N° ordre : 170 – 2004 Année 2004

Thèse

présentée

devant l'UNIVERSITE LYON 1 – CLAUDE BERNARD

pour l'obtention

du DIPLOME DE DOCTORAT ES SCIENCES

(arrêté du 25 avril 2002)

présentée et soutenue publiquement le

le 12 octobre 2004

par

Mlle Sandra DAVID

TITRE :

EVALUATION DU RESEAU DE SANTE PERINATAL AUVERGNE COMPARATIVEMENT A UN REFERENTIEL NATIONAL : LE RESEAU SENTINELLE AUDIPOG

Directeur de thèse : Nicole MAMELLE

JURY : M. Didier LEMERY, président
Mme Nicole MAMELLE
M. René ECOCHARD
M. Olivier CLARIS

A Landrille,

A Manolie,

Au Docteur Nicole MAMELLE, qui a su diriger, suivre ce travail et l'éclairer de conseils judicieux.

Au Professeur Didier LEMERY, qui a accepté de présider ce jury. La collaboration entre Clermont-Ferrand et Lyon est riche de rencontres humaines.

Au Professeur René ECOCHARD, en souhaitant voir ici commencer une riche collaboration à venir…

Au Professeur Olivier CLARIS, qui a accepté avec plaisir le pensum que je lui impose.

Sommaire

RÉSUMÉ 7

INTRODUCTION 11

ETAT DES CONNAISSANCES 15

POPULATION 23

Le Réseau de Santé Périnatal Auvergne (RSPA) 25
Situation géographique de l'Auvergne 25
Historique du RSPA 25
Distribution des maternités du RSPA de 1999 à 2002 26
Structure juridique et composition du RSPA 27
Système d'information du RSPA 28
Le Réseau Sentinelle AUDIPOG 31

PROTOCOLE D'ÉVALUATION : INDICATEURS ET OUTILS D'ÉVALUATION 33

Consensus des 4 sociétés françaises (CNGOF, FNPN, SFMP, AUDIPOG) (article) 35
Ma participation à ce travail 35

LA SITUATION EN FRANCE AVANT LA RÉGIONALISATION 37

Méthodes 39
Population 39
Caractéristiques étudiées 39
Analyse statistique 40
Résultats (article) 40
Ma participation à ce travail 40

L'ACCEPTABILITÉ DE LA POLITIQUE DE RÉSEAU PAR LES PROFESSIONNELS ET LES FEMMES EN AUVERGNE 41

L'acceptabilité de la politique de réseau par les professionnels 43
Méthodes 43
Collaborations 48
Résultats des deux études (rapport et article) 48

Ma participation à ce travail **60**
L'acceptabilité de la politique de réseau par les femmes (protocole d'étude) **61**

L'ÉVALUATION INTERNE ET EXTERNE DU RÉSEAU EN SANTÉ PÉRINATALE AUVERGNE _____ **63**

Méthodes **65**
Population 65
Recueil de données 65
Echantillons 67
Type d'étude et stratégie d'analyse 68
Critères d'évaluation (indicateurs périnatals) 68
Analyse statistique 69
Résultats (article) **69**
Ma participation à ce travail **69**

DISCUSSION _____ **70**

BIBLIOGRAPHIE _____ **76**

ANNEXES _____ **86**

Glossaire **88**
Questionnaire **90**
Références des rapports d'étude et communications orales **91**
Table des matières **92**

Résumé

Introduction : Dans le domaine de la périnatalité, les professionnels ont été les premiers à recevoir une sollicitation forte pour mettre en place des réseaux de santé (décrets 1998). La régionalisation des soins périnatals doit conduire à une orientation des femmes enceintes vers les maternités disposant de l'environnement médical maternel et pédiatrique adapté à leur niveau de risque et à celui de leurs nouveau-nés. Cette politique de santé ayant complètement modifié les pratiques médicales, il semblait essentiel d'en évaluer les effets. Dès 1999, le réseau de santé périnatal Auvergne (RSPA) remplissaient toutes les conditions pour mettre en place son évaluation.

L'objectif de ce travail était double : évaluer l'acceptabilité de la régionalisation en Auvergne auprès des professionnels de la naissance (et des femmes), et évaluer le fonctionnement et l'efficacité du RSPA.

Méthodes : Le RSPA comprenait 16 maternités, soit 1 880 soignants (incluant libéraux, médecins généralistes et acteurs de PMI) et prenait en charge 12 000 accouchements /an environ.

L'étude portant sur ***l'acceptabilité*** du travail en réseau auprès des professionnels s'appuyait sur 2 volets complémentaires : un 1er de type ***psychosociologique***, basé sur des entretiens psychosociologiques auprès d'une cinquantaine de professionnels. L'analyse de contenu des entretiens a permis de dégager les attentes et facteurs de résistance des professionnels. Un 2ème volet de type ***épidémiologique***, basé sur une enquête par questionnaire, construit à partir de l'analyse de contenu et de la littérature, auprès d'un échantillon représentatif de soignants. L'analyse des réponses aux questionnaires a permis de développer un outil de mesure de cette acceptabilité reposant sur des scores. L'évaluation portant sur le ***fonctionnement*** et ***l'efficacité*** du RSPA était composée de deux parties : une évaluation ***interne*** portant sur 3 cohortes successives de 1999 à 2002. Une évaluation ***externe*** comparant les indicateurs du RSPA à ceux du réseau sentinelle AUDIPOG (référentiel national). Cette étude s'est appuyé sur le protocole d'évaluation commun élaboré par les 4 sociétés savantes dans la spécialité.

Résultats : En Auvergne, l'étude mesurant l'acceptabilité des professionnels a révélé une plus faible acceptabilité chez la plupart des acteurs (anesthésistes, obstétriciens, sages-femmes, et acteurs libéraux) par rapport aux néonatologues, ainsi que chez les acteurs travaillant dans des institutions privées (cliniques ou cabinets) par rapport à ceux travaillant dans des établissements publics (CHU et CHG).

En France, en 1997-98, avant la mise en place de la régionalisation, une première mesure de l'élément clé de cette politique de santé avait pu être réalisée à partir du réseau sentinelle AUDIPOG : 50 % de « grands prématurés » (âge gestationnel < 33 semaines d'aménorrhée) naissaient en niveau III. Si ce pourcentage a atteint 80 % en 1999, il a diminué de façon persistante depuis l'an 2000, tombant à 65 % en 2002-2003. L'étude évaluant le fonctionnement du RSPA a noté, à l'inverse des indicateurs nationaux, une augmentation forte des naissances des « grands prématurés » en niveau III : 65 % en 1999, 77 % en 2000-01, 81,3 % en 2002. Quant aux transferts maternels en Auvergne, leur proportion des niveaux I vers les niveaux II a aussi augmenté : 0.3% en 1999, 2.3% en 2000-2001 et 3.2% en 2002 ($p = 0.01$). Enfin, l'étude a décrit une augmentation significative de la proportion de femmes à « bas risque » (définition AUDIPOG) accouchant en niveau I : 52 % en 1999, 55 % en 2000-01, 70 % en 2002 ($p < 0,001$).

Conclusion : Le travail ci-après, initié par un consensus des quatre sociétés savantes concernées, présente l'intérêt d'aborder, au niveau du RSPA, tous les aspects de son évaluation.

Introduction

Si la régionalisation reste un vif sujet de discussion (1), le bénéfice probable, en termes de mortalité et surtout de morbidité, a fait que la plupart des pays industrialisés ont mis en place cette politique de santé et ont développé des recommandations en matière d'indications maternelles et fœtales de transfert (2-6).

Le principe même du travail en réseau implique un fonctionnement pluridisciplinaire, des collaborations et échanges entre professionnels de différents services, une nouvelle répartition des territoires et des compétences professionnelles entre les secteurs publics et privés. La question était donc de savoir ce que cette mise en réseau changeait, sachant que le décret officiel ne faisait qu'entériner, pour certains, une pratique de longue date. Au cœur des débats relatifs aux réseaux de soins périnatals, il semblait alors essentiel de comprendre la complexité des bouleversements occasionnés par l'arrivée de ce décret et son application.

Le Réseau de Santé Périnatal Auvergne (RSPA) a une existence récente mais une histoire ancienne. Les discussions sur la régionalisation entre professionnels ont débuté bien avant la publication du décret, dès le début des années 90. Le RSPA, agréée par l'ARH d'Auvergne en juillet 2000, a été constitué à l'origine avec 4 objectifs : favoriser la structuration des prises en charge des grossesses selon leur niveau de risque et le niveau technique des maternités, harmoniser et homogénéiser, quand c'est possible, la prise en charge des grossesses, se doter d'un système d'information commun permettant le partage de l'information et l'évaluation et de favoriser ainsi l'amélioration des pratiques.

