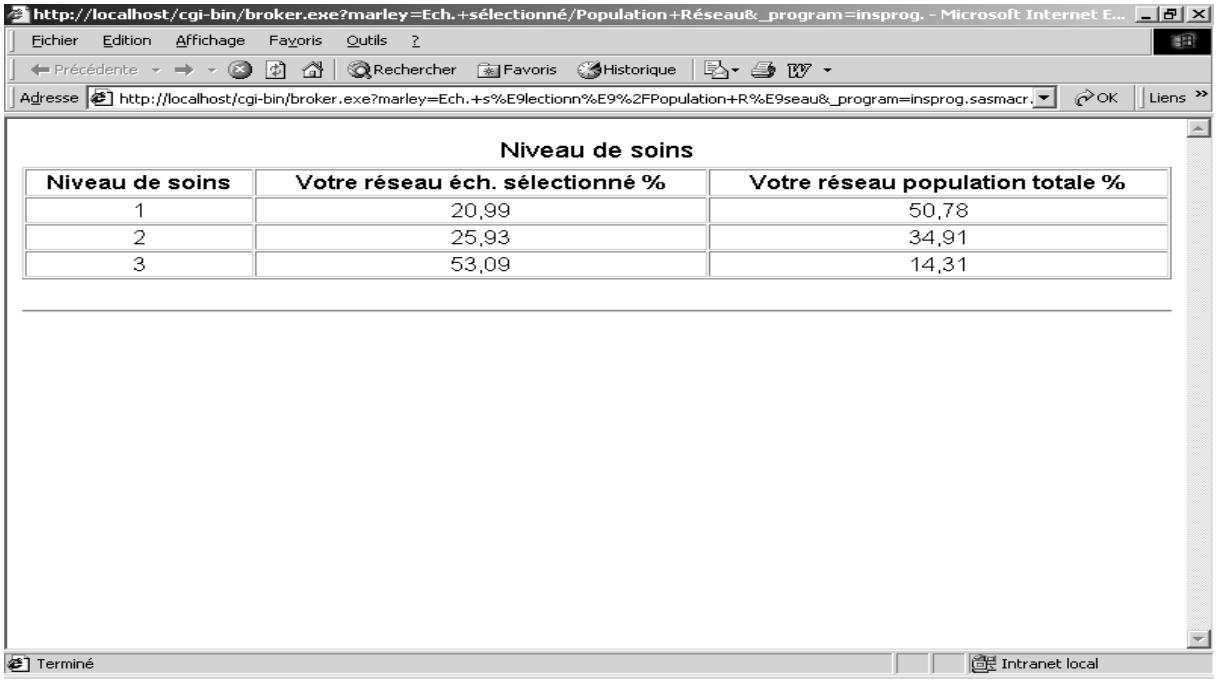
- Sélection d'une sous-population
  - Sélection dune variable à étudier
  - Affichage du graphique

Exemple : la sélection porte sur les enfants nés avant 35 semaines de gestation
La variable à étudier est le niveau de soins de la maternité



- Résultat de l'analyse statistique effectuée en ligne

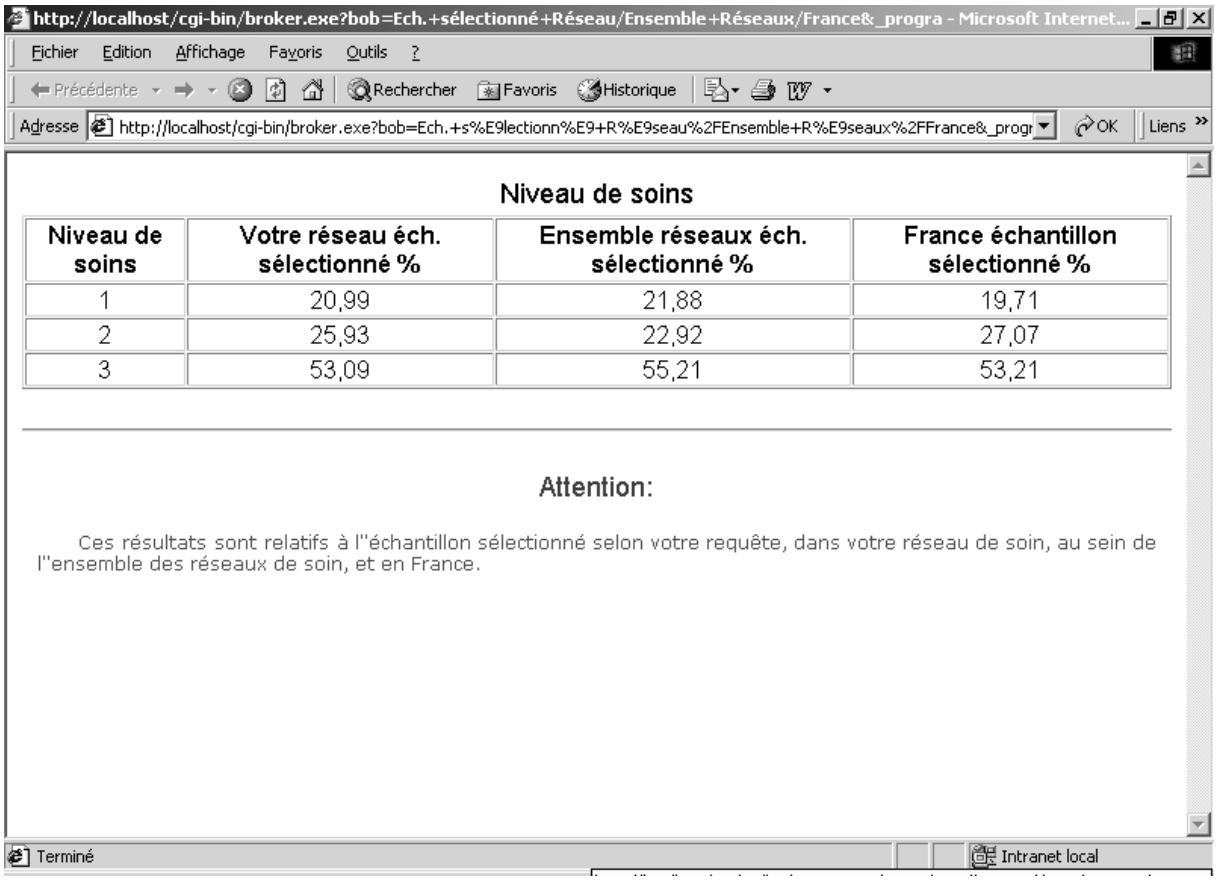
  - Affichage du 1er tableau : comparaison à la population générale au sein du réseau



Niveau de soins

Niveau de soins	Votre réseau éch. sélectionné %	Votre réseau population totale %
1	20,99	50,78
2	25,93	34,91
3	53,09	14,31

  - Affichage du 2ème tableau : comparaison à l'ensemble des réseaux utilisant le même système d'évaluation et à la France entière



Niveau de soins

Niveau de soins	Votre réseau éch. sélectionné %	Ensemble réseaux éch. sélectionné %	France échantillon sélectionné %
1	20,99	21,88	19,71
2	25,93	22,92	27,07
3	53,09	55,21	53,21

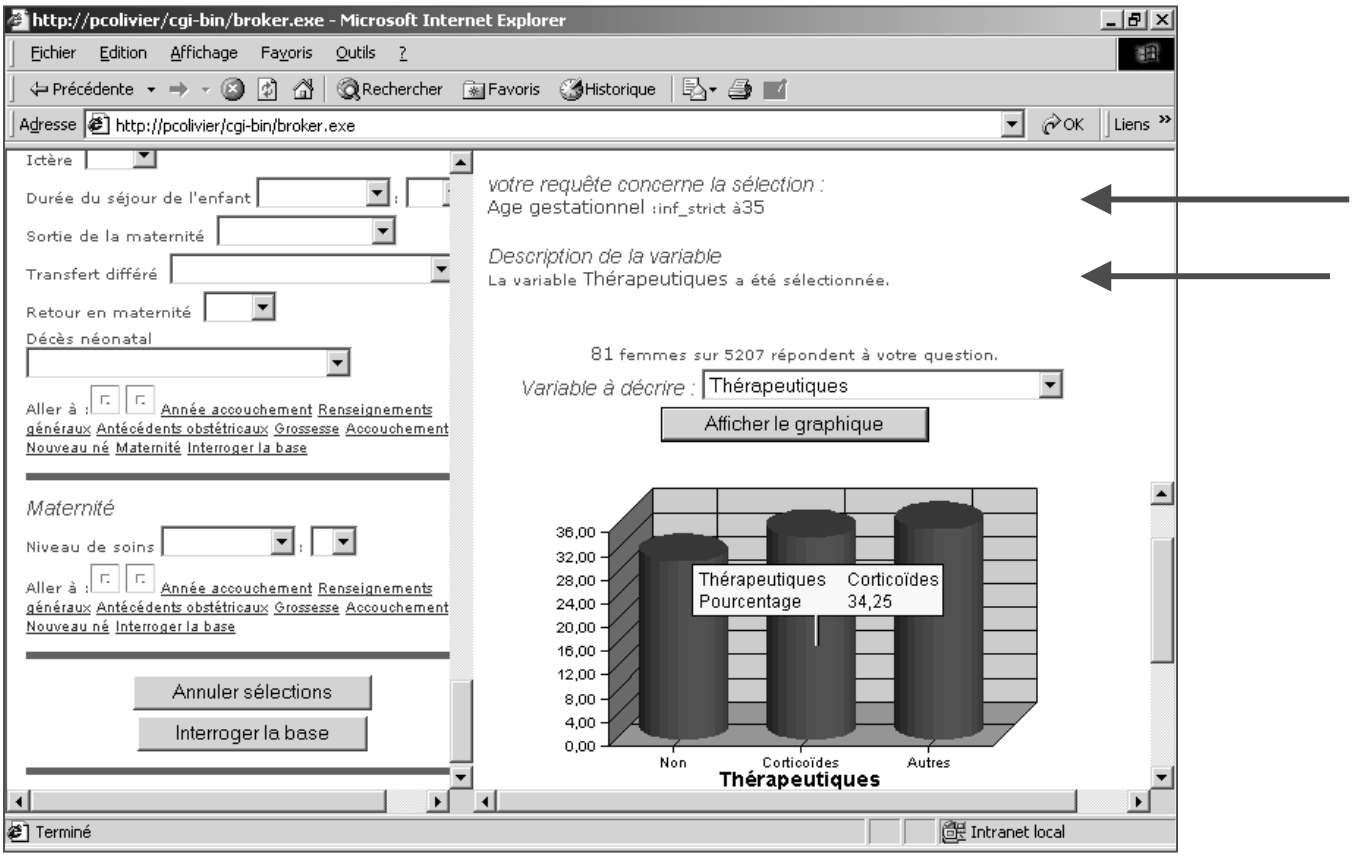
Attention:

Ces résultats sont relatifs à l''échantillon sélectionné selon votre requête, dans votre réseau de soin, au sein de l''ensemble des réseaux de soin, et en France.

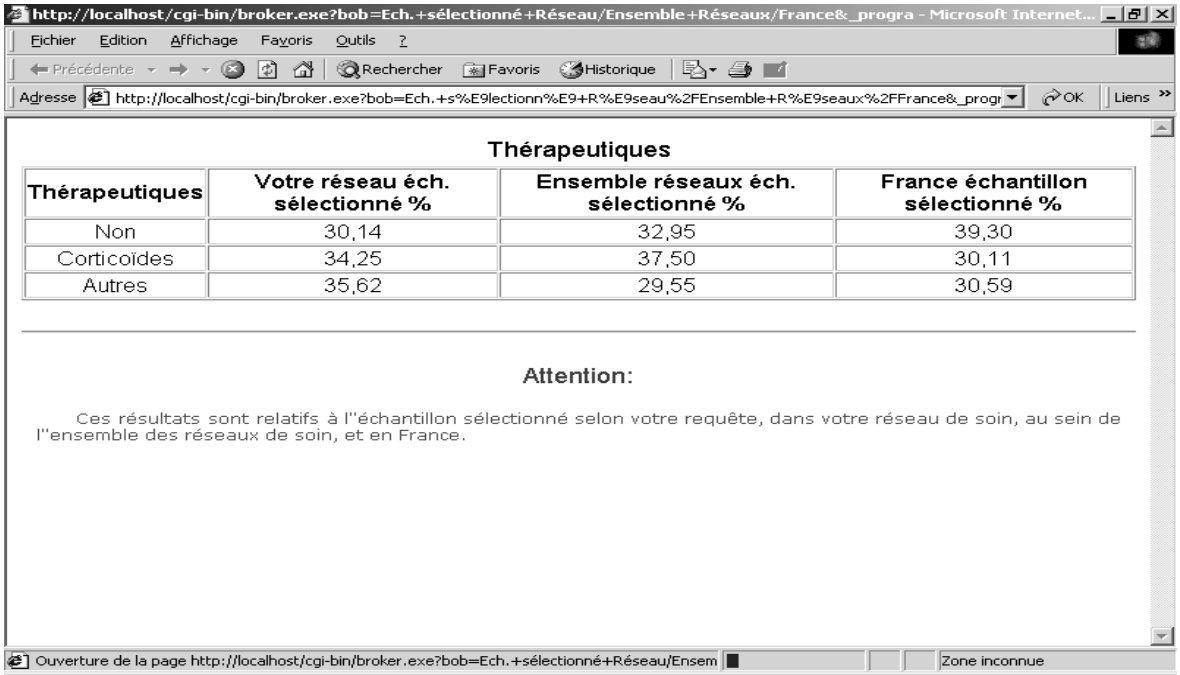
d) Même sélection du domaine « Réseau périnatal Auvergne »

→ **Evaluation des pratiques au sein du réseau périnatal Auvergne**

- Sélection de la sous-population : femmes accouchant avant 35 semaines de gestation
  Variable étudiée : corticothérapie anténatale



- Affichage du tableau statistique comparatif à l'ensemble des réseaux et à la France entière :



II. Informatisation du Réseau de Santé Périnatale d'Auvergne

1. Historique

Le réseau de soins périnatals d'Auvergne a une existence récente mais une histoire ancienne.

Depuis 1988, les professionnels de la naissance travaillaient avec un dossier périnatal commun qui concernait plus de 60% des naissances de la région. Conçu comme un dossier « papier » de pré-saisie de données informatisables, il a survécu au collapsus d'un système informatique de la fin des années 80 insuffisamment puissant, et est resté le ciment de la cohésion du groupe.

L'outil dossier était aussi conçu pour être didactique conduisant par là même à l'homogénéisation des pratiques de soin. Un grand nombre de patientes étaient dépositaires de leur dossier lors de leurs déplacements dans la région, soit pour soins dans un établissement plus équipé soit consultant alternativement le médecin spécialiste (quel que soit son lieu d'exercice) et le médecin généraliste.

Dans le cadre du réseau périnatal Auvergne une informatisation du réseau a été choisie afin d'améliorer l'efficience des soins et la qualité des données médicales. L'état d'esprit était d'expérimenter la mise en place d'un système d'information en périnatalité sur la région qui a longtemps fonctionnée sous forme papier (dossier passant d'une maternité à l'autre en cas de transfert)

On voit ainsi que se sont mises spontanément en place des conditions indispensables au bon fonctionnement d'un réseau :

- Homogénéisation de pratiques de soins à travers le dossier unique

- Système d'information à travers le dossier unique

- Un fonctionnement ville-hôpital

- Début de graduation des niveaux de soins

Cette dernière question a conduit à organiser, dès juin 1994, une réunion ouverte à tous les acteurs de la périnatalité sur le thème des transferts des mères ou des nouveaux nés et d'une façon plus générale sur la notion de gradation et de niveaux de soins. De là, tous prirent conscience qu'il leur fallait une **évaluation** de leur fonctionnement pour pouvoir éviter les dysfonctionnements. Des groupes furent mis en place et un constat fût fait après une observation prospective de quelques années.

A la lumière de ce constat, force fût de constater qu'il fallait améliorer des choses, s'organiser, se structurer : la solution, défrichée par certaines régions (Seine Saint-Denis, Pays de Loire, Bourgogne et Basse Normandie), en passe d'être préconisée par le Législateur, s'imposait : le **RESEAU**.

Un comité de pilotage s'auto désigna fin 1997 et rédigea une charte pendant 2 ans, informant régulièrement l'ensemble des professionnels. Cette charte, validée par le Comité Technique de Contrôle de la Naissance en juillet 1999 a été agréée par l'ARH en juillet 2000. Dans un premier temps il s'agit d'un réseau **inter établissements** qui a prévu son extension vers la ville et la santé publique.

Parallèlement à cela, la tradition d'une réunion générale annuelle s'est pérennisée et, chaque année en juin, ce qui est progressivement devenu l'assemblée générale du réseau rassemble tous les professionnels pour évoquer la vie du réseau et pour participer à la **formation permanente** de chacun dans le domaine de la périnatalité.

Par ailleurs, le fait d'être un réseau structuré a permis de profiter pleinement de la démarche régionale puis nationale de déploiement d'un système de **visio-conférence** qui a été aménagé de façon unique en France pour pouvoir pratiquer de la télé-échographie en temps réel.

2. Informatisation du réseau périnatal d'Auvergne

Equipement informatique

Une enquête externe à été réalisée et les conclusions étaient que l'équipement informatique et en système d'information est très hétérogène tant en quantité qu'en qualité au niveau des établissements publics ou privés de la région. Il en est de même pour les progiciels libéraux eux aussi très hétérogènes.

L'enquête en questionnaire semi directif a confirmé les besoins des professionnels, issus de la culture régionale des 15 dernières années :

- Dossier médical périnatal partagé, communicant, d'usage simple et convivial supprimant les redondances de saisie et gardant la qualité d'information que revêt un dossier « papier » traditionnel. Accès sécurisé patients et professionnels accrédités (différents niveaux possibles)

- Services annexes :

    - accès professionnel sécurisé : renseignements fonctionnels (lits, formations, protocoles….) et services (annuaires du réseau, messagerie, forum ….)

    - accès grand public : information et éducation sanitaire

Télémédecine

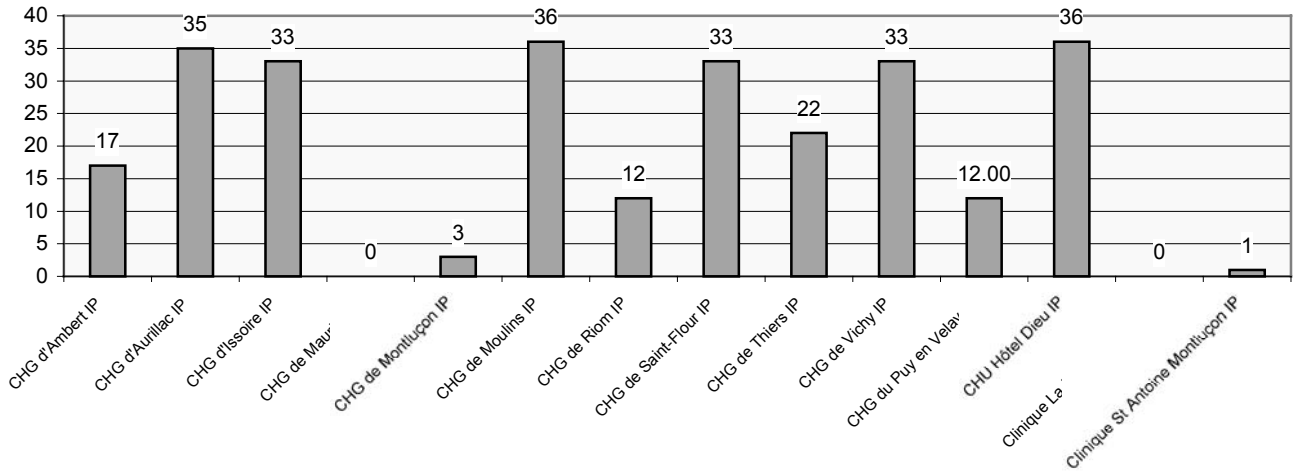
Un déploiement d'un système de **visio-conférence** a été réalisé en Octobre 2000. Il a été aménagé de façon unique en France pour pouvoir pratiquer de la télé-échographie en temps réel et permet de faire une téléconférence régionale hebdomadaire. Cette rencontre à distance a été évaluée et est vécue par tous comme bénéfique pour le patient en terme de partage de décisions médicales parfois difficiles et bénéfique pour les soignants en terme d'outil pédagogique.

Le projet ATHOS (**A**uvergne **T**élémédecine **HOS**pitalière) a débuté en 1998 et s'est achevé en 2002. Le déploiement s'est effectué en 3 étapes :

- En 2000, des terminaux de visioconférence ont été déployés sur 14 établissements
- Au cours du deuxième semestre 2001, un réseau de transfert d'images radiologiques a été mis en place.
- Et enfin pour répondre à la demande des réseaux de santé (Périnatal, Oncauvergne, Soins Palliatifs) les établissements publics de la région ont investi dans un pont multipoint de visioconférence.

Sur l'année 2003, 36 staffs ont été organisés, avec une moyenne honorable de 7.58 sites connectés à chaque réunion pour un potentiel de 14 sites. La durée moyenne de chaque staff est 1h50.

La participation de chaque site est fortement dépendante des disponibilités des médecins et sages-femmes, et d'une forte volonté à modifier l'agenda du service pour pouvoir participer au staff du mardi après midi.



Sur les 13 800 naissances de la région, 283 dossiers ont fait l'objet, en 2003, d'une présentation particulière au staff de périnatalité ; ce qui représente 2.05% des dossiers étudiés, valeur qui est à mettre en perspective avec le nombre de dossiers à risque de la région.

Une étude initiale a été menée au début de la mise en place de la visioconférence. Elle portait sur les 6 premiers mois d'utilisation, au cours desquels avait été organisés 23 visio-réunions, avec une participation moyenne de 6.5 sites. La progression quantitative et qualitative du staff s'est fait surtout ressentir sur le nombre de dossiers présentés par réunion, soit 8 aujourd'hui contre 2 au début.

Après enquête auprès des participants, c'est l'apport pédagogique qui prévaut avec 73%, l'aide au diagnostic vient ensuite avec 65%, l'aide à la décision n'intervenant qu'à hauteur de 45%.

3. Etat actuel de l'informatisation en Auvergne

Le système d'information du RSPA comprend actuellement :

- un dossier périnatal regroupant en un document unique et partagé, matériel ou virtuel, des données relatives à la surveillance de la grossesse l'accouchement, les suites de couches et le nouveau-né (dossier AUDIPOG D31-32, dossier transfert T11-T12) ;

- l'accès à un module de saisie des données sur le site Internet AUDIPOG (utilisé en différé dans le cadre de l'évaluation présentée ci-après) ;

- Un système de visioconférence régionale hebdomadaire destiné à permettre un échange interactif entre professionnels, en favorisant la multidisciplinarité, visant à améliorer la prise de décision et la prise en charge des cas complexes, notamment dans le cas du diagnostic anténatal. Déployé dans toute la région, ce système se veut ouvert à tout professionnel proche d'un point de connexion. Les modalités de présentation de dossier respectent les principes d'accord de la patiente et de confidentialité.