Dans le but d'initier cette évaluation, dès 1999, toutes les maternités du RSPA ont commencé à collecter leurs données, chaque année, suivant un cahier des charges prédéfinie par l'AUDIPOG puis par le protocole commun élaboré par les 4 sociétés savantes concernées (le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français –CNGOF, la Société Française de Médecine Périnatale –SFMP, la Fédération nationale des Pédiatres et Néonatologues –FNPN, l'Association des utilisateurs de Dossiers Informatisées en Périnatalogie Obstétrique et Gynécologie –AUDIPOG) (7). Grâce à cette 1ère mise en commun de données avant informatisation (1 à 2 mois par an), l'Auvergne était à même de réaliser une première expérience d'évaluation du réseau en termes de fonctionnement et d'efficacité. En ce qui concerne l'évaluation « externe » du RSPA (comparaison RSPA vs maternités participant au réseau sentinelle AUDIPOG), élément méthodologique essentiel à son évaluation (8), toutes les régions de France mettant en place leurs réseaux de soins périnatals, il était impossible d'établir une comparaison avec une région contrôle « non régionalisée ». Les études françaises portant sur le sujet se sont toujours appuyées sur un seul comparatif « l'étalon européen » : 80% d'enfants de moins de 33 SA nés en niveau III (9,10). Mais l'évaluation d'un réseau périnatal ne peut s'arrêter à un seul indicateur. Dans ce sens et suivant les recommandations de l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) (11,12), l'évaluation « externe » pouvait être réalisée à partir du Réseau Sentinelle AUDIPOG permettant de comparer l'ensemble des indicateurs du RSPA à ceux nationaux français.

Outre le fonctionnement et l'efficacité du réseau, l'état d'avancement du réseau permettait aussi de réaliser une première mesure de l'acceptabilité (terme définissant à la fois la perception et l'acceptation de la régionalisation) des professionnels vis à vis de cette nouvelle organisation de soins en Auvergne. Cette étude a été menée parallèlement au sein du réseau Gard-Lozère et dans le département du Rhône.

De fait, le RSPA remplissaient de bonnes conditions pour réaliser son « évaluation globale ». L'objectif de ce travail était donc double :

- évaluer l'acceptabilité de la régionalisation en Auvergne auprès des professionnels de la naissance (et des femmes),
- et évaluer le fonctionnement et l'efficacité du RSPA.

Etat des connaissances

En France, les expériences de prise en charge sanitaire et sociale coordonnée ont commencé à se développer dans les années 70 et ont pris de l'ampleur avec la création des réseaux ville-hôpital à partir de 1991. Par la suite, l'état souhaitant replacer le patient au cœur du système de soins, sont parues les ordonnances de 1996, inscrivant le concept de réseaux en santé (13). Le réseau se définit alors comme un dispositif où les professionnels de santé gravitent autour de chaque patient, afin d'adapter au mieux les soins à leur état de santé et à leur attente. Sur le terrain, quel que soit le domaine médical concerné, la mise en place de ces réseaux en santé a modifié radicalement le système antérieur, bousculant les habitudes. Décloisonner le système de santé a bouleversé et bouleverse encore des pratiques médicales parfois fortement ancrées.

Les professionnels de la périnatalité ont été les premiers à recevoir une sollicitation forte pour mettre en place les réseaux de soins périnatals, dans le cadre des décrets de 1998 (14). Cette politique de régionalisation doit conduire à une orientation des femmes enceintes vers les maternités disposant de l'environnement médical maternel et pédiatrique adapté à leur niveau de risque et à celui de leur nouveau-né (14,15). L'un des éléments principaux de cette politique est d'améliorer le devenir des enfants « grands prématurés » (âge gestationnel < 33 semaines d'aménorrhée) en orientant les femmes « à risque » vers les maternités de niveau III (service de réanimation néonatale dans l'établissement) ou de niveau II (service de médecine néonatale dans l'établissement) ; ces services étant à même de prendre en charge au mieux ces nouveau-nés dès les premières minutes de vie. Cette politique nécessite, a contrario, l'orientation des femmes « à bas risque » vers les maternités de niveau I (sans service néonatal dans l'établissement).

Dès 1996, les sociétés savantes concernées ont commencé à débattre des différents aspects de l'organisation en réseau (5,16-19). Lors des 26èmes journées nationales organisées par la Société Nationale de Néonatalogie, l'intérêt de la régionalisation en terme d'efficacité sur la morbi-mortalité néonatale a été largement discuté, traitant des expériences internationales et françaises (16). En 1998, lors la conférence de consensus organisée par le CNGOF, les différentes modalités d'organisation des réseaux de soins périnatals et les attentes des professionnels vis à vis du travail en réseau ont été abordées (17). En 1999, lors du congrès de l'Association des Pédiatres de langue Française et de la Société Française de Pédiatrie, les professionnels ont commencé à discuter de l'évaluation des réseaux selon un protocole proposé par le CNGOF et l'AUDIPOG (18). La même année, l'European Association of Perinatal Medecine a publié ses recommandations en matière de transfert périnatal (indications et aspects techniques) et d'indicateurs utiles à l'évaluation du fonctionnement ou de l'efficacité de la régionalisation (5). En mars 2000, lors des Journées Nationales de la SFMP, les professionnels ont débattu des aspects financiers et juridiques du travail en réseau (19). Lors des XIèmes Journées de l'AUDIPOG en septembre 2000, les premiers éléments d'un travail de réflexion collective sur les indicateurs de l'évaluation d'un réseau de soins périnatals ont été exposés (20). Cette réflexion collective a été repris par les 4 sociétés savantes concernées (CNGOF, SFMP, FNPN, AUDIPOG) et a été suivie d'un travail de synthèse débouchant sur un protocole commun d'évaluation (7). Suivant ce protocole, les 1ers résultats de l'évaluation du réseau Auvergne ont été présentées en 2002 (21,22) et l'expérience de l'évaluation du réseau Martinique en 2004 (23).

A ce jour, les publications françaises portant sur l'évaluation d'un réseau périnatal ont surtout évalué l'élément majeur de cette politique de santé, à savoir la description du lieu de naissance des « grands prématurés » (AG < 33 SA)[1] (24-27). Peu d'études ont fait état du

[1] Age gestationnel < 33 semaines d'aménorrhée

fonctionnement du réseau en termes de transfert maternel (28) ou d'orientation des femmes à bas risque (29), encore moins en terme d'efficacité sur la santé des mères ou des enfants (30), et aucune en terme d'acceptabilité par les professionnels ou les usagers.

Sur le plan international, de nombreuses publications scientifiques et textes sont relatifs à l'évaluation de la politique des réseaux de soins, en termes de fonctionnement ou d'efficacité, mais aussi d'acceptabilité par les usagers, toutes ces publications faisant état de différentes approches méthodologiques (3,11,17,28,31-66).

Acceptabilité de la politique de santé par les professionnels ou les usagers

En ce qui concerne l'acceptabilité de cette politique de santé par les professionnels, Naiditch en 1996, s'étonnant d'observer une lente diffusion en France des recommandations en matière de transfert in utero beaucoup plus largement pratiqué dans d'autres pays, a recherché dans la littérature les facteurs de résistance au travail en réseau (31). Au terme de sa recherche, il est apparu que l'autonomie professionnelle apparaissait comme un puissant motif de résistance aux changements de pratiques (32), et il concluait alors sur la nécessité d'une appropriation collective par la profession, des modes de régulation et de contrôle de son activité. Deux ans plus tard, fort de l'expérience de régionalisation nantaise, Rozé et al. concluaient que le comportement humain des acteurs du réseau pouvait être une limite à la politique de transfert in utero des femmes « à risque », mais remarquaient qu'aucune enquête épidémiologique n'avaient recherché, auprès des professionnels eux-mêmes, les motifs de ces résistances (33).

Par la suite, lors de la conférence de consensus sur la prise en charge de la femme enceinte, de l'accouchement et du nouveau-né, organisée par le CNGOF en décembre 1998, avantages et inconvénients de la mise en place de réseaux de soins périnatals ont été clairement abordés par tous les acteurs de santé concernés (17). Ils ont discuté des difficultés à modifier des pratiques régionales fortement ancrées, du risque de déqualification du personnel des maternités de proximité, du risque de fuite des parturientes des maternités de niveau I ou II vers les maternités de niveau III, de l'absence de personnel de SMUR accoutumé à la prise en charge d'une femme enceinte en imminence de complication. En résumé, si les acteurs médicaux exigeaient, pour la plupart, que la mise en place de réseaux soit axée sur la complémentarité et la coopération de tous, chacun exprimait aussi des craintes, spécifiques non seulement à leur spécialité, mais aussi à leur région ou au statut de leur structure professionnelle (17).

Dès 1970, plusieurs travaux de sociologie avaient déjà mis en avant ce paradoxe entre l'obligation de concertation et de coordination interprofessionnelle liée au travail en réseau et une culture médicale traditionnellement plus individualiste (32,34-36). Plus récemment, Martin JF, médecin suisse, discutant de son expérience personnelle entre la médecine, la santé publique et la politique a mis en avant toute la difficulté à travailler « sous plusieurs casquettes à la fois », les perspectives de santé publique étant parfois totalement divergentes d'une discipline à l'autre (37).

En ce qui concerne l'acceptabilité des usagers vis à vis de cette politique de santé, de nombreux essais ont montré globalement une plus grande satisfaction des femmes considérées « à bas risque » lorsque la prise en charge était « allégée » (équipe de sages-femmes) par opposition à une prise en charge hospitalière « classique » (38-42).

S'assurer de l'acceptabilité d'une nouvelle politique de santé auprès des intéressés (professionnels et femmes) s'avère être une première étape indispensable à sa mise en œuvre.

En 1999, l'ANAES a largement préconisé d'intégrer cette composante sociale à toute évaluation de pratiques professionnelles (11).

Efficacité et fonctionnement de la politique de régionalisation

En ce qui concerne les changements de pratiques induits par cette politique de santé, en France, dès 1997-98, une analyse réalisée à partir du réseau Sentinelle AUDIPOG a permis de décrire la répartition des naissances selon le niveau de soins des maternités (55). Cette étude a donné une première mesure nationale avant la mise en place effective des réseaux périnatals : 55 % des enfants « grands prématurés » naissaient dans une maternité de niveau III, et 50 % des femmes enceintes « à bas risque » accouchaient dans une maternité de niveau I. La même étude menée dans le réseau de Seine St Denis en 1998-1999, a montré que 65,1 % des « grands prématurés » étaient pris en charge par un établissement de niveau III (28).

En 1999**,** l'analyse du réseau AUDIPOG a montré que le pourcentage des « grands prématurés » ou des enfants de « très petits poids » (< 1500 g) nés dans une maternité de niveau III passait à 80 %, révélant la très bonne adhésion des obstétriciens à l'un des éléments clés de la politique de régionalisation (56). Pourtant, à partir de l'an 2000, l'analyse du réseau AUDIPOG a noté une diminution persistante de ces tendances nationales : la proportion de « grands prématurés » ou d'enfants de « très petits poids » nés dans une maternité de niveau III se stabilisant à 70 % jusqu'en 2001 (57), et chutant même à 65 % en 2002 –2003 (58).

Manque de place ou manque de moyens ? En effet, au niveau national, une augmentation persistante des « effectifs » des « grands prématurés » est observée depuis près de 10 ans (8 800 en 1995, 10 600 1999, 11 200 en 2001 et 13 000 en 2002-2003) (58), alors que les créations de lits sont rares.

De plus en plus d'études font cas, en effet, de certaines limites ou effets secondaires négatifs de la régionalisation (59-66). Si la plus grande difficulté, en obstétrique, reste l'identification des femmes « à risque », les complications obstétricales étant souvent imprévisibles (59) ; plusieurs études effectuées en Europe du Nord ont mis en évidence un dysfonctionnement persistant de la régionalisation, le plus souvent par manque de lits pour le nouveau-né ou la mère (60-62). Par ailleurs, une étude néerlandaise a décrit, parmi les enfants soignés dans des établissements tertiaires (équivalent niveau III en France) et considérés à « bas risque », un taux de mortalité plus élevé que celui attendu (63). Powell *et al* en 1995, en comparant la mortalité des enfants de petits poids selon le niveau de soins à Washington, ont retrouvé un taux de mortalité significativement plus bas chez les enfants de 2000 à 2500 gr nés dans des hôpitaux dits NON tertiaires (équivalent niveau I ou II en France) comparativement aux hôpitaux tertiaires (64). Aux USA, en Iowa, Hein a noté que les hôpitaux qualifiés « hôpitaux tertiaires » étaient ceux qui fournissaient le plus haut niveau disponible de soins et non pas ceux qui avaient systématiquement un néonatologue sur place ou le matériel le plus adapté à la réanimation néonatale (65). Enfin, en Alaska, en dépit d'une régionalisation bien implantée pour les enfants de « très petits poids » (< 1500 g), Gessner *et al.* ont remarqué qu'étendre la régionalisation aux enfants de petits poids compris entre 1500-2499 g pouvait avoir comme seule conséquence d'entraver la diminution des taux de mortalité infantile des enfants de « très petits poids » (66).

Cependant, les études évaluant le rôle du lieu de naissance (niveau III versus niveaux I ou II) ont, depuis longtemps, démontré le bénéfice du transfert materno-fœtal (permettant d'éviter les effets néfastes du transfert postnatal des nouveau-nés) en observant une diminution de la mortalité néonatale des enfants nés en niveau III (43-48). La relation entre « gros volume » de naissances et bas taux de mortalité a aussi été retrouvée plusieurs fois (46,49). Enfin, 2 essais contrôlés réalisés en Amérique du Nord, ont montré qu'une politique de « prise en charge allégée » (effectuée par des sages-femmes en collaboration avec des obstétriciens si

nécessaire) pour les femmes à « bas risque » entraînait une diminution significative des actes médicaux (césarienne, épisiotomie), sans modifier les résultats sur la santé maternelle et néonatale, par rapport à une prise en charge « traditionnelle » hospitalière (50,51).

Néanmoins les résultats des travaux portant sur l'efficacité de l'organisation en réseau de soins périnatals dans sa « globalité » sont plus hétérogènes (3,43,44,52).

D'après Peddle *et al* en 1983, la politique de régionalisation basée sur le volontariat s'est révélée efficace en terme de réduction de la mortalité périnatale (comparaison avant – après) (43). Par contre, l'étude de McCormick *et al*, comparant 8 régions mettant en œuvre une telle politique à 8 régions voisines témoins, n'a pas retrouvé de différence significative en termes d'orientation des femmes avant l'accouchement ou de morbidité néonatale (44). En Caroline du Nord (USA), Siegel *et al* ont effectué 5 mesures annuelles des indicateurs périnatals avant la mise en place du programme de régionalisation et 7 après (série chronologique) ainsi qu'une comparaison à une région témoin (52). S'il n'y avait pas de différences, en termes de mortalité néonatale, entre les 2 régions, ou avant et après le programme, les auteurs ont retrouvé un bénéfice significatif en terme de morbidité néonatale pour la région pilote mais interprètent ces résultats avec prudence. En faisant une étude de cas à Boston (USA) auprès des différents organismes concernés par la régionalisation périnatale (hôpitaux, organisation de santé gouvernementale, assurances) Richardson et al. ont surtout révélé une forte « compétition financière » entre établissements qui pourrait mettre en péril cette pratique de santé (53). Au Japon, la régionalisation étant récente, les auteurs ont rattaché la baisse de la mortalité périnatale aux avancées technologiques et thérapeutiques dans le domaine (54).

En outre, ces études, la plupart de type observationnelles, présentaient certaines limites méthodologiques : biais de contamination, ou non prise en compte de facteur de confusion.

Les revues de la littérature sur la régionalisation, ont d'ailleurs prudemment conclu au bénéfice de la régionalisation des soins sur la morbidité néonatale, en souhaitant le voir confirmé par d'autres études à venir (3,8,67).

Dès 1999, il était possible de réaliser une première évaluation « large » du réseau Auvergne, en utilisant le Réseau Sentinelle AUDIPOG comme référentiel externe national..

Méthodes d'évaluation

En France, en 1995, l'ANDEM (Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale, future ANAES) a publié un guide méthodologique ayant pour but de clarifier les nombreuses interrogations accompagnant un projet d'évaluation d'une action en santé publique (68). En 1999 et 2001, l'ANAES, a réalisé deux autres documents apportant de plus amples éléments de réflexion méthodologique à l'évaluation des réseaux de santé (11,12). Ces 2 documents proposent un cadre d'évaluation des réseaux en santé, en s'appuyant sur un échantillon d'études d'évaluation médicale tiré de la littérature internationale. Mais si les auteurs alimentent notre réflexion sur les méthodes possibles à utiliser, ils soulignent aussi toute la difficulté à transposer ces études, anglo-saxonnes pour la plupart, aux réseaux de santé français. Comme le reconnaissent les auteurs, "*les réseaux de soins restent une innovation qui n'a pas encore produit à ce jour suffisamment de connaissance pour être modélisée et transférable*", et le cadre méthodologique donné reste très général.