- Des informations fonctionnelles structurantes destinées aux professionnels, notamment les protocoles de prise en charge ville hôpital et inter établissements, supports papiers ou audiovisuels issus des journées de formation organisées par le réseau, etc.

- Des informations relatives à l'éducation sanitaire des usagers (informations généralistes et ciblées en fonction des résultats des différentes évaluations).

Le cahier des charges de l'informatisation du réseau a été rédigé, s'appuyant complètement sur les principes et technologies développés dans le cadre du système d'information AUDIPOG, après prise en compte des spécificités régionales. L'appel d'offre a été lancé dès l'instauration du GIE (septembre 2004). Le dépouillement des réponses est en cours, devant conduire à l'implantation du système courant 2005.

Dans le cadre de son informatisation, le RSPA souhaite assurer une interopérabilité de son système d'information avec ceux d'autres spécialités régionales, type Oncovergne, Diabète… Une plate forme régionale est prévue en Auvergne avec authentification unique du patient.

Enfin, dans le cadre de l'information au patient, un site grand public est prévu sur le portail périnatal Auvergne, une fiche d'information sera prochainement distribué à toute femme enceinte consultant dans le réseau Auvergne.

4ème partie :

L'évaluation interne et externe du Réseau de Santé Périnatale d'Auvergne

I. Méthodologie d'évaluation d'un réseau de santé périnatale (AUDIPOG)

1. *Protocole d'évaluation*

Ce protocole d'évaluation a été publié dans un article scientifique ("Indicateurs et outils d'évaluation des réseaux périnatals" J. Gyn Obstet Biol Repr 2001, 30:641-56) et suit les recommandations de l'ANAES

Objectifs de l'évaluation des réseaux périnatals

Les objectifs de "**l'évaluation des réseaux périnatals**" sont les suivants :

- mesurer **l'impact** de la politique de réseau, c'est-à-dire décrire les lieux d'accouchements et de naissances selon le niveau de risque des patientes et/ou de leurs nouveau-nés, afin de vérifier que le plus possible de couples mères-enfants se trouvent dans un établissement de niveau de soins adapté, au bon moment, et en fonction du niveau de risque de l'un et/ou de l'autre ;

- évaluer **le fonctionnement** du Réseau périnatal sur le plan quantitatif et qualitatif, c'est-à-dire s'assurer du suivi des recommandations inscrites dans la charte du réseau, de l'adéquation de la capacité d'accueil aux besoins de la population, de l'acceptation du fonctionnement en réseau par la population médicale et par les usagers, et analyser les éventuels dysfonctionnements ;

- évaluer **l'efficacité** de la politique de réseau sur la santé des mères et des enfants, au sein des Réseaux périnatals et en population.

Cette évaluation doit avoir lieu :

- **au niveau interne :** suivi des indicateurs d'impact, de fonctionnement et de résultats d'une année à l'autre, après avoir réalisé une évaluation préalable avant la mise en œuvre effective du réseau

- **au niveau externe :** confrontation des indicateurs d'impact, de fonctionnement et de résultats du réseau à un référentiel externe.

Les objectifs de "**l'évaluation des pratiques au sein des réseaux"** sont les suivants :

- décrire les pratiques mises en œuvre face à certaines situations cliniques au sein d'un réseau et suivre l'évolution de ces pratiques au cours du temps ;

- analyser les résultats en fonction des pratiques face à ces situations cliniques

- s'assurer de la mise en application des protocoles de prise en charge des patientes et de leurs nouveau-nés, ayant fait l'objet d'un consensus au sein d'un réseau

Ces objectifs conduisent à proposer une **approche quantitative** reposant sur les bases de données réunies à partir du système d'information commun mis en place dans le cadre d'un réseau périnatal.

Cependant, à coté de cette démarche d'évaluation quantitative, 2 approches complémentaires doivent être mises en place, pour répondre aux objectifs ci-dessus :

1/ une **démarche qualitative** reposant sur une observation sur le terrain par l'équipe de coordonnation du réseau : analyse des difficultés organisationnelles, des éventuels dysfonctionnements, des écarts entre les moyens mis en œuvre et les objectifs à atteindre, afin d'y remédier et d'atteindre une qualité optimum de fonctionnement du réseau.

2/ une **démarche sociologique** sur la perception du travail en réseau par les professionnels, ainsi que sur l'acceptabilité par les usagers.

Population étudiée

L'évaluation d'un Réseau Périnatal porte sur la population des femmes enceintes vues en consultation de grossesse par l'un des acteurs du réseau (gynécologues-obstétriciens, sages-femmes, généralistes, médecins de PMI) dont le lieu d'accouchement est l'une des maternités du réseau périnatal, ou dont le lieu d'accouchement était prévu au sein du réseau (avec ou sans "inscription"), et cela quelle que soit l'issue de la grossesse ou le lieu effectif d'accouchement.

En conséquence,

- sont incluses les femmes suivies et inscrites pour accoucher dans une maternité du Réseau, accouchant dans une maternité hors Réseau à la suite d'une orientation ou d'un transfert en raison d'un manque de place au sein du Réseau d'origine (manque de place en maternité ou en service de néonatalogie) ou d'un choix spécifique (du médecin ou de la parturiente) ;

- sont exclues les femmes de la région, suivies et inscrites pour accoucher dans une maternité d'un Réseau limitrophe ou d'une région limitrophe (en raison d'une plus grande proximité géographique par exemple) ainsi que celles vues "accidentellement" en cours de grossesse par l'un des acteurs du Réseau, bien qu'ayant prévu d'accoucher dans une région limitrophe ou éloignée (vacances..) ;

- sont aussi exclus les nouveau-nés hospitalisés dans un service de néonatologie ou de réanimation néonatale du Réseau, en provenance d'une maternité hors Réseau.

Cependant, et de façon complémentaire, certaines analyses relatives à l'efficacité de la "politique de travail en réseau" au sein d'une région sanitaire pourront porter sur l'ensemble des femmes enceintes résidant dans cette région (étude en population), quel que soit leur lieu d'accouchement.

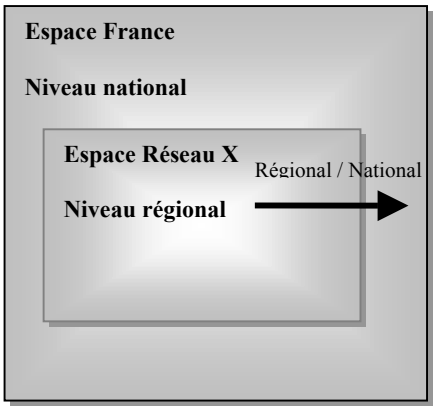
Type d'étude

1/ Evaluation interne

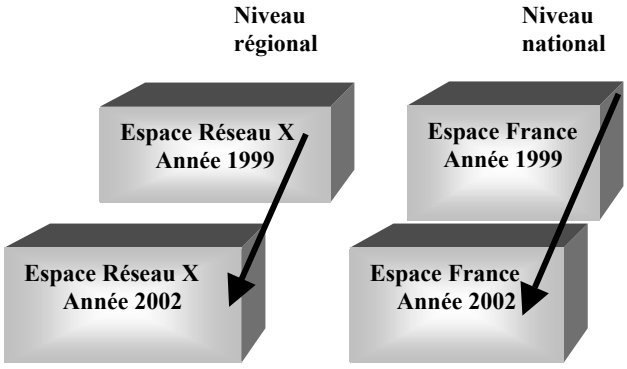
Le type d'étude retenu est de type ***« avant/après »,*** c'est-à-dire que les critères d'évaluation du réseau périnatal devront être mesurés "avant la formalisation" effective du réseau, puis "après sa formalisation" chaque année consécutivement, afin de suivre la mise en application effective de la charte au sein du réseau d'une part, et de montrer que le fonctionnement en réseau s'accompagne d'une évolution des indicateurs de santé périnatale d'autre part. Cette analyse de l'évolution des indicateurs de santé périnatale au sein d'un réseau devra prendre en compte l'évolution spontanée des indicateurs de recrutement ainsi que les éventuelles politiques régionales de santé périnatale mises en place de façon concomitante.

2/ Evaluation externe

Le type d'étude est de type ***« ici / ailleurs »,*** c'est-à-dire que les critères d'évaluation du réseau périnatal devront être confrontés, année après année, aux indicateurs d'une région témoin ou à défaut d'un référentiel externe, ici le réseau France-Périnat (le choix d'une région témoin est rendu impossible par la mise en oeuvre simultanée de la politique de réseau dans toutes les régions en France).



Evaluation externe :
comparaison des indicateurs
niveau régional / national



évaluation interne :

évolution des indicateurs année après année
au niveau régional /national

Critères d'évaluation

Les critères d'évaluation choisis s'appuient sur le document "indicateurs et outils d'évaluation des réseaux périnatals" établi dans le cadre d'un groupe de travail commun aux 4 sociétés CNGOF, FNPN, SFMP, AUDIPOG :

- **Les *critères de recrutement* :** âge maternel, poids et taille, précarité, toxicomanie intra-veineuse, antécédents médicaux (diabète, hypertension artérielle, HIV +) et obstétricaux (antécédents de césarienne, de prématurité ou de mort périnatale, de menace d'accouchement prématuré, de retard de croissance intra-utérin), lieu de résidence.

- **Les *critères d'impact***, (décrits selon le niveau de soins de la maternité) choisis afin de répondre aux questions suivantes "Qui accouche où ? Qui naît où ? Qui est orientée ou transférée en cours ou en fin de grossesse et où ? Quelle femme est transférée en post-partum et où ? Quel nouveau-né est transféré en post-natal et où ?", se distinguent en 3 groupes :

    - groupe de femmes dits à "risque" car présentant des facteurs de risque en début ou en en fin de grossesse : femme vivant seule, primiparité, âge < 18 ans et ≥ 35 ans, bas niveau d'études ;
    - groupe d'enfants à "risque" en raison de leur état à la naissance :prématurité, faible poids de naissance, réanimation en salle de naissance ou transfert ;
    - groupe de femmes dits à "bas risque" en début ou en en fin de grossesse : âge ≥ 18 ans et < 35 ans, aucun antécédent médical ou gynécologique, aucun antécédent obstétrical chez les multipares, ni pathologie de la grossesse, grossesse unique, pas d'anomalie de présentation à l'accouchement.

- **Les *critères de fonctionnement***, permettant de répondre aux questions suivantes : "les recommandations incluses dans la charte du Réseau sont-elles suivies ? La nouvelle organisation en Réseau (SROS) a-t-elle un effet bénéfique global en terme de rapprochement mère-enfant ? La capacité d'accueil du Réseau correspond-elle aux besoins de la population ? Les issues défavorables (décès, complications graves) auraient-elles pu être évitées ?", sont des indicateurs d'orientation, de transfert ou de contre-indication au transfert vers les maternités de niveau II ou III (pathologies maternelles ou fœtales), indicateurs de conditions de transfert maternel ou néonatal (motif, mode, raison en cas d'impossibilité), et des indicateurs d'orientation vers les maternités de proximité (femmes à bas risque décrites plus haut).

- **Les *critères d'efficacité***, répondant à la question "La mise en réseau a-t-elle un effet bénéfique sur la santé des mères ou de leur nouveau-né ?", sont des indicateurs d'état de la mère et de son nouveau-né à la sortie de la maternité et/ou dans le service de néonatalogie en cas de transfert du nouveau-né (état nécessitant une surveillance particulière, morbidité, mortalité).

Analyse statistique

– *Description des échantillons*
– *Comparaison* des indicateurs *avant* puis *après la formalisation du réseau* au sein d'un réseau régional
– *Comparaison des résultats à ceux de l'ensemble des réseaux ayant adopté le même protocole d'évaluation*
– *Confrontation au niveau national avec le Réseau France-Périnat mis en œuvre par l'AUDIPOG* (prise en compte de l'évolution spontanée des indicateurs).

Depuis 1994, ce réseau recueille chaque année les données en provenance d'environ 100 maternités volontaires publiques ou privées, au moins 1 mois par an, de toutes les régions de France. A ce jour, le fichier du Réseau AUDIPOG comprend 180 000 naissances. Ce Réseau permet d'estimer les principaux indicateurs périnatals de recrutement, de pratiques et de résultats, au niveau national, indicateurs similaires à ceux observés à partir des enquêtes nationales DGS/INSEE. Ces résultats peuvent servir de référentiel externe.

2. Le référentiel externe : le réseau France-Périnat (AUDIPOG)

Le Réseau Sentinelle AUDIPOG est constitué, depuis 1994, d'un ensemble de **maternités volontaires publiques et privées, provenant de toutes les régions de France**, utilisant ou non un dossier obstétrical AUDIPOG, informatisées ou non.

Les objectifs du Réseau, définis lors de sa création, sont les suivants :

- **surveiller, année après année, les indicateurs de santé périnatale** (indicateurs de recrutement, de pratiques et de résultats), par une mise en commun des données issues des fichiers des maternités participant au Réseau ;
- **fournir aux maternités un outil d'évaluation de leurs pratiques et de leurs résultats,** en comparant les résultats des analyses pratiquées sur leurs propres fichiers à ceux du Réseau Sentinelle ;
- **mettre en place des études multicentriques, à la demande d'un ou plusieurs membres du Réseau ;**
- **Créer une banque de données centralisée.**

Les partenaires du Réseau sont :

- **les maternités publiques et privées**
  - recueil et saisie des données
  - participation à la constitution d'une base de données centralisée

- **l'association AUDIPOG**
  - définition des objectifs
  - communication avec les maternités
  - lecture et mise en commun des données en provenance des maternités
  - analyse du fichier centralisé
  - diffusion des résultats aux membres du Réseau

  L'association AUDIPOG a constitué une cellule de coordination chargée des relations avec les membres du réseau, de la collecte des données et de leur traitement, de l'analyse des données et de la diffusion des résultats.

- **l'INSERM**
  - équipe "Epidémiologie de la Croissance et du Développement" (U369- Lyon)
  - responsabilité scientifique et technique de l'analyse des données
  - responsabilité de la base de données vis à vis de la CNIL (N.Mamelle)

Le Réseau Sentinelle s'est doté de 2 comités chargés de veiller à la qualité des travaux effectués à partir de la base de données commune et au respect des intérêts de tous les participants. Les comités sont sollicités pour toute demande d'exploitation du fichier centralisé, tout projet de travaux coopératifs ou de publication scientifique

- **le comité scientifique**, composé de 7 membres désignés par le Conseil d'Administration de l'AUDIPOG, a pour fonction de juger de la qualité scientifique des projets;
- **le comité des adhérents**, composé de 8 membres élus, a pour fonction de s'assurer de l'acceptabilité des projets sur les plans déontologique et matériel.

3. Différentes étapes de l'évaluation du réseau

Ce qui suit concerne ***l'évaluation quantitative du réseau***, c'est-à-dire celle qui repose sur les bases de données réunies grâce au système d'information commun au réseau et nécessite des outils informatiques d'évaluation en temps réel.

Ces outils informatiques sont ***un serveur d'évaluation***, mis à disposition du réseau périnatal d'Auvergne par AUDIVAL (société partenaire de AUDIPOG), serveur d'évaluation rendant accessibles les données du réseau 24h/24 et en langage clair.

Un tel serveur d'évaluation permet :

- *La fourniture des indicateurs d'évaluation du réseau de l'année*
- *Le suivi des indicateurs d'évaluation du réseau, année après année,*
- *l'interrogation statistique en ligne*
  - *de la base de données du réseau (accessible aux seuls membres du réseau périnatal)*
  - *de la base de données du référentiel externe*
  - *et de la base de données de chaque maternité (réservées par mot de passe aux seuls acteurs de santé de cette maternité).*

L'évaluation, conduite selon le protocole général précédent, mais adaptable à chaque réseau périnatal, selon ses priorités et ses spécificités, repose sur les étapes suivantes :

- ***Mise en commun des données anonymisées du réseau***
  - réception des données en provenance des maternités ou de la plate-forme du réseau et contrôle des données avant mise en commun et analyse
  - mise en ligne de la base de données du réseau périnatal sur le serveur d'évaluation AUDIVAL
  - accès aux tableaux statistiques du réseau
  - accès au module d'analyse des pratiques face à une situation clinique donnée au sein du réseau

- ***Evaluation interne du réseau***

  à partir de la mise en commun des données du réseau :

  - établissement du tableau de bord annuel du réseau (édition d'un rapport) (évolution des indicateurs année après année)
  - surveillance du fonctionnement du réseau
    (respect des protocoles d'orientation des patientes vers les lieux de prise en charge adaptés - suivi des problèmes organisationnels - adéquation des moyens aux besoins de la population prise en charge par le réseau périnatal)

  - évaluation de l'impact de la politique de réseau sur les pratiques
    (évolution des lieux d'accouchement des femmes enceintes selon leur niveau de risque ou celui de leur enfant - haut risque ou bas risque)

- évaluation de l'efficacité de la politique de réseau
(suivi des indicateurs de santé après prise en compte des particularités de la population prise en charge et de leur évolution dans le temps)

- ***Evaluation externe du réseau***
à partir de la mise en commun des données anonymisées de plusieurs réseaux périnatals utilisant le même système d'information et de l'accès au réseau national AUDIPOG (référentiel externe)

- établissement d'un référentiel d'activité des réseaux à partir de la mise en commun des données des réseaux confiant leur évaluation à la structure AUDIVAL

- confrontation des indicateurs du réseau à ceux de l'ensemble des autres réseaux utilisant les services AUDIVAL

- accès à la base de données commune au sein du Réseau France-Périnat et aux indicateurs de pratiques et de résultats observés au niveau de la France (accord de l'AUDIPOG)

- confrontation des indicateurs du réseau périnatal à ceux du Réseau France-Périnat (AUDIPOG)

- ***Evaluation des pratiques au sein du réseau***
à partir de la mise en commun des données aux trois échelons : local (maternité ou service), régional(réseau périnatal), national(réseau AUDIPOG)

- interrogation simultanée de la base de données du réseau et du référentiel France entière (180 000 naissances aujourd'hui), 24H sur 24, en langage clair.

- réponses aux questions que les cliniciens se posent sur leurs pratiques face à une situation clinique donnée, en confrontant les pratiques au sein de leur réseau périnatal à celles observées en France.

Note : La société Audival adhère à la charte scientifique et éthique édictée par l'AUDIPOG garantissant le bon usage des données aux acteurs de santé leur en confiant l'analyse.

- ***Evaluation préalable***

Une évaluation préalable à la mise en place de l'informatisation du réseau est recommandée, à partir d'une mise en commun de données sur un échantillon des naissances chaque année.

4. Evaluation Complémentaire : Evaluation des maternités et services de néonatologie du réseau

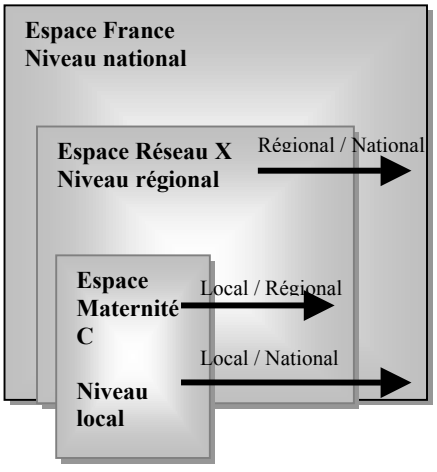
Parallèlement à l'évaluation du réseau périnatal et des pratiques médicales au sein du réseau, le serveur d'évaluation AUDIVAL permet de proposer aux maternités, services de néonatologie et autres structures de soins impliquées dans le réseau, ***une évaluation personnelle de leur activité.***

Comme pour l'évaluation du réseau, cette évaluation se déroule en 3 phases :

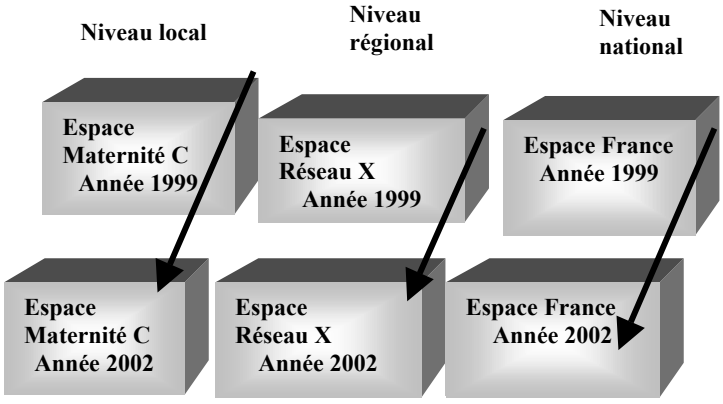
- ***Evaluation interne***
  - établissement du tableau de bord annuel de la maternité (édition d'un rapport d'activité)
  - évolution des indicateurs année après année

- ***Evaluation externe***
  - établissement du référentiel externe d'activité issu de la base de données nationale France-périnat, et éventuellement d'un référentiel d'activité correspondant au niveau de soins de l'établissement
  - confrontation du tableau de bord de la maternité au référentiel externe du réseau France- Périnat (AUDIPOG)

- ***Evaluation des pratiques et des résultats au sein des maternités ou services***
  - mise en ligne de la base de données de la maternité sur le serveur AUDIVAL
  - accès au module d'analyse des pratiques face à une situation clinique donnée au sein de la maternité avec confrontation automatisée aux indicateurs au sein du Réseau France-Périnat.



Evaluation externe
(comparaison des indicateurs
niveau local / national
niveau local /régional
niveau régional / national)



évaluation interne

(évolution des indicateurs année après année
au niveau local /régional /national)

II. Population, échantillon et analyse

1. Population

La population est celle des femmes enceintes suivies par les acteurs de santé du RSPA, et ayant accouché dans l'une des maternités du réseau entre 1999 et 2002.

2. Echantillon

En l'absence d'informatisation en routine des maternités, l'évaluation a été conduite sur des échantillons de naissance 1 à 2 mois par an entre 1999 et 2002.

L'échantillon total, recueilli auprès des 16 maternités comprenait 2 160 naissances en 1999, 861 en 2000, 1 232 en 2001 (soit 2093 naissances en regroupant les deux années 2000 et 2001) et 1 362 en 2002 :

	Type d'établissement	**Niveau de soins**	**Nombre de naissances et nombre de mois de participation**							
			1999		**2000**		**2001**		**2002**	
Polyclinique St François - St Antoine à Montluçon	Privé	I	92	2 mois	0		53	1 mois	0	
Polyclinique La Pergola	Privé	I	108	2 mois	67	1 mois	45	1 mois	116	2 mois
CH de Vichy	CHG	II	106	2 mois	55	1 mois	51	1 mois	99	2 mois
CH de St Flour	CHG	I	63	2 mois	38	1 mois	25	1 mois	71	2 mois
CH de Montluçon	CHG	II	143	2 mois	0		65	1 mois	0	
CH Moulins Yzeure	CHG	II	176	2 mois	80	1 mois	203	2 mois	111	2 mois
CH Henri Mondor à Aurillac	CHG	II	122	2 mois	0		89	1 mois	172	2 mois
CH de Mauriac	CHG	I	21	2 mois	0		8	1 mois	0	
CH Emile Roux au Puy	CHG	II	216	2 mois	101	1 mois	97	1 mois	0	
CHG de Riom	CHG	I	69	2 mois	29	1 mois	36	1 mois	0	
CH de Thiers	CHG	I	51	2 mois	25	1 mois	24	1 mois	0	
CH d'Ambert	CHG	I	34	2 mois	25	1 mois	8	1 mois	25	2 mois
CH Paul Ardier à Issoire	CHG	I	127	2 mois	49	1 mois	111	2 mois	105	2 mois
CHU – CHR Clermont Ferrand	CHU	III	394	2 mois	136	1 mois	190	1 mois	339	2 mois
Clinique de La Chataigneraie	Privé	I	180	2 mois	86	1 mois	90	1 mois	199	2 mois
Clinique Marivaux	Privé	I	258	2 mois	170	1 mois	137	1 mois	125	1 mois
			16 maternités : 2160 naissances		12 maternités : 861 naissances		16 maternités : 1232 naissances		10 maternités : 1362 naissances	

Le mode de recueil de données du RSPA a été réalisé de la manière suivante :

- recueil à partir des dossiers AUDIPOG (D21 – D31) dans les services, par des sages femmes ou des élèves sages femmes ;
- saisie des données sur le module de saisie du site Internet AUDIPOG ou sur des fiches papier avec saisie en différé à AUDIPOG ;
- exportation des données à partir du système informatique du CHU de Clermont-Ferrand.

3. Qualité et exhaustivité des données

L'évaluation de la santé périnatale du réseau Auvergne sur la période 1999 - 2002 devait se faire grâce à la participation des 16 maternités de ce réseau sur un mois en 2000 et sur deux mois en 1999, 2001 et 2002. Le tableau suivant présente les nombres de naissances attendus et observés au cours de chacune des périodes et met en évidence un défaut d'exhaustivité des dossiers. Pour des raisons d'effectif nous avons été amenés à regrouper les deux années 2000 et 2001 dans l'analyse.

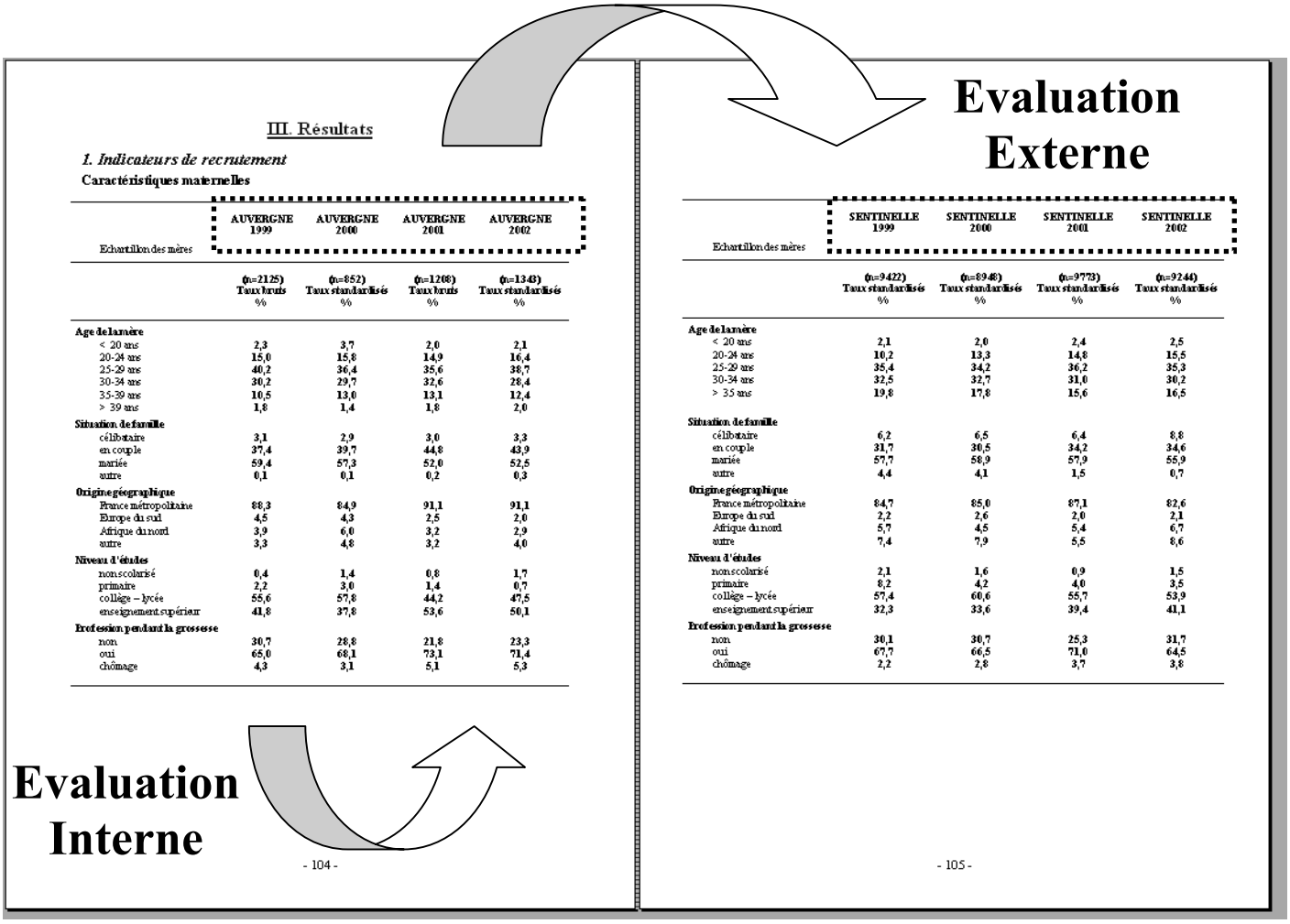
	Echantillon attendu (d'après la DREES)				**Echantillon recueilli**			
	sur 2 mois en 1999	**sur 1 mois en 2000**	**sur 2 mois en 2001**	**sur 2 mois en 2002**	**sur 2 mois en 1999**	**sur 1 mois en 2000**	**sur 2 mois en 2001**	**sur 2 mois en 2002**
Polyclinique St François - St Antoine à Montluçon	97	56	114	Données 2002 non disponibles auprès de la DREES	92	0	53	0
Polyclinique La Pergola	112	58	113		108	67	45	116
CH de Vichy	110	64	116		106	55	51	99
CH de St Flour	56	30	64		63	38	25	71
CH de Montluçon	152	76	150		143	0	65	0
CH Moulins Yzeure	181	95	197		176	80	203	111
CH Henri Mondor à Aurillac	108	61	160		122	0	89	172
CH de Mauriac	28	17	29		21	0	8	0
CH Emile Roux au Puy	199	106	197		216	101	97	0
CHG de Riom	58	27	58		69	29	36	0
CH de Thiers	52	30	59		51	25	24	0
CH d'Ambert	35	18	31		34	25	8	25
CH Paul Ardier à Issoire	107	54	112		127	49	111	105
CHU – CHR Clermont Ferrand	411	196	404		394	136	190	339
Clinique de La Chataigneraie	180	80	171		180	86	90	199
Clinique Marivaux	274	172	334		258	170	137	125
	16 maternités 2160 naissances	16 maternités 1140 naissances	16 maternités 2309 naissances		16 maternités 2160 naissances	12 maternités 861 naissances	16 maternités 1232 naissances	10 maternités 1362 naissances

4. Méthodes d'analyse

L'étude est composée de deux parties :

– Une évaluation « interne » portant sur 3 cohortes successives de 2 mois par an : avant la mise en place du réseau Auvergne (en 1999) et après celle-ci (en 2000 - 2001 et 2002).

– Une évaluation « externe » en comparant les indicateurs du réseau Auvergne à ceux du réseau sentinelle AUDIPOG (indicateurs nationaux choisis comme référentiel externe).



III. Résultats

1. Indicateurs de recrutement

Caractéristiques maternelles

Echantillon des mères	AUVERGNE 1999	AUVERGNE 2000	AUVERGNE 2001	AUVERGNE 2002
	(n=2125) Taux bruts %	(n=852) Taux standardisés %	(n=1208) Taux bruts %	(n=1343) Taux standardisés %
Age de la mère				
< 20 ans	2,3	3,7	2,0	2,1
20-24 ans	15,0	15,8	14,9	16,4
25-29 ans	40,2	36,4	35,6	38,7
30-34 ans	30,2	29,7	32,6	28,4
35-39 ans	10,5	13,0	13,1	12,4
> 39 ans	1,8	1,4	1,8	2,0
Situation de famille				
célibataire	3,1	2,9	3,0	3,3
en couple	37,4	39,7	44,8	43,9
mariée	59,4	57,3	52,0	52,5
autre	0,1	0,1	0,2	0,3
Origine géographique				
France métropolitaine	88,3	84,9	91,1	91,1
Europe du sud	4,5	4,3	2,5	2,0
Afrique du nord	3,9	6,0	3,2	2,9
autre	3,3	4,8	3,2	4,0
Niveau d'études				
non scolarisé	0,4	1,4	0,8	1,7
primaire	2,2	3,0	1,4	0,7
collège – lycée	55,6	57,8	44,2	47,5
enseignement supérieur	41,8	37,8	53,6	50,1
Profession pendant la grossesse				
non	30,7	28,8	21,8	23,3
oui	65,0	68,1	73,1	71,4
chômage	4,3	3,1	5,1	5,3

Evaluation Interne

Evaluation Externe

Echantillon des mères	SENTINELLE 1999	SENTINELLE 2000	SENTINELLE 2001	SENTINELLE 2002
	(n=9422) Taux standardisés %	(n=8948) Taux standardisés %	(n=9773) Taux standardisés %	(n=9244) Taux standardisés %
Age de la mère				
< 20 ans	2,1	2,0	2,4	2,5
20-24 ans	10,2	13,3	14,8	15,5
25-29 ans	35,4	34,2	36,2	35,3
30-34 ans	32,5	32,7	31,0	30,2
> 35 ans	19,8	17,8	15,6	16,5
Situation de famille				
célibataire	6,2	6,5	6,4	8,8
en couple	31,7	30,5	34,2	34,6
mariée	57,7	58,9	57,9	55,9
autre	4,4	4,1	1,5	0,7
Origine géographique				
France métropolitaine	84,7	85,0	87,1	82,6
Europe du sud	2,2	2,6	2,0	2,1
Afrique du nord	5,7	4,5	5,4	6,7
autre	7,4	7,9	5,5	8,6
Niveau d'études				
non scolarisé	2,1	1,6	0,9	1,5
primaire	8,2	4,2	4,0	3,5
collège – lycée	57,4	60,6	55,7	53,9
enseignement supérieur	32,3	33,6	39,4	41,1
Profession pendant la grossesse				
non	30,1	30,7	25,3	31,7
oui	67,7	66,5	71,0	64,5
chômage	2,2	2,8	3,7	3,8

- 104 -

- 105 -

Sur le plan des techniques d'analyse, les résultats sont présentés sous forme de taux bruts ou standardisés sur la distribution des naissances en France (source DREES).

Concernant le réseau Auvergne en 2000 - 2001 et 2002, on applique une technique de standardisation des taux basée sur la distribution des naissances par type d'établissement (CHU, CHG et Maternités privées) au sein du réseau Auvergne ;

- la technique de standardisation appliquée aux données du réseau Auvergne en 2000 - 2001 et 2002 permet d'obtenir des valeurs des paramètres de santé périnatale valables au niveau de l'ensemble du réseau Auvergne même en l'absence de participation de certaines maternités de ce réseau lors de cette étude

Concernant le réseau Auvergne en 1999, on conserve les taux bruts puisque toutes les maternités du réseau ont participé de manière exhaustive en 1999 : la technique de standardisation n'est donc pas nécessaire.

Concernant le réseau Sentinelle AUDIPOG entre 1999 et 2002, la description des indicateurs de santé périnatale porte sur l'échantillon des naissances en provenance de chaque maternité participante :

- l'échantillon est constitué de 1 mois de naissances par maternité participante ; lorsqu'une maternité participe plusieurs mois consécutivement, on conserve un seul mois par tirage aléatoire ;

- nous avons pu montrer qu'un échantillon constitué par tirage au hasard de grappes d'accouchements effectués pendant 1 mois consécutif fournit une excellente estimation des paramètres au niveau national.

L'échantillon du réseau Sentinelle AUDIPOG comprend 9422 accouchements en 1999, 8948 accouchements en 2000, 9773 accouchements en 2001 et 9244 accouchements en 2002.

Les indicateurs sont fournis sous forme de taux standardisés sur la distribution des naissances en France par type d'établissement (CHU, CHG et Maternités privées) et par région (source DREES) :

- nous avons pu montrer que la technique de standardisation appliquée aux données du réseau sentinelle AUDIPOG en 2002 et 2003 permet d'obtenir des valeurs des paramètres de santé périnatale valables au niveau national.

III. Tableau de bord du réseau périnatal d'Auvergne

La première étape de l'évaluation du réseau périnatal est de :

- mesurer les indicateurs de santé périnatale avant la mise en place effective du réseau (évaluation préalable) - année 1999

- suivre l'évolution des indicateurs année après année (évaluation interne) – années 2000, 2001, 2002

- confronter les indicateurs de santé du Réseau périnatal, année après année, à ceux du Réseau Sentinelle Audipog qui constitue un référentiel externe (évaluation externe)

Les tableaux qui suivent présentent les indicateurs de santé du Réseau périnatal d'Auvergne de 1999 à 2002 sur les pages de gauche, et ceux du réseau sentinelle Audipog sur les pages de droites.

Ils peuvent être lus et interprétés de 2 façons :

- lecture des pages de gauche individuellement : suivi, année après année, des indicateurs de santé du Réseau Périnatal d'Auvergne de 1999 à 2002

- lecture des pages de gauches en référence aux pages de droite correspondantes : confrontation, chaque année successivement, des indicateurs du Réseau périnatal d'Auvergne à ceux du Réseau Sentinelle AUDIPOG

Cette confrontation des indicateurs du réseau Périnatal à ceux du Réseau Sentinelle AUDIPOG permet de voir si la population des femmes enceintes du réseau régional diffère de la population générale, différence pouvant expliquer partiellement au moins des divergences de résultats au niveau régional et national.

Les tableaux présentent successivement :

- les renseignements généraux, antécédents médicaux et obstétricaux
- le déroulement de la grossesse (surveillance et déroulement de la grossesse, complications de la grossesse, traitements)
- le déroulement de l'accouchement
- l'état de l'enfant à la naissance

Une cinquième partie, à rattacher au tableau de bord d'activité du réseau, présente les principaux indicateurs de santé relatifs aux femmes enceintes « à bas risque en fin de grossesse », ces indicateurs représentent des « taux planchers », observés au sein du réseau et auxquels chacun peut se référer quel que soit le recrutement de la maternité.

1. Renseignements généraux et antécédents

La première partie du tableau de bord d'activité du réseau décrit les renseignements généraux et antécédents des femmes accouchant au sein du réseau.

On constate que la proportion de femmes de plus de 35 ans a augmenté en Auvergne de 1999 à 2002 (de 12 à 15 %), alors que celle-ci a nettement diminué dans la population (20 % en 1999 et autour de 17 % les années suivantes.) La proportion de femmes d'origine non française est de l'ordre de 9 % en Auvergne contre 17 % dans la population générale. La proportion de femmes de bas niveau d'études (non scolarisées ou niveau primaire) est 2 fois plus faible en Auvergne (environ 2,5 en 2002) que dans la population générale.

Concernant la consommation de tabac, on note que la proportion de femmes fumant 10 cigarettes ou plus ayant réduit leur consommation a augmenté en Auvergne (de 37 à 56 %) alors que celle-ci est restée stable dans la population générale ; de même la proportion de grandes consommatrices ayant arrêté de fumer a augmenté de 12 à 17 % entre 2001 et 2002, tandis que celle-ci est restée assez stable dans la population générale (17 % depuis 1999). En Auvergne, le recueil de données concernant la toxicomanie est vraisemblablement non effectué.

Les antécédents maternels médicaux et gynécologiques sont nettement moins fréquents en Auvergne (autour de 20 %) que dans la population générale (supérieur à 30 %) ; il faut s'interroger sur la réalité d'une population régionale en meilleure santé ou sur l'existence d'une sous-déclaration.

La fréquence des antécédents de stérilité avant la grossesse actuelle fluctue autour de 4 % en Auvergne comme dans la population générale. Les traitements par induction d'ovulation seule sont en chute en 2002 en Auvergne comme dans la population générale (autour de 20 % des traitements pratiqués).

Les femmes d'Auvergne sont plus souvent primigestes (de 36 % en 1999 à 40 % en 2002), alors que cette proportion reste assez stable autour de 34 % dans la population générale ; elles sont aussi plus souvent primipares (taux variant de 47 à 50 %) alors qu'il reste autour de 45 % dans la population générale.

Chez les multipares, on note une augmentation des antécédents périnatals en 2002 en Auvergne (13,6 %), situation qui n'est pas observée dans la population générale et il conviendrait de confirmer ou infirmer un tel résultat.

Les antécédents de césarienne, chez les multipares, sont globalement plus fréquents en Auvergne (chiffre variant de 22 à 25 %) alors que ceux-ci ne dépassent pas 21 % dans la population générale en 2002.

Au total, on note des variations notables des indicateurs de recrutement entre l'Auvergne et la population générale, pouvant influencer les indicateurs de pratiques et de résultats.

La proportion de primipares est supérieure en Auvergne (50,2% en 2002) contre 44,8% dans la population générale. Cependant chez les multipares, la proportion de femmes ayant au moins un antécédent périnatal est plus élevée en Auvergne qu'en France en 2002.

Caractéristiques maternelles

Echantillon des mères	RESEAU AUVERGNE 1999	RESEAU AUVERGNE 2000	RESEAU AUVERGNE 2001	RESEAU AUVERGNE 2002
	(n=2125) Taux bruts %	(n=852) Taux standardisés %	(n=1208) Taux bruts %	(n=1343) Taux standardisés %
Age de la mère				
< 20 ans	**2,3**	**3,7**	**2,0**	**2,1**
20-24 ans	**15,0**	**15,8**	**14,9**	**16,4**
25-29 ans	**40,2**	**36,4**	**35,6**	**38,7**
30-34 ans	**30,2**	**29,7**	**32,6**	**28,4**
> 35 ans	**12,3**	**14,4**	**14,9**	**14,4**
Situation de famille				
célibataire	**3,1**	**2,9**	**3,0**	**3,3**
en couple	**37,4**	**39,7**	**44,8**	**43,9**
mariée	**59,4**	**57,3**	**52,0**	**52,5**
autre	**0,1**	**0,1**	**0,2**	**0,3**
Origine géographique				
France métropolitaine	**88,3**	**84,9**	**91,1**	**91,1**
Europe du sud	**4,5**	**4,3**	**2,5**	**2,0**
Afrique du nord	**3,9**	**6,0**	**3,2**	**2,9**
autre	**3,3**	**4,8**	**3,2**	**4,0**
Niveau d'études				
non scolarisé	**0,4**	**1,4**	**0,8**	**1,7**
primaire	**2,2**	**3,0**	**1,4**	**0,7**
collège – lycée	**55,6**	**57,8**	**44,2**	**47,5**
enseignement supérieur	**41,8**	**37,8**	**53,6**	**50,1**
Profession pendant la grossesse				
non	**30,7**	**28,8**	**21,8**	**23,3**
oui	**65,0**	**68,1**	**73,1**	**71,4**
chômage	**4,3**	**3,1**	**5,1**	**5,3**

Echantillon des mères	RESEAU SENTINELLE 1999	RESEAU SENTINELLE 2000	RESEAU SENTINELLE 2001	RESEAU SENTINELLE 2002
	(n=9422) Taux standardisés %	(n=8948) Taux standardisés %	(n=9773) Taux standardisés %	(n=9244) Taux standardisés %
Age de la mère				
< 20 ans	**2,1**	**2,0**	**2,4**	**2,5**
20-24 ans	**10,2**	**13,3**	**14,8**	**15,5**
25-29 ans	**35,4**	**34,2**	**36,2**	**35,3**
30-34 ans	**32,5**	**32,7**	**31,0**	**30,2**
> 35 ans	**19,8**	**17,8**	**15,6**	**16,5**
Situation de famille				
célibataire	**6,2**	**6,5**	**6,4**	**8,8**
en couple	**31,7**	**30,5**	**34,2**	**34,6**
mariée	**57,7**	**58,9**	**57,9**	**55,9**
autre	**4,4**	**4,1**	**1,5**	**0,7**
Origine géographique				
France métropolitaine	**84,7**	**85,0**	**87,1**	**82,6**
Europe du sud	**2,2**	**2,6**	**2,0**	**2,1**
Afrique du nord	**5,7**	**4,5**	**5,4**	**6,7**
autre	**7,4**	**7,9**	**5,5**	**8,6**
Niveau d'études				
non scolarisé	**2,1**	**1,6**	**0,9**	**1,5**
primaire	**8,2**	**4,2**	**4,0**	**3,5**
collège – lycée	**57,4**	**60,6**	**55,7**	**53,9**
enseignement supérieur	**32,3**	**33,6**	**39,4**	**41,1**
Profession pendant la grossesse				
non	**30,1**	**30,7**	**25,3**	**31,7**
oui	**67,7**	**66,5**	**71,0**	**64,5**
chômage	**2,2**	**2,8**	**3,7**	**3,8**

Dépendances

Echantillon des mères	RESEAU AUVERGNE 1999	RESEAU AUVERGNE 2000	RESEAU AUVERGNE 2001	RESEAU AUVERGNE 2002
	(n=2125) Taux bruts %	(n=852) Taux standardisés %	(n=1208) Taux bruts %	(n=1343) Taux standardisés %
Tabac avant la grossesse				
< 10 cig/j	**12,6**	**14,9**	**14,7**	**12,7**
≥ 10 cig/j	**15,2**	**12,7**	**15,9**	**18,3**
Tabac pendant la grossesse				
< 10 cig/j	**12,6**	**16,0**	**16,8**	**16,4**
≥ 10 cig/j	**7,3**	**4,8**	**6,4**	**5,3**
Parmi les fumeuses avant la grossesse				
si < 10 cig/j : arrêt du tabac	**42,5**	**34,3**	**37,9**	**48,3**
si ≥ 10 cig/j : réduction <10 cig/j	**36,9**	**51,5**	**50,7**	**55,9**
arrêt du tabac	**13,7**	**12,6**	**11,8**	**17,2**
Alcool pendant la grossesse				
≥ 3 verres/j	**0,3**	**0,1**	**0,0**	**0,2**
Toxicomanie pendant la grossesse				
intra-veineuse	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**
autre	**0,1**	**0,0**	**0,0**	**0,0**

Echantillon des mères	RESEAU SENTINELLE 1999	RESEAU SENTINELLE 2000	RESEAU SENTINELLE 2001	RESEAU SENTINELLE 2002
	(n=9422) Taux standardisés %	(n=8948) Taux standardisés %	(n=9773) Taux standardisés %	(n=9244) Taux standardisés %
Tabac avant la grossesse				
< 10 cig/j	**13,3**	**12,4**	**12,7**	**11,7**
≥ 10 cig/j	**16,1**	**16,9**	**16,0**	**17,3**
Tabac pendant la grossesse				
< 10 cig/j	**14,6**	**15,3**	**14,4**	**13,9**
≥ 10 cig/j	**6,6**	**7,1**	**5,6**	**6,4**
Parmi les fumeuses avant la grossesse				
si < 10 cig/j : arrêt du tabac	**46,1**	**40,8**	**43,3**	**49,4**
si ≥ 10 cig/j : réduction <10 cig/j	**43,4**	**44,5**	**46,0**	**47,1**
arrêt du tabac	**17,6**	**14,5**	**18,8**	**16,9**
Alcool pendant la grossesse				
≥ 3 verres/j	**0,3**	**0,2**	**0,2**	**0,2**
Toxicomanie pendant la grossesse				
intra-veineuse	**0,4**	**0,1**	**0,1**	**0,3**
autre	**0,2**	**0,1**	**0,2**	**0,3**

Antécédents maternels

Echantillon des mères	RESEAU AUVERGNE 1999	RESEAU AUVERGNE 2000	RESEAU AUVERGNE 2001	RESEAU AUVERGNE 2002
	(n=2125) Taux bruts %	(n=852) Taux standardisés %	(n=1208) Taux bruts %	(n=1343) Taux standardisés %
Antécédents médicaux ou gynécologiques nécessitant une surveillance particulière	**22,7**	**(16,3)**	**27,3**	**21,0**
Antécédent de stérilité avant grossesse actuelle	**4,8**	**2,8**	**3,0**	**4,8**
si oui, traitement :				
induction	**16,7**	**29,3**	**36,0**	**22,0**
FIV	**22,2**	**18,8**	**20,0**	**22,5**
autre PMA	**9,3**	**22,7**	**28,0**	**20,7**
Gestité :				
0	**36,5**	**35,2**	**37,8**	**39,7**
1	**34,9**	**32,8**	**33,0**	**34,0**
2	**15,9**	**17,2**	**17,2**	**14,4**
3 et +	**12,7**	**14,8**	**12,0**	**11,9**
Parité :				
0	**47,4**	**46,0**	**48,1**	**50,2**
1	**35,0**	**34,2**	**33,1**	**34,2**
2	**12,5**	**13,3**	**12,4**	**10,0**
3 et +	**5,1**	**6,5**	**6,4**	**5,6**
Antécédent d'IVG	**9,2**	**7,4**	**7,4**	**10,1**
Antécédent d'avortement spontané	**13,6**	**13,3**	**12,5**	**13,7**
Antécédent d'IMG	**-**	**1,4**	**1,0**	**1,5**
Antécédents périnatals (chez les multipares)				
au moins 1 antécédent périnatal	**8,7**	**10,2**	**7,0**	**13,6**
antécédent de prématurité	**5,8**	**8,5**	**5,2**	**10,9**
antécédent de mort-né	**2,9**	**2,6**	**2,5**	**3,0**
antécédent de mort néonatale	**0,8**	**1,9**	**(0,0)**	**(4,4)**
Antécédent de césarienne (chez les multipares)				
1	**18,2**	**20,9**	**18,7**	**20,4**
2 et +	**4,2**	**4,2**	**3,6**	**4,5**

- : variable non renseignée
( ) : à interpréter avec précaution soit en raison d'un effectif faible, soit en raison d'un doute sur la qualité des données enregistrées.