Le champ de la recherche sur le système de santé est une problématique récente en France et l'évaluation des réseaux de soins ne pouvait pas s'appuyer d'emblée sur un ensemble préexistant de méthodes validées. Mais comme le précise l'ANAES, l'évaluateur peut les construire progressivement dans une véritable démarche de recherche (11).

Dans le but d'obtenir un protocole d'évaluation commun permettant de confronter les résultats des différents réseaux en s'appuyant sur une méthodologie comparable, la réflexion collective, menée initialement par le CNGOF et l'AUDIPOG (20), a justement été repris par les 4 sociétés savantes dans la spécialité (CNGOF, SFMP, Fédération nationale des Pédiatres et Néonatologues –FNPN, AUDIPOG) et a été suivie d'un travail de synthèse débouchant sur un texte commun, adopté par les Conseils d'Administration des quatre sociétés (7).
Ce protocole d'évaluation, s'appuyant sur les publications scientifiques et recommandations internationales en matière de régionalisation des soins, précise les objectifs, la population étudiée, le type d'étude et les critères d'évaluation (7).

Outils disponibles pour le recueil des indicateurs

Les moyens institutionnels restent insuffisants dans cette spécialité et ne permettent pas de répondre aux questions que se posent les professionnels sur le terrain :
- le PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information) est centré sur des séjours hospitaliers et non sur la grossesse dans son ensemble ;
- les certificats de santé du 8ème jour (CS8) ne concernent aujourd'hui que les naissances vivantes et apportent peu d'informations sur les pratiques de surveillance de la grossesse, de conduite de l'accouchement ou de prise en charge du nouveau-né à la naissance ;
- et les enquêtes ponctuelles, qu'il s'agisse des enquêtes nationales DGS-INSERM (69,70) ou d'enquêtes nationales ou régionales de la CNAMTS (71), sont discontinues dans le temps et apportent des informations trop tardives par rapport à leur période de recueil pour assurer un rôle d'alerte. Ces outils nécessitent ainsi de leur voir associés des registres complémentaires et/ou un élargissement du PMSI (28,72-74).

Partant de ce constat, un système d'informations périnatales homogène, le système d'information France-Périnat [2] a été créé en France. Ce système comprend :
- une norme de dossier commun périnatal de réseau pour chacun des acteurs de santé concerné (dossier périnatal : D31-32, dossier transfert : T11-12 et dossier néonatologie : N11) ;
- un recueil de données unique assurant la compatibilité avec les systèmes institutionnels existants (PMSI, CS8) – (labellisation AUDIPOG) ;
- une informatisation cohérente d'un lieu de prise en charge à l'autre : les plates-formes de communication assurant le partage des données entre tous les établissements et cabinets prenant en charge les patientes et leurs nouveau-nés (plates-formes labellisées AUDIPOG) ;
- et un système d'évaluation AUDIPOG des pratiques et des réseaux, basé sur la confrontation des indicateurs de santé au niveau local (maternité), régional (réseau de soins) et national.
Un tel système peut permettre une analyse fine de l'évaluation du travail en réseau au niveau national.

[2] cf. la plaquette : « qu'est-ce que le système d'information France-Périnat ? (http://audipog.inserm.fr)

Population

Le Réseau de Santé Périnatal Auvergne (RSPA)

Situation géographique de l'Auvergne

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).

Fig 1: la région Auvergne en France

Historique du RSPA

La région combinant à la fois une fécondité faible avec une mortalité périnatale plus élevée que la moyenne, le réseau de soins périnatals d'Auvergne a une existence récente mais une histoire ancienne. Issus d'une même école, les professionnels de la naissance s'entendent bien. Depuis 1988, les soignants travaillent avec un dossier périnatal commun concernant plus de 60% des naissances de la région. Conçu comme un dossier « papier » de pré-saisie de données informatisables, il a survécu à l'essai d'un système informatique insuffisamment puissant, et est resté le ciment de la cohésion du groupe. Ce 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 mieux équipé, soit consultant alternativement le médecin spécialiste (quelque soit son lieu d'exercice) et le médecin généraliste. On voit ainsi que se sont mises spontanément en place certaines conditions indispensables au bon fonctionnement d'un réseau, tels que l'homogénéisation des pratiques de soins ou le système d'information à travers le dossier unique, un fonctionnement ville-hôpital et le début de graduation des niveaux de soins.

Ce dernier point a d'ailleurs conduit à organiser, en Juin 1994, une réunion ouverte à tous les acteurs de la périnatalité sur le thème des transferts des mères ou des nouveau-nés et d'une façon plus générale sur la notion de graduation des niveaux de soins. A la lumière de certains dysfonctionnements, 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'agissait d'un réseau inter-établissements qui avait prévu son extension vers la ville et la santé publique.

A ce jour, le Réseau de Santé Périnatale Auvergne (RSPA) a été constitué avec 5 objectifs principaux :

- promouvoir le principe d'amélioration de la qualité de la prise en charge en assurant la continuité, la coordination des soins et l'optimisation de l'orientation du patient dans le respect des principes de graduation des niveaux de soins ;
- améliorer la circulation des informations médicales dans l'intérêt des patients et le respect de la confidentialité ;
- favoriser le maintien du lien familial ou social des nouveau-nés et de leur mère, y compris lorsque le niveau de soins nécessaire impose un éloignement du domicile familial ;
- évaluer régulièrement l'organisation et l'impact de son fonctionnement à l'aide d'un système d'information commun ;
- mettre en place après évaluation, des actions ciblées, durables ou ponctuelles, d'éducation sanitaire, de formation permanente ou d'observation dans des domaines améliorables.

Distribution des maternités du RSPA de 1999 à 2002

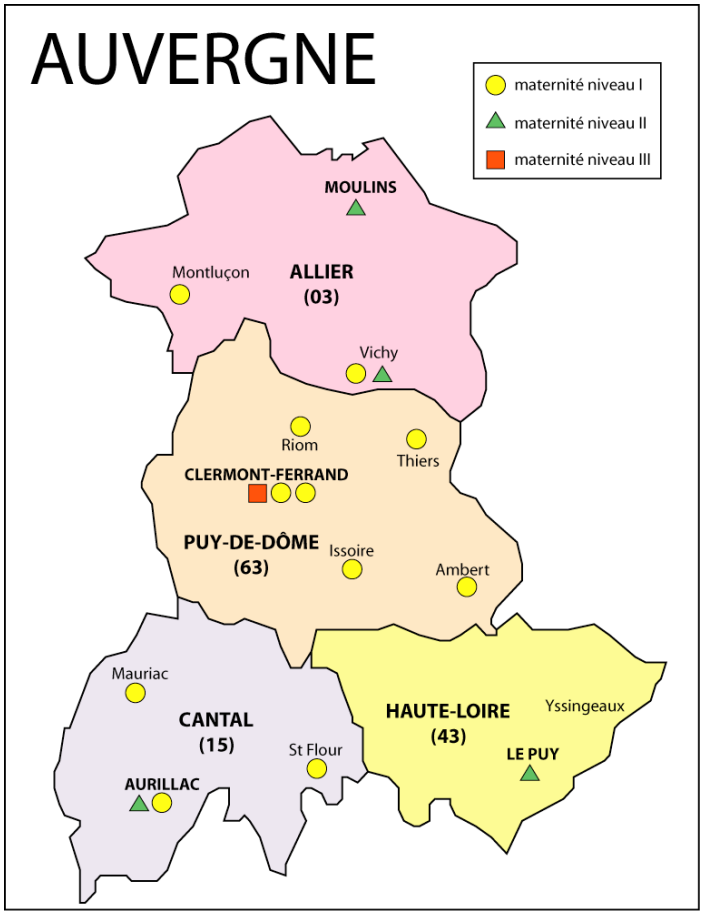


Fig 2: Distribution des maternités du RSPA
de 1999 à 2002 selon leur niveau de soins

Structure juridique et composition du RSPA

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 de type 1901 adhérent au GIE au même titre que les établissement et permettant ensuite d'intégrer chaque professionnel libéral « 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 (63)*	**Niv. II CHG**	**Niv. I CHG**	
Obstétriciens	Dr. C. HOULLE	Dr. G. WIRTH (15)*	Dr.A. MANSOOR (63)*	Dr. B. DUCROZ (03)*
Pédiatres	Dr P. VANLIEFERINGHEN	Dr. S GALLET (03)*	Dr. Y. LORIETTE (63)*	Dr. D. KALENDAROV (63)*
Anesthésistes	Dr. B. STORME	Dr. R. CANCE (43)*		Dr. P. JOUVE (63)*
Sages-femmes	Mme C. FOULHY	Mme. J. VINCENT (03)*		Mme A-M GALLON (63)*
Puéricultrices	Mme B. PLANEIX	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 (Niveau III), le Vice-Président : Dr Jean-Luc MEYER représentant les maternités privées (Niveau II) et les membres : le Dr Michel ROUGE, représentant les professionnels de santé libéraux, M. Robert FAVRE-BONTE représentant les maternités publiques (Niveau II), M. Jean-Paul PETRYSZYN représentant les maternités publiques (Niveau I), le Dr Françoise VENDITTELLI et le Dr Pierre JOUVE représentants le Conseil Scientifique.