Echantillon des mères	RESEAU SENTINELLE 1999	RESEAU SENTINELLE 2000	RESEAU SENTINELLE 2001	RESEAU SENTINELLE 2002
	(n=9422) Taux standardisés %	(n=8948) Taux standardisés %	(n=9773) Taux standardisés %	(n=9244) Taux standardisés %
Antécédents médicaux ou gynécologiques nécessitant une surveillance particulière	**31,7**	**43,5**	**41,3**	**31,7**
Antécédent de stérilité avant grossesse actuelle	**5,0**	**3,3**	**4,1**	**3,3**
si oui, traitement :				
induction	**27,0**	**38,4**	**38,0**	**19,9**
FIV	**27,0**	**16,9**	**23,8**	**29,3**
autre PMA	**7,0**	**11,7**	**18,8**	**17,4**
Gestité :				
0	**33,1**	**34,1**	**36,1**	**34,0**
1	**34,2**	**32,0**	**32,8**	**33,5**
2	**17,8**	**18,3**	**16,2**	**17,2**
3 et +	**14,9**	**15,6**	**14,9**	**15,3**
Parité :				
0	**45,8**	**44,1**	**45,3**	**44,8**
1	**32,7**	**33,5**	**33,9**	**34,5**
2	**12,7**	**14,9**	**13,4**	**13,7**
3 et +	**8,8**	**7,5**	**7,4**	**7,0**
Antécédent d'IVG	**6,5**	**10,6**	**9,2**	**10,4**
Antécédent d'avortement spontané	**12,3**	**14,3**	**14,0**	**14,6**
Antécédent d'IMG	**1,3**	**1,4**	**1,5**	**1,7**
Antécédents périnatals (chez les multipares)				
au moins 1 antécédent périnatal	**8,2**	**9,2**	**8,4**	**10,5**
antécédent de prématurité	**5,7**	**6,6**	**6,1**	**6,9**
antécédent de mort-né	**1,4**	**2,4**	**1,7**	**3,1**
antécédent de mort néonatale	**1,3**	**1,6**	**1,6**	**1,7**
Antécédent de césarienne (chez les multipares)				
1	**11,6**	**17,8**	**18,2**	**17,8**
2 et +	**4,0**	**4,0**	**2,5**	**3,9**

2. Déroulement de la grossesse

La deuxième partie du tableau de bord d'activité du réseau décrit les pratiques de surveillance de la grossesse ainsi les complications de celle-ci.

On note que la première consultation à la maternité a lieu beaucoup plus souvent avant 14 semaines de gestation en Auvergne (atteignant 53 % en 2002) que dans la population générale (30 % depuis 2000). S'agit-il d'une recommandation au sein du réseau ?

En Auvergne les consultations initiales par un généraliste sont globalement plus fréquentes (> 10 %) que dans la population générale, fait en relation avec la situation rurale de cette région.

Les pathologies de la grossesse sont globalement plus fréquentes en Auvergne atteignant environ 40 % des femmes, contre 35 % environ dans la population générale ; alors que la population paraît moins souvent défavorisée et présentant moins souvent des pathologies antérieures à la grossesse (réalité ou sous-déclaration), on doit d'interroger sur ce taux élevé de complications de la grossesse.

On note en particulier que les menaces d'accouchement prématuré (MAP) sont plus fréquentes en Auvergne (autour de 12 à 13 %) contre moins de 10 % dans la population générale. La diminution enregistrée au niveau du Réseau Sentinelle peut être en relation avec la mise en application de méthodes diagnostiques sélectives (diminution des MAP de 10 à 8% entre 1999 et 2002).

On remarque aussi une fréquence très élevée des signes de souffrances fœtales en Auvergne, autour de 7 %, contre 1 à 2 % au sein du Réseau Sentinelle. Un tel résultat doit être rapproché des moyens diagnostiques mis en œuvre, sur-estimant peut-être la gravité des signes.

Ces 2 constatations expliquent certainement en grande partie la fréquence accrue des pathologies de la grossesse enregistrées en Auvergne.

Surveillance de la grossesse

Echantillon des mères	RESEAU AUVERGNE 1999	RESEAU AUVERGNE 2000	RESEAU AUVERGNE 2001	RESEAU AUVERGNE 2002
	(n=2125) Taux bruts %	(n=852) Taux standardisés %	(n=1208) Taux bruts %	(n=1343) Taux standardisés %
Provenance lors du 1er contact à la maternité				
patiente elle-même	-	**59,2**	**56,6**	**63,3**
généraliste	-	**16,7**	**10,3**	**13,0**
gynécologue	-	**23,0**	**30,6**	**20,9**
autre	-	**1,1**	**2,5**	**2,8**
AG à la 1ère consultation à la maternité				
< 14 semaines	**45,2**	**38,3**	**36,0**	**52,8**
14-27 semaines	**22,5**	**25,6**	**22,7**	**25,7**
> 27 semaines	**32,3**	**36,1**	**41,3**	**21,5**
Nombre de consultations à la maternité				
0	**1,4**	**3,8**	**1,9**	**2,9**
1 à 3	**30,1**	**30,8**	**30,8**	**17,1**
4 à 6	**24,3**	**25,2**	**27,3**	**22,1**
7 à 9	**34,2**	**32,8**	**28,2**	**39,1**
≥ 10	**10,0**	**7,4**	**11,8**	**18,8**
Amniocentèse	**9,9**	-	**(6,9)**	**10,0**
chez les femmes ≥ 35 ans	**35,8**	-	**(28,5)**	**36,7**
Hospitalisation	**14,8**	**19,0**	**13,6**	**13,4**
Sage-femme à domicile	**4,4**	**5,2**	**3,3**	**4,9**
Consultation auprès d'un centre DAN	**4,2**	**4,5**	**3,1**	**6,2**
Préparation à la naissance				
Interne à la maternité	-	**31,3**	**24,6**	**19,4**
Externe	-	**7,4**	**3,8**	**5,9**
Mixte	-	**0,4**	**0,0**	**1,3**

- : variable non renseignée

( ) : à interpréter avec précaution soit en raison d'un effectif faible, soit en raison d'un doute sur la qualité des données enregistrées.

Echantillon des mères	RESEAU SENTINELLE 1999	RESEAU SENTINELLE 2000	RESEAU SENTINELLE 2001	RESEAU SENTINELLE 2002
	(n=9422) Taux standardisés %	(n=8948) Taux standardisés %	(n=9773) Taux standardisés %	(n=9244) Taux standardisés %
Provenance lors du 1er contact à la maternité				
patiente elle-même	-	**57,2**	**54,6**	**58,0**
généraliste	-	**11,6**	**8,1**	**9,2**
gynécologue	-	**28,6**	**34,1**	**28,4**
autre	-	**2,6**	**3,2**	**4,4**
AG à la 1ère consultation à la maternité				
< 14 semaines	**35,7**	**29,9**	**31,0**	**30,0**
14-27 semaines	**30,8**	**33,7**	**31,2**	**33,9**
> 27 semaines	**33,5**	**36,4**	**37,8**	**36,1**
Nombre de consultations à la maternité				
0	**0,7**	**7,9**	**4,1**	**10,1**
1 à 3	**31,0**	**29,8**	**30,4**	**24,9**
4 à 6	**26,5**	**25,2**	**25,1**	**26,5**
7 à 9	**29,7**	**26,6**	**27,9**	**29,0**
≥ 10	**12,1**	**10,5**	**12,5**	**9,5**
Amniocentèse	**10,4**	**10,1**	**11,3**	**11,3**
chez les femmes ≥ 35 ans	**35,3**	**32,5**	**36,1**	**36,4**
Hospitalisation	**14,4**	**20,8**	**14,5**	**12,1**
Sage-femme à domicile	**5,4**	**6,3**	**6,1**	**5,7**
Consultation auprès d'un centre DAN	**6,7**	**5,9**	**6,1**	**6,4**
Préparation à la naissance				
Interne à la maternité	-	**35,7**	**34,8**	**28,0**
Externe	-	**7,0**	**7,6**	**8,4**
Mixte	-	**0,4**	**0,6**	**0,4**

- : variable non renseignée

Déroulement de la grossesse

Echantillon des mères	RESEAU AUVERGNE 1999	RESEAU AUVERGNE 2000	RESEAU AUVERGNE 2001	RESEAU AUVERGNE 2002
	(n=2125) Taux bruts %	(n=852) Taux standardisés %	(n=1208) Taux bruts %	(n=1343) Taux standardisés %
Existence d'une pathologie de la grossesse	**42,3**	**40,6**	**35,8**	**41,9**
Pathologies maternelles				
Métrorragies 1er trimestre	**3,4**	**2,4**	**1,6**	**3,0**
Métrorragies 2ème-3ème trimestre	**1,4**	**1,0**	**1,4**	**1,7**
MAP	**12,6**	**11,9**	**11,9**	**13,2**
Hypertension	**4,8**	**5,1**	**4,8**	**5,0**
Diabète	**3,3**	**3,1**	**4,6**	**4,6**
Hydramnios	**1,0**	**0,7**	**0,4**	**0,4**
Oligoamnios sans RPM	**1,3**	**0,7**	**0,7**	**1,0**
Pathologies fœtales				
RCIU (diagnostiqué in utero)	**3,6**	**3,0**	**3,0**	**4,2**
Macrosomie	**0,9**	**1,0**	**0,5**	**0,9**
Signes de souffrance fœtale	**-**	**8,8**	**6,4**	**7,3**

- : variable non renseignée

Echantillon des mères	RESEAU SENTINELLE 1999	RESEAU SENTINELLE 2000	RESEAU SENTINELLE 2001	RESEAU SENTINELLE 2002
	(n=9422) Taux standardisés %	(n=8948) Taux standardisés %	(n=9773) Taux standardisés %	(n=9244) Taux standardisés %
Existence d'une pathologie de la grossesse	**38,5**	**34,8**	**36,0**	**32,8**
Pathologies maternelles				
Métrorragies 1er trimestre	**2,8**	**2,2**	**2,7**	**2,2**
Métrorragies 2ème-3ème trimestre	**1,1**	**1,2**	**1,4**	**1,1**
MAP	**10,3**	**10,0**	**9,5**	**7,9**
Hypertension	**4,1**	**4,0**	**4,4**	**4,0**
Diabète	**2,4**	**2,7**	**3,5**	**3,1**
Hydramnios	**1,1**	**0,9**	**0,7**	**0,7**
Oligoamnios sans RPM	**1,0**	**1,1**	**0,8**	**0,5**
Pathologies fœtales				
RCIU (diagnostiqué in utero)	**2,9**	**2,6**	**2,4**	**2,1**
Macrosomie	**1,5**	**1,6**	**1,1**	**0,7**
Signes de souffrance fœtale	**0,8**	**2,0**	**1,3**	**1,2**

3. Déroulement de l'accouchement et séjour en maternité

La troisième partie du tableau de bord est relative à l'admission pour accoucher, le travail, l'accouchement et le déroulement du séjour de la mère en maternité. Tous les indicateurs sont rapportés aux mères.

La distribution de l'âge gestationnel lors de l'accouchement objective des différences notables entre l'Auvergne et la population du Réseau Sentinelle : Le taux de prématurité (rapporté aux mères) est passé en Auvergne de 5,5 % en 1999 à 7,1 % en 2002, alors que cette progression était plus faible variant de 5,7 % en 1999 à 6,2 % en 2001 et 6,1 % en 2002 dans la population générale. La grande prématurité est passée de 0,7 % en 1999 à 1,5 % en 2002 en Auvergne, alors que cette progression n'a pas eu lieu au sein du réseau Sentinelle (de 1,7% en 1999 à 1,3% en 2002). Le pourcentage de prématurité induite avoisine 30 % en Auvergne (contre 35 à 40 % au sein du RS).

La description du mode d'admission lors de l'accouchement met en évidence un taux de transfert d'une autre maternité qui est passé de 0,3 % à 1,1 % entre 1999 et 2002 en Auvergne, suivant la même progression qu'au sein du Réseau Sentinelle.

Le taux de césarienne avant travail est globalement plus élevé en Auvergne, passant de 8,7 % en 1999 à 12 % en 2002, alors que cette progression est restée un peu pus faible au sein du Réseau Sentinelle (de 7,9 % en 1999 à 9,7 % en 2002). Le taux global de césarienne a plus augmenté en Auvergne que dans la population générale, passant de 16,2 % en 1999 à 20,7 % en Auvergne en 2002, alors que ce taux, partant aussi de 16,2 % a atteint 17,6 % seulement dans la population générale. On doit s'interroger sur les raisons de cette progression particulière qui s'accompagne corrélativement d'une diminution du taux de forceps (changement de pratiques face à certaines situations cliniques, présentation du siège, utérus cicatriciel…)

Le recours à la rachianesthésie est apparu plus tôt en Auvergne (de 11 % en 1999 à 14 % en 2002) que dans l'ensemble de la population (de 8 % en 1999 à 12 % en 2002).

La délivrance est plus souvent assistée en Auvergne (25 %) qu'au sein de la population générale (moins de 20 %). Les épisiotomies sont pratiquées dans la même proportion (autour de 1 femme sur 2), alors qu'une déchirure simple apparaît plus souvent en Auvergne, avec une augmentation notable (de 28 % en 1999 à 40 % en 2002), alors que cette circonstance est passée de 18 % à 26 % au cours de la même période au sein du Réseau Sentinelle. Les déchirures complète ou compliquée sont aussi globalement plus fréquentes en Auvergne (>1%).

On note une progression des hémorragies (> 1 litre) aussi bien en Auvergne (de 1,8 % à 3,3%) qu'au sein du Réseau Sentinelle (de 1,3 % à 3,7 %).

Les complications des suites de couches apparaissent nettement moins élevées en Auvergne que dans la population générale, conduisant à s'interroger sur les modalités de déclaration.

La distribution de la durée de séjour objective des différences importantes, les séjours inférieurs à 5 jours étant passé de 12 % à 20 % en Auvergne, contre une progression de 27 à 36 % au sein du Réseau Sentinelle au cours de la même période. La sortie précoce au sens de l'ANAES (≤ 3 jours en cas d'accouchement par vois basse et ≤ 5 jours en cas de césarienne) a progressé en Auvergne de 1 à 5 % en moyenne entre 1999 et 2002, alors que celle-ci est passée de 3 à 7 % en moyenne au cours de la période au sein du réseau Sentinelle.

Age gestationnel *(Taux rapporté aux mères)*

Echantillon des mères	RESEAU AUVERGNE 1999		RESEAU AUVERGNE 2000		RESEAU AUVERGNE 2001		RESEAU AUVERGNE 2002	
	(n=2125) Taux bruts %		(n=852) Taux standardisés %		(n=1208) Taux bruts %		(n=1343) Taux standardisés %	
Age gestationnel								
≤ 30 semaines	**0,3**		**1,0**		**0,4**		**0,9**	
31	**0,3**		**0,2**		**0,1**		**0,4**	
32	**0,1**		**0,3**		**0,3**		**0,2**	
33	**0,2**	**5,5**	**0,6**	**6,2**	**0,3**	**6,3**	**0,3**	**7,1**
34	**0,8**		**0,5**		**1,5**		**0,4**	
35	**1,2**		**1,0**		**1,5**		**1,2**	
36	**2,6**		**2,6**		**2,2**		**3,7**	
37	**6,3**		**5,7**		**6,0**		**8,3**	
38	**14,2**		**17,0**		**14,7**		**14,7**	
39	**26,2**		**24,8**		**28,2**		**28,2**	
40	**26,5**		**27,3**		**24,7**		**25,8**	
41	**19,5**		**17,7**		**19,3**		**15,4**	
≥ 42 semaines	**1,8**		**1,3**		**0,8**		**0,5**	
Age gestationnel < 37 semaines	**5,5**		**6,2**		**6,3**		**7,1**	
si grossesse unique	**4,7**		**6,0**		**5,8**		**6,5**	
si grossesse multiple	**55,9**		**33,0**		**33,3**		**53,7**	
Age gestationnel < 33 semaines	**0,7**		**1,5**		**0,8**		**1,5**	
si grossesse unique	**0,5**		**1,2**		**0,7**		**1,3**	
si grossesse multiple	**14,7**		**33,0**		**9,5**		**15,4**	
Pourcentage de prématurité induite**	**29,5**		**(20,2)**		**30,8**		**33,0**	
Pourcentage de grande prématurité induite**	**50,0**		**26,7**		**20,0**		**60,9**	

** déclenchement de l'accouchement ou césarienne avant travail, avant terme et en l'absence de RPM

( ) : à interpréter avec précaution soit en raison d'un effectif faible, soit en raison d'un doute sur la qualité des données enregistrées.

Echantillon des mères	RESEAU SENTINELLE 1999		RESEAU SENTINELLE 2000		RESEAU SENTINELLE 2001		RESEAU SENTINELLE 2002	
	(n=9422) Taux standardisés %		(n=8948) Taux standardisés %		(n=9773) Taux standardisés %		(n=9244) Taux standardisés %	
Age gestationnel								
≤ 30 semaines	**1,3**		**0,5**		**0,7**		**0,7**	
31	**0,2**		**0,3**		**0,1**		**0,3**	
32	**0,2**		**0,3**		**0,4**		**0,3**	
33	**0,2**	**5,7**	**0,5**	**5,9**	**0,4**	**6,2**	**0,4**	**6,1**
34	**0,4**		**0,8**		**0,8**		**0,5**	
35	**1,2**		**1,0**		**1,3**		**1,2**	
36	**2,2**		**2,5**		**2,5**		**2,6**	
37	**6,8**		**6,6**		**6,0**		**6,7**	
38	**15,1**		**14,5**		**14,4**		**15,1**	
39	**27,4**		**27,9**		**28,6**		**26,9**	
40	**27,0**		**27,9**		**27,1**		**26,6**	
41	**16,7**		**15,9**		**16,4**		**17,6**	
≥ 42 semaines	**1,2**		**1,2**		**1,4**		**1,0**	
Age gestationnel < 37 semaines	**5,7**		**5,9**		**6,2**		**6,1**	
si grossesse unique	**5,1**		**5,3**		**5,4**		**5,4**	
si grossesse multiple	**42,4**		**55,6**		**44,2**		**44,5**	
Age gestationnel < 33 semaines	**1,2**		**1,1**		**1,2**		**1,3**	
si grossesse unique	**1,1**		**1,0**		**1,0**		**1,3**	
si grossesse multiple	**11,5**		**15,8**		**10,2**		**16,3**	
Pourcentage de prématurité induite**	**42,4**		**34,7**		**37,4**		**35,5**	
Pourcentage de grande prématurité induite**	**60,9**		**43,4**		**55,9**		**44,2**	

** déclenchement de l'accouchement ou césarienne avant travail, avant terme et en l'absence de RPM

Admission et travail

Echantillon des mères	RESEAU AUVERGNE 1999	RESEAU AUVERGNE 2000	RESEAU AUVERGNE 2001	RESEAU AUVERGNE 2002
	(n=2125) Taux bruts %	(n=852) Taux standardisés %	(n=1208) Taux bruts %	(n=1343) Taux standardisés %
Mode d'entrée				
domicile	**97,7**	**97,8**	**97,0**	**94,8**
mutation	**1,8**	**1,0**	**1,5**	**3,1**
transfert	**0,3**	**0,3**	**0,6**	**1,1**
domicile après orientation (par sa maternité d'origine vers une maternité de référence)	**0,0**	**0,2**	**0,2**	**0,0**
autre	**0,2**	**0,7**	**0,7**	**1,0**
Etat des membranes				
intactes ou rompues (avec mise en travail)	**90,5**	**95,5**	**91,4**	**89,8**
rompues avec travail retardé (RPM)	**9,5**	**4,5**	**8,6**	**10,2**
Mode de début (du travail)				
spontané	**68,8**	**73,2**	**72,8**	**71,2**
déclenchement artificiel	**22,5**	**17,9**	**17,4**	**16,8**
césarienne avant travail	**8,7**	**8,9**	**9,8**	**12,0**
si déclenchement, motif *				
accouchement programmé	**6,5**	**4,2**	**2,3**	**2,2**
grossesse prolongée	**4,2**	**4,0**	**4,7**	**1,6**
pathologie maternelle	**3,3**	**1,7**	**2,8**	**2,2**
pathologie fœtale (et mort in utero)	**1,6**	**1,4**	**1,1**	**1,6**
RPM sans contraction	**4,0**	**1,2**	**3,4**	**4,9**
autre	**2,9**	**5,4**	**3,1**	**4,3**
Existence d'une pathologie du travail	**14,9**	**8,6**	**12,4**	**17,0**

* pourcentages rapportés aux accouchements par déclenchement artificiel

Echantillon des mères	RESEAU SENTINELLE 1999	RESEAU SENTINELLE 2000	RESEAU SENTINELLE 2001	RESEAU SENTINELLE 2002
	(n=9422) Taux standardisés %	(n=8948) Taux standardisés %	(n=9773) Taux standardisés %	(n=9244) Taux standardisés %
Mode d'entrée				
domicile	**97,4**	**95,9**	**94,9**	**94,7**
mutation	**1,5**	**2,1**	**3,5**	**3,3**
transfert	**0,5**	**0,4**	**0,8**	**1,1**
domicile après orientation (par sa maternité d'origine vers une maternité de référence)	**0,1**	**0,4**	**0,2**	**0,3**
autre	**0,5**	**1,2**	**0,6**	**0,6**
Etat des membranes				
intactes ou rompues (avec mise en travail)	**91,1**	**90,9**	**90,3**	**89,0**
rompues avec travail retardé (RPM)	**8,9**	**9,1**	**9,7**	**11,0**
Mode de début (du travail)				
spontané	**71,2**	**72,7**	**70,5**	**70,1**
déclenchement artificiel	**20,9**	**19,6**	**20,5**	**20,2**
césarienne avant travail	**7,9**	**7,7**	**9,0**	**9,7**
si déclenchement, motif *				
accouchement programmé	**7,2**	**7,6**	**6,3**	**4,7**
grossesse prolongée	**4,0**	**3,3**	**3,2**	**3,1**
pathologie maternelle	**2,4**	**2,2**	**3,7**	**3,4**
pathologie fœtale (et mort in utero)	**1,9**	**1,6**	**1,9**	**2,0**
RPM sans contraction	**3,4**	**3,2**	**3,5**	**4,0**
autre	**2,0**	**1,7**	**1,9**	**3,0**
Existence d'une pathologie du travail	**18,6**	**17,5**	**19,6**	**20,7**

* pourcentages rapportés aux accouchements par déclenchement artificiel

Déroulement de l'accouchement

Echantillon des mères	RESEAU AUVERGNE 1999	RESEAU AUVERGNE 2000	RESEAU AUVERGNE 2001	RESEAU AUVERGNE 2002
	(n=2125) Taux bruts %	(n=852) Taux standardisés %	(n=1208) Taux bruts %	(n=1343) Taux standardisés %
Présentation				
sommet	**94,9**	**96,0**	**93,9**	**94,7**
siège	**4,3**	**3,4**	**5,2**	**4,6**
autre	**0,8**	**0,6**	**0,9**	**0,7**
Mode d'accouchement				
voie basse spontanée	**67,2**	**67,2**	**69,2**	**65,3**
intervention voie basse	**16,6**	**15,5**	**12,5**	**14,0**
césarienne	**16,2**	**17,3**	**18,3**	**20,7**
Intervention voie basse*				
forceps	**5,3**	**4,6**	**4,1**	**2,6**
spatules	**0,7**	**0,8**	**0,6**	**0,6**
ventouse	**9,9**	**9,7**	**7,4**	**10,5**
extraction siège	**0,5**	**0,4**	**0,3**	**0,0**
autre	**0,2**	**0,0**	**0,1**	**0,3**
Durée du travail de 5 cm à dilatation complète				
≤ 1h	**25,0**	**28,6**	**26,3**	**25,2**
2h-3h	**42,8**	**44,3**	**44,2**	**43,9**
4h-5h	**19,7**	**21,5**	**19,5**	**20,5**
≥ 6h	**12,5**	**5,6**	**10,0**	**10,4**

* pourcentages rapportés aux accouchements par intervention voie basse

Echantillon des mères	RESEAU SENTINELLE 1999	RESEAU SENTINELLE 2000	RESEAU SENTINELLE 2001	RESEAU SENTINELLE 2002
	(n=9422) Taux standardisés %	(n=8948) Taux standardisés %	(n=9773) Taux standardisés %	(n=9244) Taux standardisés %
Présentation				
sommet	**94,6**	**94,6**	**93,9**	**94,9**
siège	**4,1**	**4,4**	**5,2**	**4,2**
autre	**1,3**	**1,0**	**0,9**	**0,9**
Mode d'accouchement				
voie basse spontanée	**67,2**	**68,7**	**68,1**	**69,2**
intervention voie basse	**16,6**	**14,9**	**14,3**	**13,2**
césarienne	**16,2**	**16,4**	**17,6**	**17,6**
Intervention voie basse*				
forceps	**8,0**	**6,8**	**6,6**	**6,6**
spatules	**3,8**	**2,3**	**2,9**	**2,5**
ventouse	**3,9**	**5,0**	**4,1**	**3,7**
extraction siège	**0,4**	**0,5**	**0,3**	**0,2**
autre	**0,5**	**0,3**	**0,4**	**0,2**
Durée du travail de 5 cm à dilatation complète				
≤ 1h	**38,0**	**36,6**	**37,4**	**36,7**
2h-3h	**41,1**	**42,8**	**41,4**	**41,8**
4h-5h	**13,5**	**15,4**	**15,2**	**14,5**
≥ 6h	**7,4**	**5,2**	**6,0**	**7,0**

* pourcentages rapportés aux accouchements par intervention voie basse

Anesthésie

Echantillon des mères	RESEAU AUVERGNE 1999	RESEAU AUVERGNE 2000	RESEAU AUVERGNE 2001	RESEAU AUVERGNE 2002
	(n=2125) Taux bruts %	(n=852) Taux standardisés %	(n=1208) Taux bruts %	(n=1343) Taux standardisés %
Type d'anesthésie				
aucune	**25,2**	**31,0**	**26,3**	**24,7**
péridurale	**59,9**	**51,5**	**60,3**	**58,3**
rachianesthésie	**10,6**	**12,8**	**10,8**	**14,2**
générale	**2,6**	**1,7**	**1,0**	**1,2**
locale	**1,7**	**2,7**	**1,3**	**1,3**
autre	**0,0**	**0,3**	**0,3**	**0,3**
Moment de l'anesthésie				
si péridurale				
début de travail	**-**	**98,1**	**95,0**	**98,5**
pour intervention voie basse	**-**	**1,3**	**0,3**	**0,8**
pour césarienne	**-**	**0,6**	**4,7**	**0,7**
si rachianesthésie				
début de travail	**-**	**12,2**	**19,0**	**10,7**
pour intervention voie basse	-	**2,6**	**1,9**	**2,7**
pour césarienne	-	**85,2**	**79,1**	**86,6**

- : variable non renseignée

Echantillon des mères	RESEAU SENTINELLE 1999	RESEAU SENTINELLE 2000	RESEAU SENTINELLE 2001	RESEAU SENTINELLE 2002
	(n=9422) Taux standardisés %	**(n=8948) Taux standardisés %**	**(n=9773) Taux standardisés %**	**(n=9244) Taux standardisés %**
Type d'anesthésie				
aucune	**26,2**	**29,8**	**25,0**	**25,1**
péridurale	**57,1**	**56,5**	**61,7**	**60,2**
rachianesthésie	**8,0**	**9,9**	**10,0**	**11,6**
générale	**4,7**	**2,3**	**2,0**	**1,7**
locale	**2,2**	**1,2**	**1,0**	**1,0**
autre	**1,8**	**0,3**	**0,3**	**0,4**
Moment de l'anesthésie				
si péridurale				
début de travail	**-**	**95,1**	**97,2**	**97,8**
pour intervention voie basse	**-**	**2,9**	**0,9**	**1,2**
pour césarienne	**-**	**2,0**	**1,9**	**1,0**
si rachianesthésie				
début de travail	**-**	**16,6**	**14,4**	**12,9**
pour intervention voie basse	-	**1,9**	**2,6**	**1,8**
pour césarienne	-	**81,5**	**83,0**	**85,3**

- : variable non renseignée

Délivrance

Echantillon des mères	RESEAU AUVERGNE 1999	RESEAU AUVERGNE 2000	RESEAU AUVERGNE 2001	RESEAU AUVERGNE 2002
	(n=2125) Taux bruts %	(n=852) Taux standardisés %	(n=1208) Taux bruts %	(n=1343) Taux standardisés %
Mode de délivrance				
naturelle	**(92,1)**	**77,2**	**72,2**	**72,4**
dirigée	**(2,0)**	**19,5**	**25,2**	**24,6**
artificielle	**(5,9)**	**3,3**	**2,6**	**3,0**
Episiotomie	**52,6**	**52,0**	**53,8**	**49,2**
Déchirure périnéale				
simple	**28,0**	**31,9**	**36,2**	**39,7**
complète	**1,3**	**2,4**	**1,4**	**1,2**
compliquée	**0,1**	**0,3**	**0,1**	**0,1**
Lésions traumatiques				
déchirure vaginale	**-**	**3,3**	**4,1**	**9,1**
déchirure cervicale	**-**	**0,3**	**0,0**	**0,0**
thrombus	**-**	**0,0**	**0,2**	**0,0**
autre	**-**	**1,8**	**2,2**	**3,4**
Hémorragie > 1l	**1,8**	**3,4**	**2,5**	**3,3**
Actes associés				
révision utérine isolée	**6,8**	**6,4**	**8,6**	**12,5**

- : variable non renseignée
( ) : à interpréter avec précaution soit en raison d'un effectif faible, soit en raison d'un doute sur la qualité des données enregistrées.

Echantillon des mères	RESEAU SENTINELLE 1999	RESEAU SENTINELLE 2000	RESEAU SENTINELLE 2001	RESEAU SENTINELLE 2002
	(n=9422) Taux standardisés %	(n=8948) Taux standardisés %	(n=9773) Taux standardisés %	(n=9244) Taux standardisés %
Mode de délivrance				
naturelle	**82,0**	**77,1**	**76,7**	**73,9**
dirigée	**13,8**	**17,8**	**18,2**	**21,3**
artificielle	**4,2**	**5,1**	**5,1**	**4,8**
Episiotomie	**53,5**	**49,5**	**47,7**	**49,5**
Déchirure périnéale				
simple	**17,8**	**26,8**	**23,8**	**26,1**
complète	**0,5**	**0,9**	**0,5**	**0,5**
compliquée	**0,0**	**0,2**	**0,2**	**0,1**
Lésions traumatiques				
déchirure vaginale	**2,2**	**3,8**	**5,6**	**5,1**
déchirure cervicale	**0,7**	**0,4**	**0,1**	**0,6**
thrombus	**0,5**	**0,0**	**0,1**	**0,0**
autre	**1,6**	**1,6**	**2,1**	**1,9**
Hémorragie > 1l	**1,3**	**2,7**	**2,2**	**3,7**
Actes associés				
révision utérine isolée	**8,5**	**6,7**	**10,3**	**9,6**

Etat de la mère en suites de couches

Echantillon des mères	RESEAU AUVERGNE 1999	RESEAU AUVERGNE 2000	RESEAU AUVERGNE 2001	RESEAU AUVERGNE 2002
	(n=2125) Taux bruts %	(n=852) Taux standardisés %	(n=1208) Taux bruts %	(n=1343) Taux standardisés %
Existence d'une pathologie	**9,4**	**6,8**	**5,4**	**5,7**
Sortie de la mère				
domicile bonne santé	**98,6**	**98,6**	**99,4**	**98,9**
transfert ou mutation	**0,3**	**0,2**	**0,4**	**0,8**
contre avis médical	**0,1**	**0,7**	**0,0**	**0,2**
autre	**1,0**	**0,5**	**0,2**	**0,1**
Durée du séjour				
≤ 4 jours	**12,1**	**15,1**	**20,7**	**20,1**
5 jours	**41,9**	**38,2**	**36,9**	**34,5**
6 jours	**21,9**	**21,1**	**18,8**	**21,3**
7 jours	**11,0**	**12,6**	**10,5**	**11,8**
≥ 8 jours	**13,1**	**13,0**	**13,1**	**12,3**
Durée du séjour en cas d'accouchement par voie basse				
≤ 4 jours	**14,2**	**18,0**	**25,1**	**24,7**
5 jours	**49,9**	**46,2**	**44,3**	**42,2**
6 jours	**23,8**	**22,8**	**19,6**	**21,8**
7 jours	**7,6**	**8,4**	**6,6**	**5,9**
≥ 8 jours	**4,5**	**4,6**	**4,4**	**5,4**
Durée du séjour en cas d'accouchement par césarienne				
≤ 4 jours	**2,5**	**0,8**	**0,9**	**2,4**
5 jours	**2,5**	**0,7**	**3,6**	**5,1**
6 jours	**9,5**	**13,0**	**15,5**	**19,0**
7 jours	**28,6**	**32,4**	**27,7**	**34,7**
≥ 8 jours	**56,9**	**53,1**	**52,3**	**38,8**
Sortie précoce* **				
≤ 3j avec accouchement par voie basse	**0,9**	**1,5**	**3,5**	**5,6**
≤ 5j avec accouchement par césarienne	**1,0**	**0,7**	**2,0**	**4,8**

*** avec retour de la mère et du nouveau-né au domicile en bonne santé (définition ANAES)

Echantillon des mères	RESEAU SENTINELLE 1999	RESEAU SENTINELLE 2000	RESEAU SENTINELLE 2001	RESEAU SENTINELLE 2002
	(n=9422) Taux standardisés %	(n=8948) Taux standardisés %	(n=9773) Taux standardisés %	(n=9244) Taux standardisés %
Existence d'une pathologie	**9,4**	**12,1**	**14,5**	**15,1**
Sortie de la mère				
domicile bonne santé	**98,8**	**99,0**	**98,5**	**98,2**
transfert ou mutation	**0,8**	**0,6**	**0,9**	**1,4**
contre avis médical	**0,0**	**0,2**	**0,2**	**0,2**
autre	**0,4**	**0,2**	**0,4**	**0,2**
Durée du séjour				
≤ 4 jours	**27,2**	**27,3**	**32,2**	**35,6**
5 jours	**31,4**	**31,6**	**31,0**	**29,8**
6 jours	**19,8**	**18,3**	**15,8**	**17,1**
7 jours	**10,2**	**10,8**	**9,6**	**8,4**
≥ 8 jours	**11,4**	**12,0**	**11,4**	**9,1**
Durée du séjour en cas d'accouchement par voie basse				
≤ 4 jours	**32,8**	**31,2**	**38,3**	**42,5**
5 jours	**36,0**	**37,0**	**36,1**	**34,3**
6 jours	**18,8**	**18,8**	**15,3**	**15,5**
7 jours	**7,1**	**7,7**	**6,0**	**4,6**
≥ 8 jours	**5,2**	**5,3**	**4,3**	**3,1**
Durée du séjour en cas d'accouchement par césarienne				
≤ 4 jours	**3,5**	**4,3**	**2,5**	**2,7**
5 jours	**3,5**	**4,6**	**6,8**	**8,9**
6 jours	**13,9**	**17,1**	**17,9**	**24,3**
7 jours	**32,8**	**27,4**	**27,4**	**26,5**
≥ 8 jours	**46,3**	**46,6**	**45,9**	**37,6**
Sortie précoce* **				
≤ 3j avec accouchement par voie basse	**4,1**	**5,0**	**5,2**	**7,8**
≤ 5j avec accouchement par césarienne	**2,5**	**5,1**	**4,4**	**5,8**

*** avec retour de la mère et du nouveau-né au domicile en bonne santé (définition ANAES)

4. Etat du nouveau-né

La quatrième partie du tableau de bord concerne l'état de l'enfant à la naissance.

Tous les indicateurs sont rapportés aux enfants (grossesses uniques et multiples réunies).

On observe une importante augmentation de la prématurité (< 37 semaines) qui est passée de 6,3% en 1999 à 7% en 2001 et 7,8% en 2002, tendance qui n'est pas observée au sein du réseau Sentinelle, ce taux n'ayant pas varié au cours de la période (autour de 7%). Le résultat élevé observé en Auvergne en 2002 nécessiterait d'être confirmé ou infirmé les années suivantes.

Quant à la grande prématurité, elle apparaît fluctuante au cours du temps (peut-être en relation avec la faiblesse des effectifs) et atteindrait 1,7% des enfants en Auvergne en 2002, niveau comparable à celui du réseau Sentinelle (1,6% en 2002).

On note aussi une augmentation du taux de morbi-mortalité néonatale précoce (décès ou transfert en réanimation ou chirurgie) qui est passé de 2,6% en 1999 à 3,8% en 2002, alors q'une telle progression n'est pas observée au sein du réseau Sentinelle.

Etat de l'enfant (Taux rapportés aux enfants)

Echantillon des enfants	**RESEAU AUVERGNE 1999**	**RESEAU AUVERGNE 2000**	**RESEAU AUVERGNE 2001**	**RESEAU AUVERGNE 2002**
	(n=2160) Taux bruts %	**(n=861) Taux standardisés %**	**(n=1232) Taux bruts %**	**(n=1362) Taux standardisés %**
Sexe masculin	**50,7**	**51,7**	**51,4**	**52,4**
Apgar ≤ 7 à 1mn	**-**	**7,5**	**7,7**	**9,3**
≤ 7 à 5 mn	**4,3**	**4,1**	**2,6**	**3,5**
Réanimation	**3,3**	**3,7**	**4,4**	**4,8**
Prématurité ***âge gest. < 37 semaines***	**6,3**	**6,4**	**7,0**	**7,8**
Grande prématurité ***âge gest. < 33 semaines***	**0,9**	**1,7**	**1,0**	**1,7**
Hypotrophie fœtale ***(courbes AUDIPOG)***	**7,3**	**5,9**	**7,1**	**5,8**
Restriction de croissance ***(définition AUDIPOG)***	**6,5**	**5,0**	**5,8**	**5,2**
Existence d'une pathologie	**22,0**	**24,4**	**19,8**	**25,1**
Allaitement maternel en fin de séjour	**40,2**	**38,5**	**43,6**	**43,9**
Transfert (ou mutation)				
immédiat	**5,5**	**3,3**	**7,1**	**6,0**
différé	**2,1**	**4,2**	**2,2**	**2,4**
Lieu du transfert (ou mutation)				
réanimation ou chirurgie	**2,0**	**3,0**	**2,6**	**3,5**
médecine néonatale ou autre	**5,6**	**4,6**	**6,7**	**4,9**
Décès in utero ou en salle de naissance	**0,6**	**0,4**	**0,2**	**0,4**
Morbi-mortalité néonatale précoce				
décès ou transfert réanimation ou chirurgie	**2,6**	**3,3**	**2,8**	**3,8**
décès ou tout transfert	**8,2**	**7,9**	**9,5**	**8,7**
Poids de Naissance				
< 1500 g	**0,8**	**1,0**	**0,8**	**1,1**
1500-2499 g	**6,6**	**5,7**	**7,3**	**6,2**
2500-3999 g	**86,0**	**86,5**	**84,1**	**87,3**
≥ 4000 g	**6,6**	**6,8**	**7,8**	**5,4**
Poids (m±σ)	**3226 ± 534 g**	**3245 ± 545 g**	**3233 ± 548 g**	**3215 ± 542 g**
Taille (m±σ)	**49,5 ± 2,3 cm**	**49,6 ± 2,2 cm**	**49,5 ± 2,3 cm**	**49,4 ± 2,2 cm**
Périmètre crânien (m±σ)	**34,3 ± 1,6 cm**	**34,4 ± 1,6 cm**	**34,3 ± 1,6 cm**	**34,2 ± 1,6 cm**

- : variable non renseignée

Echantillon des enfants	RESEAU SENTINELLE 1999	RESEAU SENTINELLE 2000	RESEAU SENTINELLE 2001	RESEAU SENTINELLE 2002
	(n=9604) Taux standardisés %	(n=9118) Taux standardisés %	(n=10010) Taux standardisés %	(n=9442) Taux standardisés %
Sexe masculin	**52,8**	**52,7**	**51,8**	**52,0**
Apgar ≤ 7 à 1mn	**8,1**	**7,4**	**6,7**	**7,4**
≤ 7 à 5 mn	**2,0**	**2,0**	**2,0**	**2,4**
Réanimation	**6,0**	**5,3**	**5,4**	**4,6**
Prématurité ***âge gest. < 37 semaines***	**7,1**	**7,2**	**7,2**	**7,1**
Grande prématurité ***âge gest. < 33 semaines***	**1,5**	**1,3**	**1,4**	**1,6**
Hypotrophie fœtale ***(courbes AUDIPOG)***	**4,0**	**4,5**	**4,9**	**5,1**
Restriction de croissance ***(définition AUDIPOG)***	**5,3**	**4,4**	**5,3**	**5,0**
Existence d'une pathologie	**24,4**	**27,6**	**25,5**	**22,5**
Allaitement maternel en fin de séjour	**45,8**	**50,4**	**52,4**	**55,5**
Transfert (ou mutation)				
immédiat	**7,2**	**8,8**	**6,7**	**6,5**
différé	**1,8**	**1,9**	**1,6**	**1,2**
Lieu du transfert (ou mutation)				
réanimation ou chirurgie	**3,0**	**2,6**	**2,1**	**2,3**
médecine néonatale ou autre	**6,1**	**8,1**	**6,2**	**5,5**
Décès in utero ou en salle de naissance	**0,5**	**0,5**	**0,4**	**0,5**
Morbi-mortalité néonatale précoce				
décès ou transfert réanimation ou chirurgie	**3,5**	**2,4**	**2,4**	**2,5**
décès ou tout transfert	**9,5**	**11,1**	**8,7**	**8,2**
Poids de Naissance				
< 1500 g	**1,2**	**1,0**	**1,2**	**1,2**
1500-2499 g	**5,8**	**5,5**	**6,5**	**5,8**
2500-3999 g	**86,4**	**86,3**	**85,0**	**86,2**
≥ 4000 g	**6,6**	**7,2**	**7,3**	**6,8**
Poids (m±σ)	**3250 ± 558 g**	**3272 ± 543 g**	**3249 ± 563 g**	**3285 ± 529 g**
Taille (m±σ)	**49,5 ± 2,5 cm**	**49,6 ± 2,4 cm**	**49,7 ± 2,4 cm**	**49,7 ± 2,4 cm**
Périmètre crânien (m±σ)	**34,3 ± 2,2 cm**	**34,4 ± 1,6 cm**	**34,4 ± 1,6 cm**	**34,4 ± 1,5 cm**

5. Indicateurs de santé chez les femmes « à bas risque »

Les pratiques et les résultats dans une maternité dépendent des caractéristiques socio-démographiques des femmes et de leurs antécédents médicaux, gynécologiques et obstétricaux, ainsi que de leur pathologie en cours de grossesse.