Système d'information du RSPA

Le système actuel

Le système d'information du RSPA comprend notamment (75) :

- 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 présenté ci-après) ;
- Un système de visioconférence régionale hebdomadaire destiné à permettre une 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 système à venir : le système d'information France-Périnat

L'objectif d'un système d'information est de fournir un outil de gestion des patientes et des services, mais aussi de surveillance des indicateurs de santé, et d'évaluation des pratiques médicales ainsi que des politiques de santé.

Dès l'annonce de la politique de régionalisation, l'AUDIPOG proposait de mettre en conformité son système d'information AUDIPOG à ce nouvel objectif d'évaluation des réseaux de soins périnatals, en termes d'impact, de fonctionnement et de résultats. C'est alors qu'un tournant décisif a été franchi en 2001 lorsque les principales associations de professionnels de la naissance (CNGOF, FNPN, SFMP et AUDIPOG) ont établi, en commun, la liste des indicateurs et outils d'évaluation des réseaux de soins périnatals.

Le système d'information AUDIPOG repose sur :

- un dossier périnatal commun, le dossier AUDIPOG », compatible avec les systèmes institutionnels (PMSI, certificats de santé du 8ème jour)
- une informatisation cohérente des différents lieux de prise en charge des femmes enceintes et de leurs nouveau-nés (logiciels labellisés AUDIPOG)
- une plate-forme de communication permettant l'échange et le partage des données entre les différents acteurs de santé du réseau , selon les items du dossier périnatal partagé, (plate-forme labellisée AUDIPOG).

(voir document joint)

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. 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 *la 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 au serveur. 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. Dans le respect de la propriété des données confidentielles du dossier, l'accès d'un intervenant au dossier partagé sur le « serveur » est soumis à une autorisation de la patiente et à une authentification des médecins (cartes CPS pour les acteurs de santé, cartes vitales ou code d'accès confidentiel pour les patients).

De la base de données « nominative », constituée sur la plate-forme de communication, sera extractible une base de données « anonymisée » destinée à son exploitation 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, 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.

Le système d'information en cours d'installation comprendra en plus de l'existant (75) : l'informatisation des établissements, une plate-forme de communication et le système d'évaluation des pratiques et du réseau.

Le Réseau Sentinelle AUDIPOG

L'objectif d'un réseau « sentinelle » est de constituer un système de veille sur l'évolution des indicateurs de santé, afin de permettre aux professionnels, comme aux décideurs de réagir au plus vite face à certaines situations préoccupantes. Or, nous ne disposons pas en France de système permanent de surveillance des indicateurs de santé périnatale, alors que nous avons besoin aujourd'hui, plus encore que par le passé, de suivre, année après année, l'évolution des indicateurs, en raison notamment de la mise en application des décrets de 1998 sur la régionalisation des soins périnatals (14,15).

Partant du constat que les moyens institutionnels restent insuffisants dans cette spécialité, depuis 1994, chaque année, une centaine de maternités a mis en commun les données individuelles de leurs patientes et de leurs nouveau-nés, un mois par an. Ainsi est né, sous l'impulsion de professionnels volontaires, le Réseau Sentinelle AUDIPOG, avec pour objectif de suivre l'évolution des indicateurs de santé au sein du Réseau, de promouvoir une démarche d'évaluation des pratiques médicales et de mettre en place des études multicentriques (76).

Pour pallier l'inconvénient du volontariat, les estimations sont fournies en appliquant une technique de standardisation des taux permettant de respecter la distribution conjointe des accouchements selon la zone géographique et le type d'établissement de la maternité (57). La distribution de référence utilisée est la distribution des accouchements en France par zone géographique et type d'établissement établie à partir des statistiques d'activité des établissements (SAE) 1999 (cédérom édité par la DRESS, 2001). Quelques données descriptives fournies par l'INSEE ont permis de conforter les résultats du réseau AUDIPOG concernant les paramètres de recrutement de nos échantillons. D'après l'enquête démographique de 1994 (77), l'âge moyen des femmes à la naissance de leur 1er enfant était de 28,8 ans alors que le réseau AUDIPOG donnait des âges moyens à 28,6 ans en 1994, et 1995 et 29 ans en 1996 et 1997. La même enquête indiquait un taux de primipares de 45 % similaires à celui du réseau AUDIPOG. Les enquêtes INSEE sur l'emploi de 1994 et 1997 (78,79) donnait un taux d'activité des femmes de 15 à 39 ans travaillant pendant leur grossesses à 60 % concordant avec celui du réseau sentinelle. En ce qui concerne les données obstétricales, les résultats obtenus à partir de l'enquête nationale DGS/INSERM conduite en 1995 (69) a montré la grande proximité des estimations fournies par ces deux sources (80). A titre d'illustration, citons : la fréquence des antécédents de césarienne chez les multipares (15,8 % au sein du Réseau Sentinelle contre 16,1 % dans l'enquête DGS/INSERM), le taux d'amniocentèse (10,5 contre 11,1 %), la fréquence de la présentation du siège (5,4 contre 5,5 %), le taux de césarienne (17,3 % au sein du réseau, quand on le rapporte aux enfants contre 17,5 % dans l'enquête DGS/INSERM), la fréquence de l'anesthésie péridurale (59,2 contre 58 %) et le taux d'accouchements prématurés en cas de grossesse unique (5,3 % selon les deux sources).

Quant à la qualité des données collectées, le recueil des données « à la source », à partir d'un dossier périnatal, largement répandu, apporte une certaine garantie de qualité. Un travail réalisé au sein d'une maternité avait antérieurement comparé les données du dossier informatisé AUDIPOG à celles du dossier-papier du service et constaté leur très bonne concordance, comparativement à ce qui était observé au niveau du certificat de santé (81).

Dès le début de l'année suivante, les indicateurs de santé obtenus sont diffusés aux membres du Réseau, constituant un référentiel externe de pratiques et de résultats (55-58,76,80,82-85). Régulièrement, des travaux scientifiques spécifiques sont issus de la base de données commune du réseau (55,56,86-92).

De plus en plus mobilisées par cet objectif commun, les 106 maternités participant au réseau sont allées au-delà de la mise en commun habituelle des données, en adressant plusieurs mois à un an de dossiers, ce qui porte, à ce jour, l'ensemble du fichier du Réseau à 180 000 accouchements.

L'analyse des données du Réseau Sentinelle reste essentiellement descriptive, afin d'établir un référentiel d'activité permettant à chaque professionnel de confronter ses propres indicateurs de recrutement, de pratiques et de résultats à ceux du Réseau Sentinelle. Ces références ne doivent pas être considérées comme « normatives » mais indicatives des pratiques moyennes en France, dans le but de susciter une réflexion et une auto-évaluation des pratiques dans les maternités. Mais le Réseau Sentinelle peut permettre une analyse fine de l'évaluation du travail en réseau au niveau national.

Protocole d'évaluation : indicateurs et outils d'évaluation

Dans le but d'obtenir un protocole d'évaluation commun permettant de confronter les résultats des différents réseaux en s'appuyant sur une méthodologie comparable, la réflexion collective, menée initialement par le CNGOF et l'AUDIPOG (20), a été repris par les 4 sociétés savantes dans la spécialité (CNGOF, SFMP, FNPN, AUDIPOG) et a été suivie d'un travail de synthèse débouchant sur un texte commun, adopté par les Conseils d'Administration des quatre sociétés (7).
Ce protocole d'évaluation, reproduit ci après, s'appuyant sur les publications scientifiques et recommandations internationales en matière de régionalisation des soins, précise les objectifs, la population étudiée, le type d'étude et les critères d'évaluation (7).