Une façon de tenir compte du profil des patientes (variables de recrutement) est de constituer « des groupes homogènes de patientes » se présentant comme à bas risque à l'entrée, en cours de grossesse ou lors de l'admission pour l'accouchement.

Ainsi, la définition d'un groupe de patientes « à bas risque » permet de confronter les indicateurs de pratiques et de résultats d'une maternité en gommant l'effet « niveau de recrutement ».

La définition AUDIPOG retenue -très exigeante- assure une parfaite homogénéité des femmes dans ce groupe et permet d'atteindre des taux planchers au niveau des pratiques et des résultats.

Primipares « à bas risque »	**Multipares « à bas risque »**
Age ≥18 et <35	Age ≥18 et <35
Absence d'antécédent médical ou gynécologique nécessitant une surveillance particulière	Absence d'antécédent médical ou gynécologique nécessitant une surveillance particulière
	Absence d'antécédent néonatal : ni prématurité, ni mort né, ni mort néonatale
	Absence d'utérus cicatriciel
Absence de pathologie au cours de la grossesse	Absence de pathologie au cours de la grossesse
Grossesse unique	Grossesse unique
Présentation céphalique	Présentation céphalique

Les deux sous-groupes de primipares « à bas risque » et de multipares « à bas risque » sont constitués à partir de l'ensemble des dossiers comprenant toutes les variables nécessaires à l'application de la définition précédente.

On note que le taux de césarienne chez les primipares à bas risque, partant d'un niveau comparable dans les 2 réseaux en 1999-2000, a atteint 12,3% en Auvergne en 2001-2002 contre 11,7 % au sein du Réseau Sentinelle en 2002. On observe la même évolution chez les multipares à bas risque.

Indicateurs chez les primipares « à bas risque »

Echantillon des mères	**RESEAU AUVERGNE 1999 - 2000**	**RESEAU AUVERGNE 2001 - 2002**
	Primipares « à bas risque » (n=476) Taux standardisés %	**Primipares « à bas risque » (n=429) Taux standardisés %**
Indicateurs de pratiques		
Age gestationnel lors de la 1ère consultation à la maternité < 14 semaines	**44,0**	**42,9**
Mode de début de travail		
Spontané	**77,4**	**82,6**
Déclenchement artificiel	**21,3**	**14,5**
Césarienne avant travail	**1,3**	**2,9**
Mode d'accouchement		
Voie basse spontanée	**61,0**	**63,5**
Intervention voie basse	**29,9**	**24,2**
Césarienne	**9,1**	**12,3**
Anesthésie		
Péridurale	**77,3**	**77,2**
Rachianesthésie	**2,0**	**5,9**
Générale	**0,7**	**0,8**
Indicateurs de résultats		
Prématurité (< 37 SA)	**2,3**	**3,0**
Apgar ≤ 7 à 5mn	**3,1**	**2,5**
Hypotrophie *(courbes AUDIPOG)*	**8,1**	**5,8**
Restriction de croissance *(def. AUDIPOG)*	**4,5**	**3,3**
Réanimation	**4,1**	**5,8**
Transfert ou mutation		
Immédiat	**1,7**	**3,6**
Différé	**2,5**	**1,7**

Echantillon des mères	**RESEAU SENTINELLE 1999**	**RESEAU SENTINELLE 2000**	**RESEAU SENTINELLE 2001**	**RESEAU SENTINELLE 2002**
	Primipares « à bas risque » (n=1372) Taux standardisés %	**Primipares « à bas risque » (n=1559) Taux standardisés %**	**Primipares « à bas risque » (n=2416) Taux standardisés %**	**Primipares « à bas risque » (n=2835) Taux standardisés %**
Indicateurs de pratiques				
Age gestationnel lors de la 1ère consultation à la maternité < 14 semaines	**33,7**	**26,5**	**28,0**	**32,0**
Mode de début de travail				
Spontané	**77,7**	**83,2**	**77,9**	**77,5**
Déclenchement artificiel	**21,1**	**15,2**	**19,6**	**19,5**
Césarienne avant travail	**1,2**	**1,6**	**2,5**	**3,0**
Mode d'accouchement				
Voie basse spontanée	**62,4**	**66,9**	**63,5**	**63,8**
Intervention voie basse	**29,2**	**23,0**	**24,9**	**24,5**
Césarienne	**8,4**	**10,1**	**11,6**	**11,7**
Anesthésie				
Péridurale	**69,6**	**67,4**	**74,4**	**76,4**
Rachianesthésie	**4,8**	**4,1**	**4,4**	**5,3**
Générale	**2,1**	**2,0**	**1,5**	**1,2**
Indicateurs de résultats				
Prématurité (< 37 SA)	**2,5**	**2,9**	**2,6**	**3,5**
Apgar ≤ 7 à 5mn	**1,6**	**1,5**	**1,3**	**1,9**
Hypotrophie *(courbes AUDIPOG)*	**4,5**	**3,6**	**4,2**	**4,6**
Restriction de croissance *(def. AUDIPOG)*	**5,0**	**2,8**	**3,2**	**3,3**
Réanimation	**4,9**	**4,7**	**5,6**	**5,6**
Transfert ou mutation				
Immédiat	**4,4**	**4,1**	**3,7**	**2,4**
Différé	**1,3**	**1,5**	**1,8**	**1,1**

Indicateurs chez les multipares « à bas risque »

Echantillon des mères	**RESEAU AUVERGNE 1999 - 2000**	**RESEAU AUVERGNE 2001 - 2002**
	Multipares « à bas risque » (n=199) Taux standardisés %	**Multipares « à bas risque » (n=173) Taux standardisés %**
Indicateurs de pratiques		
Age gestationnel lors de la 1ère consultation à la maternité < 14 semaines	**51,9**	**39,5**
Mode de début de travail		
Spontané	**83,2**	**79,9**
Déclenchement artificiel	**14,9**	**16,7**
Césarienne avant travail	**1,9**	**3,5**
Mode d'accouchement		
Voie basse spontanée	**89,5**	**89,9**
Intervention voie basse	**6,1**	**4,0**
Césarienne	**4,4**	**6,2**
Anesthésie		
Péridurale	**54,7**	**63,1**
Rachianesthésie	**0,9**	**5,1**
Générale	**1,1**	**0,0**
Indicateurs de résultats		
Prématurité (< 37 SA)	**(0,0)**	**0,6**
Apgar ≤ 7 à 5mn	**1,6**	**0,6**
Hypotrophie *(courbes AUDIPOG)*	**4,1**	**2,2**
Restriction de croissance *(def. AUDIPOG)*	**4,9**	**2,9**
Réanimation	**1,5**	**1,2**
Transfert ou mutation		
Immédiat	**1,5**	**1,2**
Différé	**0,5**	**0,6**

( ) : à interpréter avec précaution soit en raison d'un effectif faible, soit en raison d'un doute sur la qualité des données enregistrées.

Echantillon des mères	RESEAU SENTINELLE 1999	RESEAU SENTINELLE 2000	RESEAU SENTINELLE 2001	RESEAU SENTINELLE 2002
	Multipares « à bas risque » (n=972) Taux standardisés %	Multipares « à bas risque » (n=1043) Taux standardisés %	Multipares « à bas risque » (n=1689) Taux standardisés %	Multipares « à bas risque » (n=1539) Taux standardisés %
Indicateurs de pratiques				
Age gestationnel lors de la 1ère consultation à la maternité < 14 semaines	**39,9**	**27,4**	**26,9**	**30,7**
Mode de début de travail				
Spontané	**83,0**	**79,1**	**80,0**	**83,5**
Déclenchement artificiel	**16,2**	**20,5**	**19,0**	**15,8**
Césarienne avant travail	**0,8**	**0,4**	**1,0**	**0,7**
Mode d'accouchement				
Voie basse spontanée	**92,6**	**94,2**	**93,0**	**92,9**
Intervention voie basse	**5,8**	**3,3**	**4,1**	**4,6**
Césarienne	**1,7**	**2,5**	**2,9**	**2,5**
Anesthésie				
Péridurale	**47,4**	**43,3**	**51,3**	**53,5**
Rachianesthésie	**1,6**	**3,0**	**2,7**	**1,9**
Générale	**0,6**	**0,6**	**0,3**	**0,3**
Indicateurs de résultats				
Prématurité (< 37 SA)	**1,2**	**1,2**	**2,2**	**3,1**
Apgar ≤ 7 à 5mn	**0,2**	**0,7**	**0,8**	**1,2**
Hypotrophie *(courbes AUDIPOG)*	**1,6**	**1,5**	**2,5**	**2,7**
Restriction de croissance *(def. AUDIPOG)*	**3,6**	**1,5**	**3,2**	**2,8**
Réanimation	**2,4**	**3,2**	**2,2**	**3,5**
Transfert ou mutation				
Immédiat	**2,8**	**2,6**	**2,0**	**1,3**
Différé	**1,9**	**1,0**	**1,3**	**0,9**

IV. Evaluation de l'impact de la politique de réseau

La mise en place du réseau périnatal a conduit à une charte de réseau précisant un certain nombre de recommandations professionnelles dont il convient d'évaluer l'effet sur les pratiques médicales.

Les principales recommandations, étudiées ici, concernaient :

- *L'orientation et le transfert des femmes enceintes* vers les lieux de prise en charge adaptés à leur niveau de risque, c'est à dire en cas de :

  . risque de naissance prématurée < 33 semaines ou de petit poids < 1 500 g : orientation ou transfert vers une maternité de niveau III

  . risque de naissance prématurée entre 33 et 34 semaines : orientation ou transfert vers une maternité de niveau II

  . grossesse multiple : orientation ou transfert vers une maternité de niveau II ou III

  . orientation des femmes enceintes « à bas risque » vers des maternités de proximité de niveau I (sans service de néonatologie).

- *Les modalités de surveillance prénatale :* recommandation de surveillance des femmes enceintes en ville, par les médecins généralistes, gynécologues médicaux ou les services de PMI en début de grossesse

- Les p*ratiques de prise en charge* des femmes enceintes face à certaines situations cliniques : corticothérapie anténatale en cas de risque d'accouchement avant 34 semaines de gestation

Cette partie présente les résultats de cette mesure de l'impact de l'organisation en réseau sur les pratiques professionnelles sous 3 axes :

- Qui accouche où, qui naît où ?

- Quelles sont les proportions de femmes orientées ou transférées selon la maternité de naissance (niveau I, II, ou III)

- Observe-t-on des modifications des pratiques professionnelles suite à ces recommandations ?

Concernant l'orientation des grossesses multiples vers une maternité de niveau II ou III, on observe que le pourcentage de femmes ayant une grossesse multiple et accouchant en niveau II ou III a augmenté entre 1999 et 2000-2001 (de 68,6 à 74 %) pour revenir à sa valeur initiale en 2002 (66,0). Cette évolution peut être le résultat d'un manque de place, notamment en niveau III mais aussi le reflet de la perception de certains que l'orientation des grossesses multiples vers une maternité de niveau II ou III est une surmédicalisation de la grossesse. Au niveau national, en 2002, cette proportion est de 80 %.

Concernant l'orientation des femmes à haut risque d'accoucher très prématurément avant 33 semaines (ou d'un enfant de moins de 1 500 g) vers une maternité de niveau III, on observe une très forte augmentation du pourcentage d'enfants grands prématurés (< 33 semaines) naissant dans une maternité de niveau III, de 44,8 % en 1999 à 57,7 % en 2000-2001 et 80,2 % en 2002. Au niveau national, ces chiffres étaient de 80% en 1999, pour décroître ensuite à 71 % en 2000, 67 % en 2001 et 66 % en 2002. On note donc une très bonne adhésion des professionnels d'Auvergne à cette recommandation majeure de la politique de réseau.

La tendance est moins nette lorsqu'il s'agit du poids de naissance < 1 500g : le pourcentage d'enfants de moins de 1 500 g naissant en niveau III étant resté stable, autour de 85 %.

Concernant le transfert materno-fœtal en cas de nécessité d'une hospitalisation du nouveau-né à la naissance, afin d'éviter les transferts postnatals, les informations étant recueillies dans les maternités d'accouchement reflètent ce qui est enregistré par celles-ci : on constate une relative stabilité des orientations et transferts effectués par une maternité de niveau I vers une maternité de niveau II ou III avec retour vers la maternité d'origine, mais une nette augmentation des orientations transferts avec retour de 0,3 % en 1999 à 1,1 % en 2002.

Concernant l'orientation des femmes à risque d'accoucher entre 33 et 34 semaines (ou d'un enfant pesant entre 1 500 et 2 500 g) vers une maternité de niveau II, on observe que la proportion de femmes accouchant à 33 ou 34 semaines de gestation dans une maternité de niveau II est passé de 19 % en 1999, à 38 % en 2000-01 et à 46 % en 2002. Au niveau national, la proportion de femmes accouchant à 33-34 semaines dans une maternité de niveau II était de 25 % en 2001 et 39% en 2002.

Une autre consigne majeure de succès de l'organisation en réseau est de favoriser l'accouchement des femmes à bas risque vers leur maternité de proximité. On observe une augmentation notable de la proportion de femmes à bas risque accouchant en niveau I : chez les primipares, cette proportion est passée de 52 % en 1999 à 66 % en 2002 et chez les multipares, de 60 % en 1999 à 77 % en 2002. La recommandation d'orientation des femmes à bas risque vers une maternité de proximité est bien suivie en Auvergne. Au niveau national, en 2002, ces proportions étaient respectivement de 47 % chez les primipares à bas risque et de 34% chez les multipares à bas risque.

Globalement, on constate que les attitudes des professionnels en Auvergne sont plus conformes aux recommandations qu'au niveau du reste de la France. Les conditions de recrutement, d'organisation locale ou d'implication et d'adhésion des professionnels à la politique mis en œuvre peuvent être à l'origine d'un tel résultat particulièrement favorable.

1. Qui accouche où ?

Lieu d'accouchement selon les caractéristiques des femmes

Taux rapportés aux mères	RESEAU AUVERGNE 1999	RESEAU AUVERGNE 2000 - 2001	RESEAU AUVERGNE 2002
	(n=2125) Taux bruts %	(n=2060) Taux standardisés %	(n=1343) Taux standardisés %
Selon leur situation initiale			
age < 18 ou > 35 ans			
Niveau I	**48,2**	**45,2**	**38,5**
Niveau II	**30,0**	**37,6**	**34,9**
Niveau III	**21,8**	**17,1**	**26,6**
antécédent périnatal			
Niveau I	**52,1**	**44,1**	**39,7**
Niveau II	**18,7**	**34,3**	**19,1**
Niveau III	**29,2**	**21,6**	**41,2**
Selon leur pathologie gravidique			
MAP			
Niveau I	**49,6**	**48,9**	**39,7**
Niveau II	**26,8**	**32,6**	**19,1**
Niveau III	**23,6**	**18,6**	**41,2**
RCIU			
Niveau I	**30,0**	**39,5**	**37,2**
Niveau II	**36,2**	**41,5**	**23,7**
Niveau III	**33,8**	**19,0**	**39,1**
diabète			
Niveau I	**50,0**	**42,6**	**39,6**
Niveau II	**25,9**	**35,6**	**23,1**
Niveau III	**24,1**	**21,7**	**37,3**
Selon leur fin de grossesse			
Primipares à bas risque			
Niveau I	**51,7**	**52,6**	**66,0**
Niveau II	**33,5**	**41,2**	**12,9**
Niveau III	**14,8**	**6,2**	**21,1**
Multipares à bas risque			
Niveau I	**59,9**	**48,1**	**76,5**
Niveau II	**30,6**	**48,7**	**14,0**
Niveau III	**9,5**	**3,2**	**9,5**
Ensemble			
Niveau I	**47,7**	**47,6**	**46,3**
Niveau II	**34,7**	**36,9**	**33,8**
Niveau III	**17,6**	**15,5**	**19,9**

Taux rapportés aux mères	RESEAU SENTINELLE 1999	RESEAU SENTINELLE 2000	RESEAU SENTINELLE 2001	RESEAU SENTINELLE 2002
	(n=9422) Taux standardisés %	(n=8948) Taux standardisés %	(n=9773) Taux standardisés %	(n=9244) Taux standardisés %
Selon leur situation initiale				
age < 18 ou > 35 ans				
Niveau I	**42,9**	**38,5**	**23,0**	**34,9**
Niveau II	**28,7**	**48,8**	**38,3**	**39,0**
Niveau III	**28,4**	**12,7**	**38,7**	**26,1**
antécédent périnatal				
Niveau I	**40,8**	**29,4**	**35,8**	**31,6**
Niveau II	**25,1**	**43,2**	**28,5**	**35,6**
Niveau III	**34,1**	**27,4**	**35,7**	**32,8**
Selon leur pathologie gravidique				
MAP				
Niveau I	**48,5**	**49,4**	**38,1**	**40,8**
Niveau II	**26,1**	**32,4**	**36,9**	**27,5**
Niveau III	**25,4**	**18,2**	**25,0**	**31,7**
RCIU				
Niveau I	**37,6**	**36,9**	**33,8**	**22,7**
Niveau II	**32,6**	**42,7**	**31,2**	**26,2**
Niveau III	**29,8**	**20,4**	**35,0**	**51,1**
diabète				
Niveau I	**36,4**	**27,5**	**40,2**	**40,9**
Niveau II	**32,8**	**45,7**	**36,1**	**41,0**
Niveau III	**30,8**	**26,8**	**23,8**	**18,1**
Selon leur fin de grossesse				
Primipares à bas risque				
Niveau I	**56,4**	**49,3**	**46,7**	**47,0**
Niveau II	**30,5**	**44,5**	**20,8**	**33,5**
Niveau III	**13,1**	**6,2**	**32,5**	**19,5**
Multipares à bas risque				
Niveau I	**64,5**	**44,6**	**32,9**	**34,0**
Niveau II	**23,3**	**47,2**	**17,6**	**38,2**
Niveau III	**12,2**	**8,2**	**49,5**	**27,8**
Ensemble				
Niveau I	**45,9**	**46,2**	**43,0**	**39,2**
Niveau II	**31,3**	**36,7**	**34,2**	**36,5**
Niveau III	**22,8**	**17,1**	**22,8**	**24,3**

Proportion de femmes à bas risque accouchant dans une maternité de niveau I

Taux rapportés aux mères	**RESEAU AUVERGNE 1999**	**RESEAU AUVERGNE 2000 - 2001**	**RESEAU AUVERGNE 2002**
	(n=2125) Taux standardisés %	**(n=2060) Taux standardisés %**	**(n=1343) Taux standardisés %**
Primipares « bas risque »	**51,7**	**52,6**	**66,0**
Multipares « bas risque »	**59,9**	**48,1**	**76,5**
Ensemble des femmes	**47,7**	**47,6**	**46,3**

Taux rapportés aux mères	**RESEAU SENTINELLE 1999**	**RESEAU SENTINELLE 2000**	**RESEAU SENTINELLE 2001**	**RESEAU SENTINELLE 2002**
	(n=9422) Taux standardisés %	**(n=8948) Taux standardisés %**	**(n=9773) Taux standardisés %**	**(n=9244) Taux standardisés %**
Primipares « bas risque »	**56,4**	**49,3**	**46,7**	**47,0**
Multipares « bas risque »	**64,5**	**44,6**	**32,9**	**34,0**
Ensemble des femmes	**45,9**	**46,2**	**43,0**	**39,2**

2. Qui naît où ?

Lieu de naissance selon les caractéristiques de l'enfant

Taux rapportés aux enfants	**RESEAU AUVERGNE 1999**	**RESEAU AUVERGNE 2000 - 2001**	**RESEAU AUVERGNE 2002**
	(n=2160) Taux bruts %	**(n=2093) Taux standardisés %**	**(n=1362) Taux standardisés %**
grossesses multiples			
Niveau I	**31,4**	**26,1**	**34,0**
Niveau II	**31,4**	**36,9**	**29,7**
Niveau III	**37,2**	**37,1**	**36,3**
age gestationnel < 33 semaines			
Niveau I	**31,1**	**29,7**	**7,6**
Niveau II	**24,1**	**12,6**	**12,2**
Niveau III	**44,8**	**57,7**	**80,2**
age gestationnel : 33-34 semaines			
Niveau I	**23,1**	**15,3**	**0,0**
Niveau II	**19,2**	**38,4**	**46,5**
Niveau III	**57,7**	**46,3**	**53,5**
Poids < 1500g			
Niveau I	**0,0**	**9,7**	**5,9**
Niveau II	**11,1**	**5,9**	**8,2**
Niveau III	**88,9**	**84,4**	**85,9**
Ensemble			
Niveau I	**47,4**	**47,2**	**46,2**
Niveau II	**34,6**	**37,0**	**33,7**
Niveau III	**18,0**	**15,8**	**20,1**

Taux rapportés aux enfants	RESEAU SENTINELLE 1999	RESEAU SENTINELLE 2000	RESEAU SENTINELLE 2001	RESEAU SENTINELLE 2002
	(n=9604) Taux standardisés %	(n=9118) Taux standardisés %	(n=10010) Taux standardisés %	(n=9442) Taux standardisés %
grossesses multiples				
Niveau I	**25,3**	**26,9**	**26,7**	**20,0**
Niveau II	**28,9**	**41,4**	**32,9**	**36,0**
Niveau III	**45,8**	**31,7**	**40,4**	**44,0**
age gestationnel < 33 semaines				
Niveau I	**12,8**	**9,3**	**15,4**	**7,7**
Niveau II	**13,5**	**19,9**	**17,1**	**25,7**
Niveau III	**73,7**	**70,8**	**67,5**	**66,6**
age gestationnel : 33-34 semaines				
Niveau I	**19,6**	**22,1**	**20,6**	**5,5**
Niveau II	**42,2**	**45,3**	**25,2**	**38,9**
Niveau III	**38,2**	**32,6**	**54,2**	**55,6**
Poids < 1500g				
Niveau I	**10,3**	**13,4**	**13,2**	**8,0**
Niveau II	**11,2**	**15,5**	**17,8**	**23,3**
Niveau III	**78,5**	**71,1**	**69,0**	**68,7**
Ensemble				
Niveau I	**45,4**	**45,7**	**42,5**	**39,1**
Niveau II	**31,3**	**36,8**	**34,2**	**36,3**
Niveau III	**23,3**	**17,5**	**23,3**	**24,6**

Proportion d'enfants à risque naissant dans une maternité de niveau III

Taux rapportés aux enfants	**RESEAU AUVERGNE 1999**	**RESEAU AUVERGNE 2000 - 2001**	**RESEAU AUVERGNE 2002**
	(n=2160) Taux standardisés %	**(n=2093) Taux standardisés %**	**(n=1362) Taux standardisés %**
Grossesses multiples	**37,2**	**37,1**	**36,3**
Age gestationnel < 33 sem.	**44,8**	**57,7**	**80,2**
Age gestationnel : 33 – 34 sem.	**57,7**	**46,3**	**53,5**
Poids de naissance < 1500 g	**88,9**	**84,4**	**85,9**
Ensemble des enfants	**18,0**	**15,8**	**20,1**

Taux rapportés aux enfants	**RESEAU SENTINELLE 1999**	**RESEAU SENTINELLE 2000**	**RESEAU SENTINELLE 2001**	**RESEAU SENTINELLE 2002**
	(n=9604) Taux standardisés %	**(n=9118) Taux standardisés %**	**(n=10010) Taux standardisés %**	**(n=9442) Taux standardisés %**
Grossesses multiples	**45,8**	**31,7**	**40,4**	**44,0**
Age gestationnel < 33 sem.	**80,1**	**70,8**	**67,5**	**66,6**
Age gestationnel : 33 – 34 sem.	**38,2**	**32,6**	**54,1**	**55,6**
Poids de naissance < 1500 g	**78,5**	**71,1**	**69,0**	**68,7**
Ensemble des enfants	**23,3**	**17,5**	**23,3**	**24,6**

3. Transferts maternels pendant la grossesse

Echantillon des mères	RESEAU AUVERGNE 1999	RESEAU AUVERGNE 2000	RESEAU AUVERGNE 2001	RESEAU AUVERGNE 2002
	(n=2125) Taux bruts %	(n=852) Taux standardisés %	(n=1208) Taux bruts %	(n=1343) Taux standardisés %
Accouchement en niveau I	**(n=1013)**	**(n=452)**	**(n=528)**	**(n=622)**
orientation ou transfert vers le niveau II ou le niveau III avec retour à la maternité d'origine	**0,4**	**1,0**	**0,4**	**0,3**
Accouchement en niveau II	**(n=737)**	**(n=262)**	**(n=499)**	**(n=454)**
orientation ou transfert vers le niveau III avec retour à la maternité d'origine	**0,3**	**0,1**	**0,2**	**1,1**
orientation ou transfert d'un niveau I vers le niveau II, sans retour à la maternité d'origine	**0,3**	**1,3**	**2,4**	**3,2**
Accouchement en niveau III	**(n=375)**	**(n=138)**	**(n=181)**	**(n=267)**
orientation ou transfert d'un niveau I ou d'un niveau II vers le niveau III sans retour à la maternité d'origine	**6,5**	**4,1**	**3,7**	**5,5**

Echantillon des mères	RESEAU SENTINELLE 1999	RESEAU SENTINELLE 2000	RESEAU SENTINELLE 2001	RESEAU SENTINELLE 2002
	(n=9422) Taux standardisés %	(n=8948) Taux standardisés %	(n=9773) Taux standardisés %	(n=9244) Taux standardisés %
Accouchement en niveau I	**(n=4324)**	**(n=4134)**	**(n=4202)**	**(n=3624)**
orientation ou transfert vers le niveau II ou le niveau III avec retour à la maternité d'origine	**1,2**	**0,7**	**0,4**	**0,3**
Accouchement en niveau II	**(n=2949)**	**(n=3284)**	**(n=3342)**	**(n=3374)**
orientation ou transfert vers le niveau III avec retour à la maternité d'origine	**0,8**	**0,4**	**0,6**	**0,4**
orientation ou transfert d'un niveau I vers le niveau II, sans retour à la maternité d'origine	**0,7**	**1,0**	**1,5**	**1,6**
Accouchement en niveau III	**(n=2149)**	**(n=1530)**	**(n=2229)**	**(n=2246)**
orientation ou transfert d'un niveau I ou d'un niveau II vers le niveau III sans retour à la maternité d'origine	**3,5**	**3,7**	**6,2**	**4,6**

V. Evaluation des pratiques professionnelles au sein du réseau périnatal d'Auvergne

1. Quelles sont les pratiques d'accouchement au sein du réseau Auvergne comparativement à celles observées au sein du réseau Sentinelle en 2002 ?

Taux rapportés aux mères	**RESEAU AUVERGNE 2002**	**RESEAU SENTINELLE 2002**
	(n=1362) Taux standardisés %	**(n=9244) Taux standardisés %**
Mode de début du travail		
spontané	**71,2**	**70,1**
déclenché	**16,8**	**20,2**
césarienne avant travail	**12,0**	**9,7**
Mode d'accouchement		
voie basse spontanée	**65,3**	**69,2**
intervention voie basse	**14,0**	**13,2**
césarienne	**20,7**	**17,6**

On observe pour le réseau Auvergne que :

- son taux de césarienne avant travail est de 12,0% contre 9,7% au sein du réseau Sentinelle,
- son taux global de césarienne est de 20,7% contre 17,6% au sein du réseau Sentinelle.

Les taux élevés du réseau Auvergne sont-ils la conséquence d'un recrutement différent de celui du réseau Sentinelle Audipog ou de pratiques médicales différentes ?

2. Comment expliquer le taux de césarienne élevé au sein du réseau Auvergne en 2002 ?

➢ Est-ce par une différence des indicateurs de recrutement par rapport au réseau Sentinelle?

Taux rapportés aux mères	**RESEAU AUVERGNE 2002**	**RESEAU SENTINELLE 2002**
	(n=1362) Taux standardisés %	**(n=9244) Taux standardisés %**
Femmes à bas risque	**37,3**	**29,1**
Utérus cicatriciel (chez les multipares)	**24,9**	**21,7**
Présentation en siège	**4,6**	**4,2**

On constate que le recrutement du réseau Auvergne est sensiblement différent de celui du réseau Sentinelle Audipog.

En effet, les proportions de femmes à bas risque ainsi que de femmes présentant un utérus cicatriciel (chez les multipares) sont plus importantes dans le réseau Auvergne qu'au sein du réseau Sentinelle Audipog.

Cette observation suffit-elle à expliquer le taux élevé de césarienne en Auvergne ?

➢ Est-ce par une différence des indicateurs de pratiques par rapport au réseau Sentinelle?

Taux rapportés aux mères	**RESEAU AUVERGNE 2002**	**RESEAU SENTINELLE 2002**
	(n=1362) Taux standardisés %	**(n=9244) Taux standardisés %**
Utérus cicatriciel (chez les multipares)		
césarienne avant travail	**57,4**	**48,8**
césarienne pendant le travail	**12,0**	**11,3**
Siège		
césarienne avant travail	**62,6**	**60,3**
césarienne pendant le travail	**30,2**	**23,3**
Femmes à bas risque		
césarienne avant travail	**2,9**	**2,4**
césarienne pendant le travail	**8,0**	**6,0**

On note que le pourcentage de césarienne avant travail est de 57,4% pour les femmes du réseau Auvergne ayant un utérus cicatriciel, alors qu'il est de 48,8% au sein du réseau Sentinelle Audipog.

Le taux de césarienne pendant le travail est de 30,2% pour les présentations en siège dans le réseau Auvergne contre 23,3% au sein du réseau Sentinelle Audipog.

Il existe des différences notables de pratiques entre le réseau Auvergne et le réseau Sentinelle Audipog qui ne sont pas seulement dues à un recrutement différent, mais également à des pratiques différentes face à certaines situations cliniques précises.

Il faut notamment remarquer que les taux de césarienne (avant le travail et pendant le travail) sont plus élevés chez les femmes à bas risque du réseau Auvergne comparativement au réseau Sentinelle Audipog.

Ces résultats attestent d'attitudes plus interventionnistes au sein du réseau Auvergne qu'au sein du réseau Sentinelle Audipog.

VI. Tableau de bord d'activité des maternités au sein du réseau périnatal Auvergne

En parallèle de l'évaluation quantitative du réseau périnatal et des tableaux et analyses qui précèdent, un suivi de l'activité des maternités au sein du réseau est souhaitable.

D'après le protocole établi par l'AUDIPOG, cette surveillance du tableau de bord d'activité des maternités ne doit être accessible qu'aux maternités elles-mêmes, en ayant l'assurance que leurs résultats ne seront transmis à nul autre.

Ce tableau de bord individuel est accessible sur le serveur d'évaluation AUDIVAL, par mots de passe fournis aux acteurs de santé du réseau. Chaque acteur de santé ne peut, avec ces codes d'accès, n'avoir accès qu'à sa propre base de données, à la base de données commune du réseau périnatal auquel il appartient, et à la base de données nationale.

Ce tableau de bord individuel d'activité est accessible, en temps réel, 24H/24, sur une période d'activité définie par le demandeur.

Il peut être utile, pour une maternité donnée, de se référer à l'activité moyenne des maternités de même niveau de soins, puisque leurs indicateurs de pratiques et de résultats sont nécessairement fonction de ce niveau de soins, dans le cadre de la politique actuelle.

Les tableaux qui suivent décrivent les principaux indicateurs de recrutement, de pratiques et de résultats des maternités en fonction de leur niveau de soins I, II ou III. En regard, chaque maternité trouvera les tableaux équivalents au niveau national.

Cette démarche, basée sur l'établissement de son propre tableau de bord avec confrontation à ce qui se fait dans les maternités de même niveau de soins dans sa région ou au niveau national constitue une ***démarche d'auto-évaluation des pratiques médicales*** qui a été présentée à l'ANAES et accueillie comme une démarche novatrice à recommander.

1. Indicateurs de recrutement et de pratiques au niveau de la mère

Taux rapportés aux mères	NIVEAU I RESEAU AUVERGNE 1999 (n=1013) Taux bruts %	RESEAU AUVERGNE 2000 (n=452) Taux standardisés %	RESEAU AUVERGNE 2001 (n=528) Taux bruts %	RESEAU AUVERGNE 2002 (n=622) Taux standardisés %
Age de la mère				
<20	**1,5**	**2,7**	**1,7**	**1,3**
20-24	**14,0**	**13,6**	**15,0**	**13,6**
25-29	**43,2**	**38,0**	**36,7**	**41,4**
30-34	**30,8**	**30,3**	**33,0**	**31,5**
35-39	**9,2**	**13,9**	**11,7**	**10,2**
>39	**1,3**	**1,5**	**1,9**	**2,0**
Parité				
0	**48,3**	**45,9**	**49,4**	**49,9**
1	**35,1**	**36,5**	**33,8**	**34,3**
2	**12,4**	**12,4**	**10,7**	**10,9**
3 et +	**4,2**	**5,2**	**6,1**	**4,9**
Antécédent de césarienne	**18,7**	**33,9**	**27,9**	**21,8**
Antécédent périnatal	**7,6**	**12,4**	**8,8**	**8,6**
Grossesse multiple	**1,1**	**0,7**	**1,1**	**0,9**
Existence d'une pathologie de la grossesse	**40,8**	**40,3**	**39,0**	**37,9**
Age gestationnel à la 1ère consultation < 14 semaines	**59,6**	**47,5**	**35,2**	**55,6**
Hospitalisation	**8,5**	**20,0**	**13,4**	**11,5**
Mode de début de travail				
Spontané	**68,4**	**70,1**	**72,1**	**74,6**
Artificiel	**24,1**	**18,5**	**16,1**	**12,7**
Césarienne avant travail	**7,5**	**11,4**	**11,8**	**12,7**
Mode d'accocuhement				
Voie basse spontanée	**62,1**	**60,8**	**63,4**	**59,0**
Intervention voie basse	**23,0**	**20,7**	**18,5**	**18,9**
Césarienne	**14,9**	**18,5**	**18,1**	**22,1**
Anesthésie				
Générale	**1,2**	**1,7**	**0,6**	**1,1**
Péridurale	**67,6**	**59,1**	**69,9**	**64,6**
Rachianesthésie	**1,7**	**15,2**	**13,0**	**17,1**
Durée du séjour				
≤ 4 jours	**8,6**	**11,0**	**9,5**	**9,8**
5 jours	**32,1**	**34,6**	**36,0**	**33,2**
6 jours	**30,9**	**24,8**	**25,5**	**26,7**
≥ 7 jours	**28,4**	**29,6**	**29,0**	**30,3**

Taux rapportés aux mères	NIVEAU I RESEAU SENTINELLE 1999	RESEAU SENTINELLE 2000	RESEAU SENTINELLE 2001	RESEAU SENTINELLE 2002
	(n=4324) Taux standardisés %	(n=4134) Taux standardisés %	(n=4202) Taux standardisés %	(n=3624) Taux standardisés %
Age de la mère				
<20	**0,8**	**3,3**	**2,7**	**2,0**
20-24	**10,4**	**15,7**	**16,7**	**15,2**
25-29	**36,9**	**37,3**	**37,0**	**37,1**
30-34	**32,8**	**30,6**	**30,3**	**30,9**
>35	**19,1**	**13,1**	**13,3**	**14,8**
Parité				
0	**43,1**	**43,1**	**47,3**	**44,2**
1	**35,4**	**34,9**	**32,9**	**35,7**
2	**14,5**	**15,5**	**13,4**	**14,1**
3 et +	**7,0**	**6,5**	**6,4**	**6,0**
Antécédent de césarienne	**16,6**	**23,9**	**23,7**	**27,8**
Antécédent périnatal	**6,7**	**8,0**	**10,5**	**12,1**
Grossesse multiple	**1,0**	**0,5**	**1,5**	**1,1**
Existence d'une pathologie de la grossesse	**34,1**	**32,0**	**32,5**	**28,4**
Age gestationnel à la 1ère consultation < 14 semaines	**42,6**	**32,0**	**31,5**	**31,4**
Hospitalisation	**12,5**	**19,1**	**13,3**	**11,6**
Mode de début de travail				
Spontané	**71,4**	**74,3**	**70,5**	**71,9**
Artificiel	**21,2**	**17,9**	**19,4**	**18,4**
Césarienne avant travail	**7,4**	**7,8**	**10,1**	**9,7**
Mode d'accocuhement				
Voie basse spontanée	**65,7**	**68,2**	**66,1**	**68,8**
Intervention voie basse	**18,2**	**16,1**	**15,7**	**14,0**
Césarienne	**16,1**	**15,7**	**18,2**	**17,2**
Anesthésie				
Générale	**3,9**	**2,1**	**1,7**	**1,0**
Péridurale	**51,8**	**51,5**	**54,1**	**57,3**
Rachianesthésie	**9,5**	**11,2**	**11,6**	**13,0**
Durée du séjour				
≤ 4 jours	**20,0**	**20,2**	**24,7**	**25,8**
5 jours	**30,0**	**32,7**	**32,6**	**33,0**
6 jours	**26,0**	**20,9**	**17,9**	**21,7**
≥ 7 jours	**24,0**	**26,2**	**24,8**	**19,5**

	NIVEAU II			
Taux rapportés aux mères	**RESEAU AUVERGNE 1999**	**RESEAU AUVERGNE 2000**	**RESEAU AUVERGNE 2001**	**RESEAU AUVERGNE 2002**
	(n=737) Taux bruts %	**(n=262) Taux standardisés %**	**(n=499) Taux bruts %**	**(n=454) Taux standardisés %**
Age de la mère				
<20	**2,6**	**4,8**	**2,0**	**2,9**
20-24	**17,1**	**17,5**	**15,8**	**20,6**
25-29	**38,1**	**35,1**	**36,1**	**38,1**
30-34	**29,4**	**29,9**	**30,4**	**23,8**
35-39	**11,0**	**11,4**	**13,9**	**12,7**
>39	**1,8**	**1,3**	**1,8**	**1,9**
Parité				
0	**46,4**	**41,2**	**44,3**	**47,8**
1	**36,2**	**34,6**	**34,5**	**37,3**
2	**12,6**	**16,1**	**15,0**	**8,5**
3 et +	**4,8**	**8,1**	**6,2**	**6,4**
Antécédent de césarienne	**27,3**	**26,7**	**17,8**	**31,3**
Antécédent périnatal	**7,3**	**8,5**	**5,4**	**16,1**
Grossesse multiple	**1,5**	**0,9**	**1,4**	**1,1**
Existence d'une pathologie de la grossesse	**35,7**	**35,0**	**34,9**	**41,6**
Age gestationnel à la 1ère consultation < 14 semaines	**16,9**	**37,9**	**36,3**	**50,3**
Hospitalisation	**18,5**	**16,8**	**12,6**	**13,3**
Mode de début de travail				
Spontané	**74,3**	**74,7**	**74,7**	**73,8**
Artificiel	**16,4**	**17,3**	**17,2**	**17,7**
Césarienne avant travail	**9,3**	**8,0**	**8,1**	**8,5**
Mode d'accocuhement				
Voie basse spontanée	**73,5**	**74,6**	**78,6**	**75,2**
Intervention voie basse	**10,8**	**9,2**	**6,8**	**8,7**
Césarienne	**15,7**	**16,2**	**14,6**	**16,1**
Anesthésie				
Générale	**4,3**	**1,8**	**1,4**	**0,7**
Péridurale	**51,9**	**(38,5)**	**47,6**	**45,0**
Rachianesthésie	**3,0**	**8,9**	**8,7**	**8,0**
Durée du séjour				
≤ 4 jours	**17,5**	**22,1**	**34,7**	**41,1**
5 jours	**51,6**	**42,9**	**36,1**	**31,2**
6 jours	**14,5**	**17,3**	**14,3**	**14,1**
≥ 7 jours	**16,4**	**17,7**	**14,9**	**13,6**

( ) : à interpréter avec précaution soit en raison d'un effectif faible, soit en raison d'un doute sur la qualité des données enregistrées.

	NIVEAU II			
Taux rapportés aux mères	**RESEAU SENTINELLE 1999**	**RESEAU SENTINELLE 2000**	**RESEAU SENTINELLE 2001**	**RESEAU SENTINELLE 2002**
	(n=2949) Taux standardisés %	**(n=3284) Taux standardisés %**	**(n=3342) Taux standardisés %**	**(n=3374) Taux standardisés %**
Age de la mère				
<20	**1,2**	**2,5**	**1,9**	**3,1**
20-24	**11,0**	**13,0**	**11,2**	**16,3**
25-29	**34,5**	**37,2**	**36,1**	**34,2**
30-34	**33,3**	**31,8**	**33,8**	**29,4**
>35	**20,0**	**15,5**	**17,0**	**17,0**
Parité				
0	**43,3**	**45,6**	**44,6**	**45,8**
1	**35,4**	**33,6**	**36,2**	**34,0**
2	**13,1**	**13,9**	**12,8**	**13,0**
3 et +	**8,2**	**6,9**	**6,4**	**7,2**
Antécédent de césarienne	**14,1**	**18,4**	**20,3**	**19,3**
Antécédent périnatal	**9,2**	**10,2**	**6,8**	**9,5**
Grossesse multiple	**1,4**	**1,4**	**1,8**	**1,5**
Existence d'une pathologie de la grossesse	**36,2**	**36,2**	**34,5**	**31,7**
Age gestationnel à la 1ère consultation < 14 semaines	**30,1**	**28,0**	**30,7**	**27,1**
Hospitalisation	**12,9**	**22,9**	**12,4**	**12,4**
Mode de début de travail				
Spontané	**71,6**	**71,2**	**71,3**	**67,9**
Artificiel	**21,4**	**21,5**	**21,8**	**22,7**
Césarienne avant travail	**7,0**	**7,3**	**6,9**	**9,4**
Mode d'accocuhement				
Voie basse spontanée	**71,1**	**70,0**	**70,9**	**71,4**
Intervention voie basse	**15,2**	**13,8**	**13,7**	**11,4**
Césarienne	**13,7**	**16,2**	**15,4**	**17,2**
Anesthésie				
Générale	**1,0**	**1,8**	**1,4**	**1,4**
Péridurale	**68,1**	**65,1**	**68,5**	**64,6**
Rachianesthésie	**8,7**	**9,0**	**9,2**	**10,5**
Durée du séjour				
≤ 4 jours	**40,2**	**41,0**	**42,0**	**46,0**
5 jours	**32,0**	**32,5**	**30,5**	**29,3**
6 jours	**13,5**	**11,9**	**12,4**	**10,4**
≥ 7 jours	**14,3**	**14,6**	**15,1**	**14,3**

	NIVEAU III			
Taux rapportés aux mères	**RESEAU AUVERGNE 1999**	**RESEAU AUVERGNE 2000**	**RESEAU AUVERGNE 2001**	**RESEAU AUVERGNE 2002**
	(n=375) Taux bruts %	**(n=138) Taux standardisés %**	**(n=181) Taux bruts %**	**(n=267) Taux standardisés %**
Age de la mère				
<20	**3,7**	**4,6**	**2,8**	**2,7**
20-24	**13,6**	**19,9**	**12,7**	**15,5**
25-29	**36,3**	**33,5**	**31,0**	**33,4**
30-34	**30,4**	**27,5**	**37,0**	**29,2**
35-39	**12,8**	**13,0**	**14,8**	**16,5**
>39	**3,2**	**1,5**	**1,7**	**2,7**
Parité				
0	**46,7**	**55,0**	**55,2**	**55,0**
1	**32,5**	**26,7**	**27,1**	**28,6**
2	**12,5**	**10,7**	**9,9**	**10,3**
3 et +	**8,3**	**7,6**	**7,8**	**6,1**
Antécédent de césarienne	**28,2**	**11,9**	**21,1**	**29,7**
Antécédent périnatal	**14,3**	**10,2**	**7,1**	**26,7**
Grossesse multiple	**3,5**	**2,3**	**4,4**	**2,4**
Existence d'une pathologie de la grossesse	**59,1**	**51,9**	**29,8**	**51,4**
Age gestationnel à la 1ère consultation < 14 semaines	**34,8**	**13,7**	**37,4**	**51,1**
Hospitalisation	**34,5**	**20,9**	**16,8**	**17,9**
Mode de début de travail				
Spontané	**60,9**	**73,1**	**65,4**	**58,7**
Artificiel	**28,4**	**16,7**	**19,2**	**24,9**
Césarienne avant travail	**10,7**	**10,2**	**15,4**	**16,4**
Mode d'accocuhement				
Voie basse spontanée	**68,3**	**74,0**	**60,2**	**63,2**
Intervention voie basse	**10,9**	**10,7**	**11,1**	**11,6**
Césarienne	**20,8**	**15,3**	**28,7**	**25,2**
Anesthésie				
Générale	**3,3**	**5,8**	**4,7**	**2,1**
Péridurale	**54,3**	**65,3**	**72,9**	**62,1**
Rachianesthésie	**0,0**	**7,4**	**14,0**	**15,9**
Durée du séjour				
≤ 4 jours	**12,2**	**15,3**	**14,4**	**8,5**
5 jours	**51,9**	**41,2**	**42,0**	**43,4**
6 jours	**10,1**	**16,0**	**11,6**	**20,7**
≥ 7 jours	**25,8**	**27,5**	**32,0**	**27,4**