Consensus des 4 sociétés françaises (CNGOF, FNPN, SFMP, AUDIPOG) (article)

Confère article [3].

Ma participation à ce travail

Ma participation à ce travail a été de réaliser la revue de la littérature concernant l'évaluation de la régionalisation périnatale et de participer à la rédaction de l'article correspondant (introduction).

[3] Mamelle N, David S, Lombrail P, Rozé JC, et les membres du groupe de travail CNGOF, FNPN, SFMP, AUDIPOG. Indicateurs et Outils d'Evaluation des Réseaux de Soins Périnatals. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2001,30:641-56.

La situation en France avant la régionalisation

Méthodes

Population

Les fichiers du Réseau Sentinelle de 1997 à 1998 comprennent les accouchements réalisés, au mois de janvier de chaque année, dans 105 maternités en 1997 et 89 en 1998. Compte tenu de difficultés dans la saisie ou l'exportation des données concernant les grossesses multiples, les fichiers ont été réduits aux grossesses uniques, soit 9 640 accouchements en 1997 et 8 221 en 1998.

Caractéristiques étudiées

Groupes de femmes et de nouveau-nés étudiés

Les groupes de femmes et de nouveau-nés étudiés étaient de 3 ordres : des groupes de femmes à « risque » présentant des facteurs de risque en début ou en en fin de grossesse, des groupes d'enfants à « risque » en raison de leur état à la naissance, et enfin des groupes de femmes à « bas risque ». Ces sous-groupes ont été définis de la façon suivante :

a/ sous-groupes de femmes à "haut risque" :

Chaque critère était étudié isolément : âge maternel < 18 ans ou ≥ 35 ans, bas niveau d'études, être célibataire, antécédents de prématurité ou de mort néonatale (mort-nés ou mort néonatale), pathologie au cours de la grossesse : menace d'accouchement prématuré (MAP), diabète, hypertension artérielle (HTA), retard de croissance intra-utérin (RCIU).

b/ sous-groupes d'enfants à "haut risque" :

Chaque critère était étudié isolément : prématurité (< 33, 33-34, 35-36 SA), faible poids de naissance (<1500, 1500-2499 gr), état nécessitant un transfert (immédiat ou secondaire), état nécessitant une réanimation en salle de travail.

c/ sous-groupes de femmes à "bas risque" :

2 définitions on été utilisées, celle AUDIPOG définie en 1994 et celle du britannique Cleary définie en 1996.

La définition AUDIPOG inclut les critères suivants (55): âge ≥ 18 et < 35 ans, absence d'antécédents médicaux ou gynécologiques nécessitant une surveillance particulière de la grossesse, absence d'antécédents néonatal : prématurité, mort-nés ou mort néonatale, absence d'utérus cicatriciel, absence de pathologies au cours de la grossesse (MAP, HTA, diabète, RCIU, macrosomie, anomalies du liquide amniotique), grossesse unique, présentation céphalique du nouveau-né.

La primipare standard de Cleary est définie par les critères suivants (93) : primipare, age ≥ 20 et < 35 ans, taille > 155 cm, née en France, absence de pathologies au cours de la grossesse (MAP, HTA, diabète, RCIU, macrosomie, anomalies du liquide amniotique), grossesse unique, présentation céphalique du nouveau-né, AG ≥ 37 SA.

Caractéristiques de maternités étudiées

Les caractéristiques de maternité étudiées étaient : le niveau de soins de la maternité (I, II ou III), le statut juridique : centre hospitalo-universitaire (CHU), centre hospitalier général (CHG) et maternité privée (incluant les établissements privés participant au service public), la

taille repérée par le nombre d'accouchement annuel : < 1000, de 1000 à 1499, de 1500 à 1999 et ≥ 1500 accouchements /an.

Analyse statistique

L'analyse a été conduite de façon purement descriptive, au sein de chaque sous-groupe étudié, et présentait la répartition des lieux d'accouchements et de naissances selon le niveau de soins, le statut juridique et la taille de la maternité en 1997-98.

Afin de pallier l'inconvénient d'un fichier constitué à partir de maternités volontaires, une technique de redressement de l'échantillon a été élaborée et décrite antérieurement (76,94) : elle a consisté en un ré-échantillonnage par tirage au hasard au sein de chaque fichier annuel afin d'obtenir un échantillon respectant strictement les distributions marginales d'accouchements par zone géographique d'une part et par type d'établissements d'autre part et au mieux la distribution conjointe d'accouchements par zone géographique et type d'établissements. La description a donc porté sur les fichiers redressés du Réseau Sentinelle de 1997 et 1998, soit 4200 accouchements en 1997 et 3650 en 1998.

L'analyse a été réalisées sur le logiciel SAS (SAS Institute Inc., SAS/STAT® *User's Guide, Version 6, fourth Edition Vol 2*: Cary, NC: SAS Institute Inc; 1989)

Résultats (article)

Confère article [4]

Ma participation à ce travail

Ma participation à ce travail a été le contrôle de la qualité des données, l'analyse statistique, l'interprétation des résultats et la rédaction de l'article correspondant.

[4] David S, Mamelle N, Rivière O, et les obstétriciens participant au Réseau Sentinelle AUDIPOG. Qui accouche où, qui nait où ? Analyse à partir du Réseau Sentinelle AUDIPOG 1997-98. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2000;29(8):772-83.

L’acceptabilité de la politique de réseau par les professionnels et les femmes en Auvergne

L'acceptabilité de la politique de réseau par les professionnels

Méthodes

Population

La population cible était 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.

En dehors du réseau Auvergne, 2 autres réseaux de santé périnatale ont été pris en considération : 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), et le réseau Gard-Lozère (1 198 professionnels, 9 maternités, 7 300 grossesses /an).

Type d'étude

L'étude comprenait 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.

L'étude psychosociologique

Echantillonnage

La population source était celle des professionnels de santé impliqués dans le réseau Aurore. En effet, ce réseau, en phase de structuration, était favorable à la réalisation de l'étude exploratoire.

Une cinquantaine de personnes a été enquêtée selon une stratification respectant la diversité et la proportion des différentes catégories professionnelles et structures périnatales (95-98). 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).

Réalisation des entretiens

Des **entretiens semi-directifs** (selon un canevas d'entretien) ont été menés par 3 psychosociologues (Christine Durif-bruckert, Jean-Pierre Durif Varembont et Corinne David) et un médecin (moi-même) formé à la technique d'entretien (95,99-102), 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

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 l'hôpital et la 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.

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 (95,103) 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 (104) et D. Jodelet (105), 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 (106). Les travaux sur les questions d'organisation du travail et d'expertise médicale ont aussi constitués des repères complémentaires pour l'analyse des résultats (107).

– 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).

Développement d'un questionnaire auto-administré

Le questionnaire reposait sur les résultats de l'analyse de contenu réalisés précédemment et les données de la littérature d'autre part (17).

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 interprofessionnelle, 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 (108,109). 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 [5].

L'étude épidémiologique

Échantillonnage

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

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 nécessaire à cette étude descriptive était de 385 pour l'ensemble des deux réseaux (précision de l'IC à 95 % (somme

[5] Cf. annexe

des deux bras de l'intervalle = 10 %) (110). 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).

Administration du questionnaire

Le questionnaire a été envoyé à 1 128 professionnels (en prévision des soignants ne s'occupant pas de grossesse ou de néonatologie), le taux de participation à l'enquête (auto-questionnaire postal avec relance téléphonique) a été de 80 % (909 professionnels ont renvoyés le questionnaire). Au niveau de cet échantillon, les professionnels ne s'occupant pas de grossesse ou de néonatologie 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 exclues 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 impliqué dans le réseau Auvergne (les professionnels travaillant dans des maternités). Ces 375 professionnels ont constitué l'échantillon dit « de travail » qui a été utilisé pour la construction des scores.

Analyse statistique

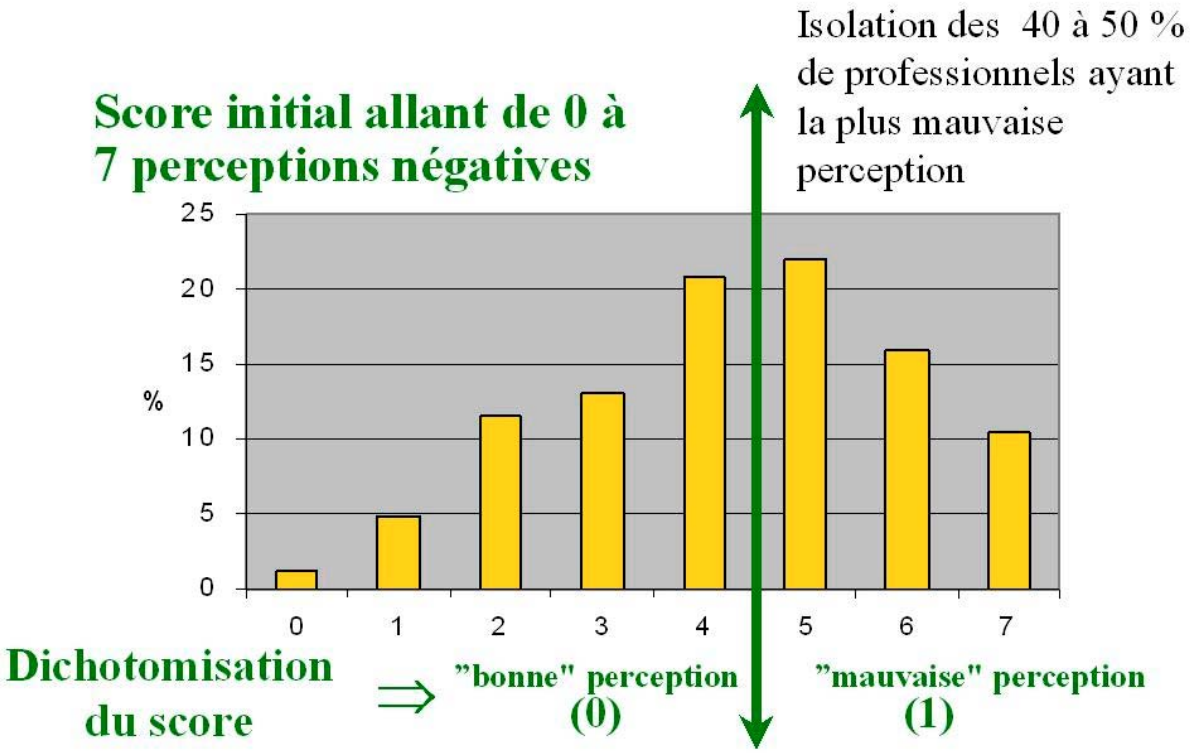
Dans le questionnaire, chacune des 8 dimensions psychosociologiques a été développée en 5 à 7 questions. Une échelle variant de 1 à 4 était rattachée à chaque question, indiquant le degré d'acceptabilité de cette politique de santé par les professionnels (pas du tout d'accord, pas trop d'accord, plutôt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

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 effectués par les psychosociologues et, a posteriori, à partir de l'estimation des coefficient de Cronbach pour chacune des dimensions (rang : 0,5 à 0,71) (111).

a) Construction des scores

Les scores ont été construits à partir de l'échantillon « de travail » (112) :

- 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 5 (ou 7) suivant 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 (cf. figure ci-après).



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

b) 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. En outre, 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).

c) 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.

L'analyse a été réalisées sur le logiciel SAS (SAS Institute Inc., SAS/STAT® *User's Guide, Version 6, fourth Edition Vol 2*: Cary, NC: SAS Institute Inc; 1989)

Collaborations

Réseaux périnatals

- Les professionnels du réseau Aurore (coordination Pr. RC Rudigoz)
- Les professionnels du Réseau Gard-Lozère (coordination Pr. G Masson).

Equipe psychosociologique

- Christine Durif-Bruckert (psychologue et anthropologue / GRIC – CNRS UMR 5612),
- Jean-Pierre Durif-Varembont, Patrick Sharnitsky (psychologues / Institut de psychologie, Lyon),
- Corinne David (psychologue du travail).

L'élaboration du canevas d'entretien et l'analyse de contenu de l'étude psychosociologique ont été réalisées par l'équipe psychosociologique.

Résultats des deux études (rapport et article)

Résultats de l'étude psycho-sociologique

Une synthèse des résultats de l'étude a été établie à partir du rapport princeps : C Durif-Bruckert, S David, P Scharnitzky, J-P Durif-Varembont, N Mamelle. Perceptions du décret périnatalité d'octobre 1998. Evaluation de son applicabilité auprès des professionnels de santé. INSERM U369 et CNRS UMR 5612, 2002. (http://audipog.inserm.fr/)

Confère synthèse [6] page suivante

L'article correspondant à cette étude sera finalisé et soumis en octobre 2004 [7].

[6] S David, C Durif-Bruckert, P Scharnitzky, J-P Durif-Varembont, N Mamelle. Perceptions du décret périnatalité d'octobre 1998. Evaluation de son applicabilité auprès des professionnels de santé (synthèse). INSERM U369 et CNRS UMR 5612, 2002. http://audipog.inserm.fr/)

[7] Durif-Bruckert C, David S, Durif-Varembont JP, Scharnitsky P, Mamelle N. Le décret sur la périnatalité : critères et argumentations concernant son application 2004, soumis

Perceptions du décret périnatalité d'octobre 1998. Evaluation de son applicabilité auprès des professionnels de santé (synthèse).

I/ 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.

II/ 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.

III/ Points négatifs du décret et obstacles à son application

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

Le décret est rédigé "d'en haut"

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, il 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*» (sages-femmes), « *l'hôpital aurait drôlement intérêt pour désengorger ses services d'avoir comme relais les généralistes et les sages-femmes* » (obstétricien, niveau II).

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).

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* ».

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 a 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* ».

IV/ Problématiques et risques suscités par son application

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

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). 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).

<u>*La question de l'orientation des femmes*</u>

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.

Clivage entre les centres de différents niveaux, ressenti comme une succession 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 et certains pédiatres ne partagent pas ce vécu de déqualification dans la mesure où 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.

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* ».

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* ».

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* ».

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* ».

– 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…

V/ 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.

VI/ 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).

VII / 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.

Résultats de l'étude épidémiologique (article)

Confère article [8]

Ma participation à ce travail

Ma participation à ce travail a été la rédaction du protocole (conjointement avec Nicole Mamelle), la gestion et la coordination de l'étude, la prise de RDV avec les professionnels du Rhône pour l'entretien, la transcription des entretiens, l'élaboration du questionnaire (conjointement avec Nicole Mamelle et l'équipe de psychosociologues), le recueil des données (conjointement avec Corinne David), le contrôle de qualité des données, l'analyse statistique, l'interprétation des résultats et la rédaction de l'article correspondant à la méthodologie de cette étude et aux résultats de l'étude épidémiologique.

[8] David S, Durif-Bruckert C, Durif-Varembont JP, Lemery D, Masson G, Scharnitsky P, Claris O, Mamelle N. Perinatal Care Regionalization and Acceptability by Professionals in France. 2004, accepté

L'acceptabilité de la politique de réseau par les femmes (protocole d'étude)

Population

La population cible sera celles des femmes enceintes domiciliées en Auvergne, et devant accoucher dans l'une des maternités du réseau Auvergne. Du fait du petit nombre de femmes transférées, l'échantillon comprendra les femmes ayant été transférées et un échantillon de femmes ayant accouché dans leur maternité d'origine.

Type d'étude

Le type d'étude sera calqué sur l'évaluation de l'acceptabilité auprès des professionnels et comprendra :

- un 1er volet qualitatif exploratoire, de type psychosociologique, basé sur une trentaine d'entretiens semi-directifs, suivis d'une analyse de contenu de ces entretiens ;
- un 2ème volet quantitatif, de type épidémiologique, basée sur une enquête par questionnaire auprès d'un échantillon représentatif de la population cible.

Critères d'évaluation

Comme précédemment, les principales dimensions psycho-sociologiques du questionnaire seront issues de l'analyse de contenu et de la littérature.

Recueil des données

Le questionnaire pourrait être distribué en 2 temps :

- ***en début de grossesse*** (après diffusion de l'information sur l'organisation en réseau de soins, par les professionnels de santé) pour mesurer l'acceptabilité du principe de cette politique.
- ***après l'accouchement***, pour mesurer l'acceptabilité « en pratique » de cette politique.

Analyse

– ***analyse descriptive*** des réponses aux questions relatives à chaque dimension et comparaison des caractéristiques des répondants et des non-répondants ;

– ***analyse des propriétés psychométriques*** : étude des corrélations entre les questions afin de déterminer les questions redondantes, puis analyse de la cohérence interne entre les questions au sein de chaque dimension ;

– ***construction de scores d'acceptabilité*****,** permettant de ***quantifier*** les différentes dimensions psychosociologiques ;

– ***comparaison*** d'un temps à l'autre (en début de grossesse et après l'accouchement), et en fonction d'une orientation ou non au cours de la grossesse.