- : variable non renseignée

	NIVEAU III			
Taux rapportés aux mères	**RESEAU SENTINELLE 1999**	**RESEAU SENTINELLE 2000**	**RESEAU SENTINELLE 2001**	**RESEAU SENTINELLE 2002**
	(n=2149) Taux standardisés %	**(n=1530) Taux standardisés %**	**(n=2229) Taux standardisés %**	**(n=2246) Taux standardisés %**
Age de la mère				
<20	**0,7**	**3,4**	**2,7**	**2,6**
20-24	**11,0**	**16,1**	**16,7**	**14,9**
25-29	**33,5**	**34,5**	**34,7**	**33,3**
30-34	**32,2**	**31,0**	**28,0**	**29,8**
>35	**22,6**	**15,1**	**17,9**	**19,3**
Parité				
0	**49,6**	**44,3**	**42,5**	**44,7**
1	**29,5**	**30,5**	**32,1**	**32,6**
2	**13,9**	**15,0**	**14,5**	**14,1**
3 et +	**7,0**	**10,2**	**10,9**	**8,6**
Antécédent de césarienne	**17,0**	**21,3**	**18,3**	**17,6**
Antécédent périnatal	**9,8**	**10,4**	**8,4**	**10,1**
Grossesse multiple	**3,7**	**2,6**	**3,6**	**3,3**
Existence d'une pathologie de la grossesse	**49,6**	**46,2**	**45,2**	**44,4**
Age gestationnel à la 1ère consultation < 14 semaines	**31,4**	**32,6**	**30,6**	**31,7**
Hospitalisation	**19,5**	**19,9**	**22,9**	**13,5**
Mode de début de travail				
Spontané	**71,6**	**66,7**	**68,6**	**69,7**
Artificiel	**18,9**	**24,0**	**21,0**	**20,2**
Césarienne avant travail	**9,5**	**9,3**	**10,4**	**10,1**
Mode d'accocuhement				
Voie basse spontanée	**62,8**	**63,4**	**69,1**	**66,6**
Intervention voie basse	**18,4**	**12,7**	**11,3**	**14,3**
Césarienne	**18,8**	**17,9**	**19,6**	**19,1**
Anesthésie				
Générale	**5,4**	**3,9**	**3,8**	**3,7**
Péridurale	**65,8**	**62,2**	**65,8**	**60,1**
Rachianesthésie	**7,4**	**6,6**	**7,8**	**10,2**
Durée du séjour				
≤ 4 jours	**25,8**	**27,8**	**33,6**	**45,0**
5 jours	**34,1**	**28,1**	**27,4**	**20,9**
6 jours	**15,8**	**19,8**	**16,6**	**16,3**
≥ 7 jours	**24,3**	**24,3**	**22,4**	**17,8**

2. Indicateurs de résultats au niveau du nouveau-né

	NIVEAU I			
Taux rapportés aux enfants	**RESEAU AUVERGNE 1999**	**RESEAU AUVERGNE 2000**	**RESEAU AUVERGNE 2001**	**RESEAU AUVERGNE 2002**
	(n=1024) Taux bruts %	**(n=454) Taux standardisés %**	**(n=535) Taux bruts %**	**(n=629) Taux standardisés %**
Age gestationnel				
< 33 semaines	**0,4**	**0,4**	**0,2**	**0,3**
33-34 semaines	**0,6**	**0,2**	**0,6**	**0,0**
35-36 semaines	**3,2**	**2,5**	**2,1**	**3,7**
37-41 semaines	**94,1**	**94,8**	**95,9**	**95,4**
≥ 42 semaines	**1,7**	**2,1**	**1,2**	**0,6**
Poids				
< 1500 g	**0,0**	**0,4**	**0,0**	**0,1**
1500-2499 g	**4,7**	**3,0**	**4,0**	**3,5**
2500-4000 g	**89,4**	**90,4**	**87,1**	**89,3**
≥ 4000 g	**5,9**	**6,2**	**8,9**	**7,1**
Hypotrophie fœtale *(courbes AUDIPOG)*	**6,4**	**5,5**	**4,8**	**5,3**
Restriction de croissance *(définition AUDIPOG)*	**5,7**	**3,2**	**3,6**	**4,0**
Réanimation	**2,7**	**3,6**	**3,2**	**3,9**
Morbi-mortalité néonatale précoce				
Décès ou transfert ou mutation	**3,8**	**3,3**	**3,2**	**3,7**
Décès ou transfert en réa-chir	**1,4**	**1,5**	**1,3**	**1,5**
Transfert ou mutation	**3,0**	**2,4**	**3,0**	**3,7**

	NIVEAU I			
Taux rapportés aux enfants	**RESEAU SENTINELLE 1999**	**RESEAU SENTINELLE 2000**	**RESEAU SENTINELLE 2001**	**RESEAU SENTINELLE 2002**
	(n=4360) Taux standardisés %	**(n=4167) Taux standardisés %**	**(n=4254) Taux standardisés %**	**(n=3692) Taux standardisés %**
Age gestationnel				
< 33 semaines	**0,3**	**0,3**	**0,3**	**0,4**
33-34 semaines	**0,6**	**0,7**	**0,6**	**0,2**
35-36 semaines	**3,2**	**3,1**	**4,0**	**2,8**
37-41 semaines	**94,8**	**94,8**	**94,2**	**96,0**
≥ 42 semaines	**1,1**	**1,1**	**0,9**	**0,6**
Poids				
< 1500 g	**0,2**	**0,2**	**0,4**	**0,3**
1500-2499 g	**3,7**	**3,5**	**4,5**	**3,4**
2500-4000 g	**89,9**	**88,5**	**87,7**	**88,8**
≥ 4000 g	**6,2**	**7,8**	**7,4**	**7,5**
Hypotrophie fœtale *(courbes AUDIPOG)*	**3,4**	**4,6**	**4,1**	**4,2**
Restriction de croissance *(définition AUDIPOG)*	**4,6**	**3,6**	**4,3**	**4,2**
Réanimation	**5,1**	**4,4**	**4,7**	**3,7**
Morbi-mortalité néonatale précoce				
Décès ou transfert ou mutation	**5,4**	**8,6**	**5,6**	**3,4**
Décès ou transfert en réa-chir	**1,6**	**1,1**	**1,1**	**1,3**
Transfert ou mutation	**6,2**	**8,1**	**3,4**	**3,1**

	NIVEAU II			
Taux rapportés aux enfants	**RESEAU AUVERGNE 1999**	**RESEAU AUVERGNE 2000**	**RESEAU AUVERGNE 2001**	**RESEAU AUVERGNE 2002**
	(n=748) Taux bruts %	**(n=266) Taux standardisés %**	**(n=507) Taux bruts %**	**(n=459) Taux standardisés %**
Age gestationnel				
< 33 semaines	**0,1**	**0,4**	**0,2**	**0,3**
33-34 semaines	**0,6**	**1,3**	**2,0**	**1,1**
35-36 semaines	**3,3**	**2,6**	**4,0**	**6,6**
37-41 semaines	**93,1**	**95,3**	**93,0**	**91,5**
≥ 42 semaines	**2,9**	**0,4**	**0,8**	**0,5**
Poids				
< 1500 g	**0,1**	**0,0**	**0,2**	**0,3**
1500-2499 g	**5,3**	**4,0**	**7,7**	**5,8**
2500-4000 g	**86,8**	**86,8**	**84,9**	**89,7**
≥ 4000 g	**7,8**	**9,2**	**7,2**	**4,2**
Hypotrophie fœtale *(courbes AUDIPOG)*	**7,8**	**6,1**	**7,5**	**5,8**
Restriction de croissance *(définition AUDIPOG)*	**5,9**	**6,4**	**6,2**	**5,7**
Réanimation	**4,4**	**3,2**	**5,2**	**3,2**
Morbi-mortalité néonatale précoce				
Décès ou transfert ou mutation	**10,2**	**10,1**	**12,6**	**10,3**
Décès ou transfert en réa-chir	**1,1**	**0,0**	**0,6**	**0,8**
Transfert ou mutation	**9,8**	**10,1**	**12,4**	**10,3**

	NIVEAU II			
Taux rapportés aux enfants	**RESEAU SENTINELLE 1999**	**RESEAU SENTINELLE 2000**	**RESEAU SENTINELLE 2001**	**RESEAU SENTINELLE 2002**
	(n=3008) Taux standardisés %	**(n=3355) Taux standardisés %**	**(n=3423) Taux standardisés %**	**(n=3427) Taux standardisés %**
Age gestationnel				
< 33 semaines	**0,6**	**0,4**	**0,7**	**1,1**
33-34 semaines	**1,1**	**1,3**	**1,1**	**1,0**
35-36 semaines	**3,2**	**3,6**	**4,2**	**4,7**
37-41 semaines	**94,1**	**94,0**	**92,3**	**92,5**
≥ 42 semaines	**1,0**	**0,7**	**1,7**	**0,7**
Poids				
< 1500 g	**0,4**	**0,4**	**0,5**	**0,6**
1500-2499 g	**5,8**	**4,9**	**5,3**	**5,7**
2500-4000 g	**86,6**	**88,3**	**86,6**	**87,4**
≥ 4000 g	**7,2**	**6,4**	**7,6**	**6,3**
Hypotrophie fœtale *(courbes AUDIPOG)*	**3,8**	**4,4**	**3,5**	**4,8**
Restriction de croissance *(définition AUDIPOG)*	**4,6**	**3,8**	**3,3**	**4,3**
Réanimation	**4,0**	**3,8**	**5,1**	**4,7**
Morbi-mortalité néonatale précoce				
Décès ou transfert ou mutation	**5,4**	**7,1**	**8,6**	**11,3**
Décès ou transfert en réa-chir	**2,0**	**1,9**	**2,4**	**2,6**
Transfert ou mutation	**6,9**	**9,0**	**13,2**	**11,0**

	NIVEAU III			
Taux rapportés aux enfants	**RESEAU AUVERGNE 1999**	**RESEAU AUVERGNE 2000**	**RESEAU AUVERGNE 2001**	**RESEAU AUVERGNE 2002**
	(n=388) Taux bruts %	**(n=141) Taux standardisés %**	**(n=190) Taux bruts %**	**(n=274) Taux standardisés %**
Age gestationnel				
< 33 semaines	**2,7**	**6,9**	**4,4**	**6,4**
33-34 semaines	**2,9**	**3,8**	**5,0**	**1,8**
35-36 semaines	**6,7**	**9,2**	**7,2**	**4,9**
37-41 semaines	**87,7**	**79,7**	**83,4**	**86,9**
≥ 42 semaines	**0,0**	**0,4**	**0,0**	**0,0**
Poids				
< 1500 g	**3,2**	**4,6**	**4,4**	**4,3**
1500-2499 g	**10,1**	**14,5**	**9,4**	**9,4**
2500-4000 g	**80,0**	**76,3**	**79,0**	**82,6**
≥ 4000 g	**6,7**	**4,6**	**7,2**	**3,7**
Hypotrophie fœtale *(courbes AUDIPOG)*	**7,5**	**4,7**	**10,2**	**6,4**
Restriction de croissance *(définition AUDIPOG)*	**7,6**	**7,0**	**7,2**	**6,7**
Réanimation	**2,2**	**2,3**	**3,9**	**8,8**
Morbi-mortalité néonatale précoce				
Décès ou transfert ou mutation	**12,5**	**18,3**	**13,3**	**14,0**
Décès ou transfert en réa-chir	**7,2**	**14,5**	**11,1**	**11,9**
Transfert ou mutation	**12,3**	**18,3**	**13,3**	**12,8**

	NIVEAU III			
Taux rapportés aux enfants	**RESEAU SENTINELLE 1999**	**RESEAU SENTINELLE 2000**	**RESEAU SENTINELLE 2001**	**RESEAU SENTINELLE 2002**
	(n=2236) Taux standardisés %	**(n=1596) Taux standardisés %**	**(n=2333) Taux standardisés %**	**(n=2323) Taux standardisés %**
Age gestationnel				
< 33 semaines	**7,3**	**3,9**	**4,1**	**3,8**
33-34 semaines	**0,6**	**2,9**	**3,3**	**2,5**
35-36 semaines	**4,7**	**4,9**	**5,3**	**4,8**
37-41 semaines	**85,6**	**86,1**	**85,7**	**86,7**
≥ 42 semaines	**1,8**	**2,2**	**1,6**	**2,2**
Poids				
< 1500 g	**5,8**	**2,8**	**3,3**	**3,0**
1500-2499 g	**7,3**	**8,1**	**10,8**	**7,8**
2500-4000 g	**80,9**	**81,7**	**79,3**	**82,7**
≥ 4000 g	**6,0**	**7,4**	**6,6**	**6,5**
Hypotrophie fœtale *(courbes AUDIPOG)*	**3,0**	**6,2**	**5,3**	**6,4**
Restriction de croissance *(définition AUDIPOG)*	**5,7**	**6,9**	**5,6**	**6,7**
Réanimation	**9,3**	**8,5**	**7,3**	**6,2**
Morbi-mortalité néonatale précoce				
Décès ou transfert ou mutation	**16,8**	**18,2**	**14,0**	**11,8**
Décès ou transfert en réa-chir	**8,1**	**5,0**	**4,8**	**4,0**
Transfert ou mutation	**16,8**	**17,7**	**15,3**	**11,0**

Conclusion

Ce travail de recherche a concerné tous les aspects de l'évaluation des réseaux de soins périnatals :

- la perception des professionnels et des usagers sur cette nouvelle organisation de soins

- la conception d'un système d'information destiné aussi bien à assurer la communication du dossier médical partagé entre les acteurs de santé du réseau périnatal, qu'à constituer une banque de données anonymisées à des fins d'évaluation

- l'établissement d'un protocole d'évaluation médicale de l'organisation en réseau périnatal, et l'application au réseau périnatal d'Auvergne, en couvrant 4 aspects de cette évaluation, tant sur le plan de l'évaluation interne (suivi des indicateurs années après année) que de l'évaluation externe (confrontation des indicateurs au référentiel externe constitué par le Réseau Sentinelle AUDIPOG) :

    . le tableau de bord du réseau périnatal
    . l'évaluation de l'impact de l'organisation en réseau sur les indicateurs
    . l'évaluation des pratiques professionnelles au sein du réseau
    . le suivi de l'activité des maternités au sein du réseau, comparativement à celle de l'ensemble des maternités ou de la France

La possibilité de confronter les résultats régionaux aux données nationales, avec le même outil de recueil représente l'une des forces du système d'information proposé, le réseau AUDIPOG constituant un référentiel d'activité auquel chaque professionnel ou chaque structure peut se comparer.

Les tableaux de bord du réseau et des maternités sont déjà disponibles, sur un nombre de naissances aujourd'hui limité, mais cet accès sur le site d'évaluation permet d'ors et déjà à chacun de voir quels seront les outils d'évaluation mis à disposition lorsque l'informatisation du réseau périnatal d'Auvergne sera en place.

Cette méthodologie, originale et complète, a trouvé son champ d'application dans le cadre du Réseau périnatal de santé d'Auvergne (RSPA) avec la participation de tous les membres du réseau. Il faut cependant regretter que le RSPA n'ait pas poursuivi son effort en 2003 et 2004.

Les méthodes et outils technologiques développés et mis aujourd'hui à disposition du Réseau de Santé Périnatal d'Auvergne trouveront apporteront tous leurs fruits lors de l'implantation du système d'information communicant assurant le partage des dossiers périnatals entre tous les acteurs de santé, chacun disposant du logiciel spécifique à sa spécialité et à son mode d'exercice, comme cela est recommandé par l'AUDIPOG, tout en mettant en commun les données nécessaires aussi bien à la prise en charge des patientes en cas d'orientation ou de transfert, qu'à l'évaluation du réseau et des pratiques professionnelles.

Sur la base de cette méthodologie et des outils techniques développés, d'autres réseaux périnatals pourront mener de la même manière leur évaluation et s'ils le souhaitent mettre en commun les données des différents réseaux afin de pouvoir comparer leur fonctionnement, leurs pratiques et leurs résultats.

Il restera alors l'étape fondamentale à franchir, celle de s'assurer que l'organisation en périnatal dans les régions, améliore la santé des femmes et des enfants, un objectif qui joue un rôle moteur dans l'acceptation de cette grande réforme de santé.

Bibliographie

1. Mamelle N. Indicateurs et outils d'évaluation des réseaux de soins périnatals. Actes des 11ème journées AUDIPOG. Lyon: AUDIPOG., 2000 (http://audipog.inserm.fr).

2. Bardin L. L'analyse de contenu. Paris: P.U.F., 1991.

3. Michelat G. Sur l'utilisation de l'entretien non directif en sociologie. Rev Fr Sociol 1975; 16: 229-47.

4. Moscovoci S. La psychanalyse, son image et son public. Paris: P.U.F., 1976.

5. Jodelet D. Les représentations sociales. Paris: P.U.F., 1989.

6. Strauss A. La trame de la négociation, sociologie qualitative et interactionniste. Paris: L'Harmattan, 1992.

7. Gonnet F. L'hôpital en question(s), un diagnostic pour améliorer les relations de travail. Paris: Lamarre, 1992.

8. CNGOF. Conférence de consensus : prise en charge de la femme enceinte, de l'accouchement et du nouveau-né selon leur niveau de risque. Paris, France, 2-3 décembre 1998. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 1998; 27: 1-317.

9. Falissard B. Mesurer la subjectivité en santé. Perspective méthodologique et statistique. 2 ed. Paris: Masson, 2001.

10. De Singly F. L'enquête et ses méthodes : le questionnaire. Paris: Nathan, 1992.

11. Falissard B. Nombre de sujets à inclure. In: Bouvenot G, editor. Comprendre et utiliser les statistiques dans les sciences de la vie. Paris: Masson, 1998: 317-26.

12. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika 1951; 16: 297-334.

13. Mamelle N, Measson A, Munoz F *et al.* Development and use of a self-administered questionnaire for assessment of psychologic attitudes toward pregnancy and their relation to a subsequent premature birth. Am J Epidemiol 1989; 130: 989-98.

14. Haut Comité de la Santé Publique. La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance : pour un nouveau plan de la périnatalité. Vanves: Haut comité de la Santé publique, 1994.

15. Décrets n° 98-899 et n° 98-900 du 9 octobre 1998. Journal officiel 1998; 235: 15343-8.

16. Mamelle N, Lehingue Y, Munoz F *et al.* Le "Réseau Sentinelle" de maternités AUDIPOG. I. Paramètres de santé périnatale en 1994. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 1996; 25: 568-76.

17. Mamelle N, David S, Vendittelli F *et al.* La santé périnatale en 2001 et son évolution depuis 1994. Résultats du réseau sentinelle Audipog. Gynecol Obstet Fertil 2002; 30: 6-39.

18. Kerjosse R, Tamby I. La situation démographique en 1994. Mouvements de la population. Démographie Société 1996; 85-119.

19. INSEE. Enquête sur l'emploi de 1994. Emploi Revenus 1994; 47-51.

20. INSEE. Enquête sur l'emploi de 1997. Emploi Revenus 1994; 49-53.

21. Blondel B, Breart G, Du Mazaubrun C *et al.* La situation périnatale en France. Evolution entre 1981 et 1995. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 1997; 26: 770-80.

22. Mamelle N, Munoz F, Lehingue Y, Pasquier JC, Beranger C. Le Réseau Sentinelle des maternités AUDIPOG. II. Evolution des pratiques et des résultats 1994-1997. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 1998; 27: 375-83.

23. Germain JM, Czernichow P, Josset V *et al.* Qualités des données utilisables pour une surveillance épidémiologique périnatale: évaluation du certificat de santé à la naissance et du dossier obstétrical national. Etude dans trois maternités de Seine-Maritime. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 1998; 27: 384-8.

24. AUDIPOG. La santé périnatale en France de 1994 à 2003. 1999 (http://audipog.inserm.fr).

25. AUDIPOG. Interroger la base de données en ligne de 1994 à 2003. 1999 (http://audipog.inserm.fr).

26. Mamelle N, Claris O, Maria B, Mares P, Pinquier D. La santé périnatale en péril: résultats du réseau sentinelle AUDIPOG 2001. Arch Pediatr 2002; 9: 976-8.

27. Mamelle N, Maria B, Rozan MA *et al.* Agir pour améliorer la santé périnatale a la lumière des résultats du réseau Sentinelle AUDIPOG. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2003; 32: 617-22.

28. Mamelle N, Vendittelli F, Riviere O *et al.* La santé périnatale en 2002 -2003. L'observatoire des pratiques médicales. Résultats du réseau sentinelle AUDIPOG. Gynecol Obstet Fertil 2004; 32.

29. David S, Mamelle N, Riviere O, les obstétriciens du Réseau Sentinelle AUDIPOG. Qui accouche ou ? Qui naît où ? Analyse à partir de Réseau Sentinelle AUDIPOG en 1997-1998. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2000; 29: 772-83.

30. Mamelle N. La politique de régionalisation; Etat des lieux en 1999. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2001; 30: 74-6.

31. Mamelle N. Mode d'accouchement des enfants de poids inférieur à 2 500 g. Description des pratiques en France. Les obstétriciens du Réseau Sentinelle AUDIPOG. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 1998; 27: 269-74.

32. Mamelle N, Munoz F, Grandjean H. Croissance foetale a partir de l'étude AUDIPOG I. Etablissement de courbes de référence. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 1996; 25: 61-70.

33. Mamelle N, Munoz F, Martin JL, Laumon B, Grandjean H. Croissance foetale a partir de l'étude AUDIPOG II. Application au diagnostic de retard de croissance intra-utérin. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 1996; 25: 71-7.

34. Mamelle N, Cochet V, Claris O. Definition of fetal growth restriction according to constitutional growth potential. Biol Neonate 2001; 80: 277-85.

35. David S, Mamelle N, Riviere O. Estimation of an expected caesarean section rate taking into account the case mix of a maternity hospital. Analysis from the AUDIPOG Sentinelle Network (France). Obstetricians of AUDIPOG. Association of Users of Computerised Files in Perinatalogy, Obstetrics and Gynaecology. BJOG 2001; 108: 919-26.

36. Vendittelli F, Roche S, Pons JC, Mamelle N. La présentation du siège à terme: enquête sur les pratiques obstétricales en France et recherche d'une homogénéïté d'attitudes associées à un moindre risque néonatal. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2002; 31: 577-88.

37. Vendittelli F, Riviere O, Pons JC, Mamelle N. La présentation du siège à terme: évolution des pratiques en France et analyse des résultats néonatals en fonction des pratiques obstétricales, à partir du Réseau Sentinelle AUDIPOG. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2002; 31: 261-72.

38. Cleary R, Beard RW, Chapple J *et al.* The standard primipara as a basis for inter-unit comparisons of maternity care. Br J Obstet Gynaecol 1996; 103: 223-9.

Publications issues de ce travail

Le travail réalisé en vue de ce rapport a permis la publication de 4 articles :

L'ACCEPTABILITE DE LA POLITIQUE DE RESEAU PAR LES PROFESSIONNELS :

Perinatal Care Regionalization and Acceptability by Professionals in France.

David S, Durif-Bruckert C, Durif-Varembont JP, Lemery D, Masson G, Scharnitsky P, Claris O, Mamelle N.

RESP, 2004

LE SYSTEME D'INFORMATION ET L'EVALUATION INTERNE ET EXTERNE DU RESEAU DE SANTE PERINATALE D'AUVERGNE :

Le système d'information AUDIPOG comme outil d'évaluation des réseaux périnatals : Expérience du réseau d'Auvergne.

Lemery D, Mamelle N, Venet M, Maria B, Mares P.

J Gynecol Obstet Fertil. 2003 Feb;31(2):170-7

L'EVALUATION INTERNE ET EXTERNE DU RESEAU DE SANTE PERINATALE D'AUVERGNE :

Indicateurs et Outils d'Evaluation des Réseaux de Soins Périnatals.

Mamelle N, David S, Lombrail P, Rozé JC, et les membres du groupe de travail CNGOF, FNPN, SFMP, AUDIPOG.

J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2001,30:641-56

Internal and external assessments of a French perinatal network.

David S, Vendittelli F, Lemery D, Rivière O, Mamelle N.

Soumis, 2004