Réalisation de l'étude

Les entretiens exploratoires (1er volet de l'étude) devraient débuter en octobre 2004

.

L'évaluation interne et externe du Réseau en Santé Périnatale Auvergne

Méthodes

La phase expérimentale de l'évaluation du RSPA faisant l'objet de cette thèse a porté sur des échantillons chaque année et non sur les cohortes exhaustives comme cela aura lieu après la mise en place de l'informatisation du réseau.

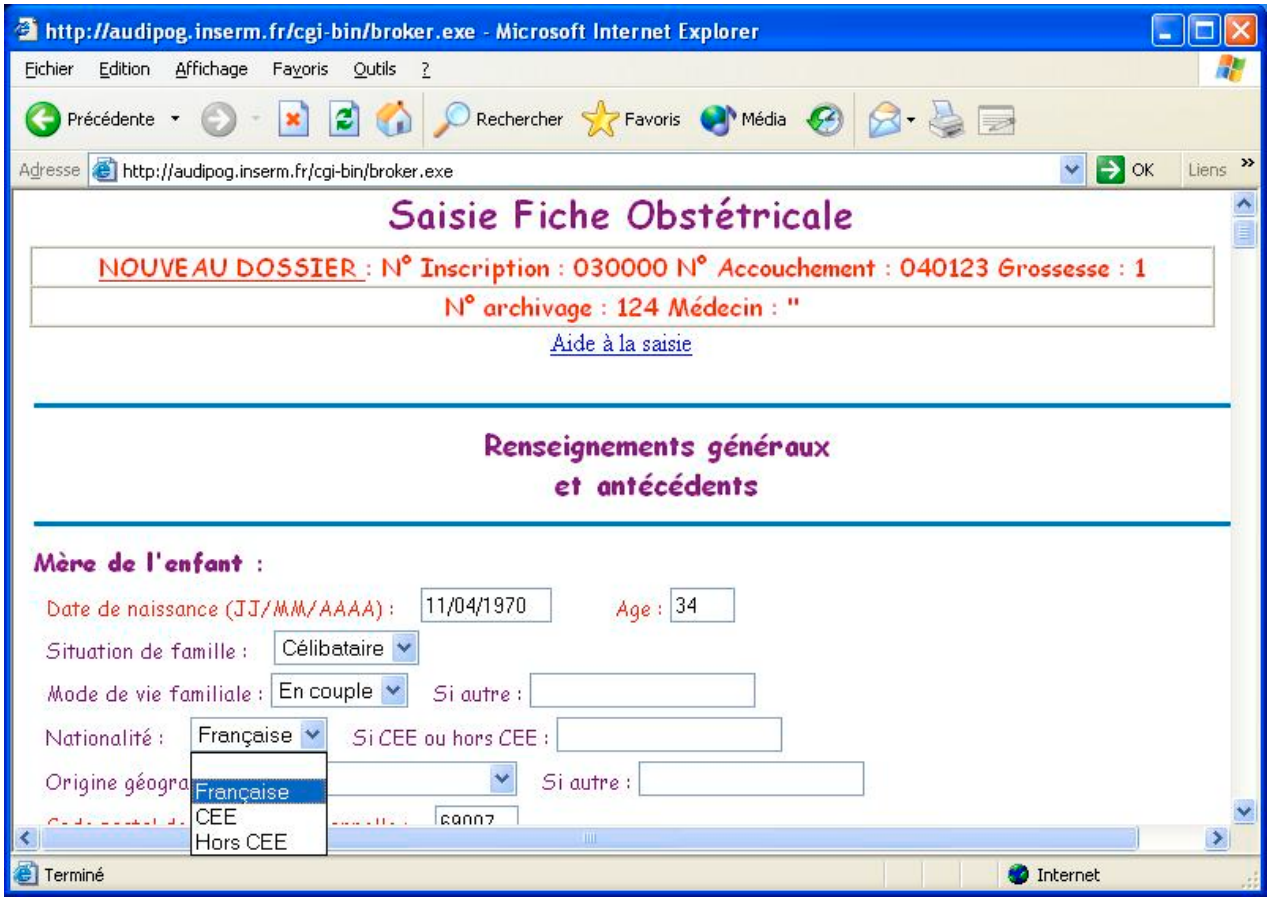
Population

Femmes enceintes suivies par les acteurs de santé du RSPA, et ayant accouché dans l'une des maternités du réseau.

Recueil de données

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

- recueil à partir des dossiers AUDIPOG dans les services, par des sages femmes ou des élèves sages femmes moyennant une rémunération ;
- saisie des données sur le module de saisie du site Internet AUDIPOG (cf. figure ci après) ou sur des fiches papier avec saisie en différé à AUDIPOG (excepté les données 2000 et 2001 du CHU qui ont été exportées à partir d'un programme de saisie incluant seulement les données de l'ancien dossier AUDIPOG D11).


http://audipog.inserm.fr/cgi-bin/broker.exe - Microsoft Internet Explorer
Fichier Edition Affichage Favoris Outils ?
Précédente Rechercher Favoris Média
Adresse http://audipog.inserm.fr/cgi-bin/broker.exe
OK Liens
Saisie Fiche Obstétricale
NOUVEAU DOSSIER : N° Inscription : 030000 N° Accouchement : 040123 Grossesse : 1
N° archivage : 124 Médecin : "
Aide à la saisie
Renseignements généraux
et antécédents
Mère de l'enfant :
Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 11/04/1970
Age : 34
Situation de famille : Célibataire
Mode de vie familiale : En couple
Si autre :
Nationalité : Française
Si CEE ou hors CEE :
Origine géogra
Si autre :
Française
CEE
Hors CEE
Terminé
Internet

Echantillons

L'échantillon total, recueilli auprès des 16 maternités, comprenait 2 160 naissances en 1999, 861 en 2000, 1 232 en 2001 et 1 362 en 2002 (cf. tableau détaillant le nombre de naissances et le nombre de mois de participation par maternité).

Nom de l'établissement	Statut juridique	Niveau de soins	Nombre de naissances et nombre de mois de participation							
			1999		2000		2001		2002	
Polyclinique St François - St Antoine 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 Vichy	CHG	II	106	2 mois	55	1 mois	51	1 mois	99	2 mois
CH St Flour	CHG	I	63	2 mois	38	1 mois	25	1 mois	71	2 mois
CH 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 Aurillac	CHG	II	122	2 mois	0		89	1 mois	172	2 mois
CH Mauriac	CHG	I	21	2 mois	0		8	1 mois	0	
CH Le Puy	CHG	II	216	2 mois	101	1 mois	97	1 mois	0	
CHG Riom	CHG	I	69	2 mois	29	1 mois	36	1 mois	0	
CH Thiers	CHG	I	51	2 mois	25	1 mois	24	1 mois	0	
CH 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 Clermont Ferrand	CHU	III	394	2 mois	136	1 mois	190	1 mois	339	2 mois
Clinique 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	

En l'absence de participation de certaines maternités du RSPA en 2000 et 2002, une technique de standardisation des taux basée sur la distribution annuelle régionale des naissances par type d'établissement (CHU, CHG ou maternités privées) a été appliquée. Cette technique présentait l'avantage de pouvoir décrire les indicateurs au niveau régional. Quant aux données 1999 et 2001, toutes les maternités du réseau ayant participé, elles ont été analysées telles quelles.

Type d'étude et stratégie d'analyse

Etude épidémiologique évaluative du réseau Auvergne composée de deux parties (cf. figure ci après) :

– 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 (en 2000-01 et en 2002).

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

Exemple de l'évolution des naissances en niveau III des grands prématurés < 33 sem

Evaluation externe

Evaluation interne

Année	Réseau Auvergne	France
1997		55 %
1998		
1999	65 %	77 %
2000-01	77 %	71 %
2002	81 %	60 %

Critères d'évaluation (indicateurs périnatals)

Concernant les indicateurs maternels de fonctionnement, l'étude a décrit les orientations des femmes (consultation ou hospitalisation) des maternités de niveau I ou II vers les maternités de niveaux II ou III avec retour à la maternité d'origine, les transferts maternels avant accouchement des maternités de niveaux I ou II vers les maternités de niveaux II ou III sans retour à la maternité d'origine, et le lieu d'accouchement des femmes à « bas risque ».

Pour construire des groupes homogènes de femmes à « bas risque », 2 définitions ont été utilisées, celle AUDIPOG (55) et celle de Cleary (93), décrits précédemment (cf. page 57).

En ce qui concerne les indicateurs néonatals de fonctionnement, l'étude a décrit les transferts des enfants des maternités de niveau I vers les maternités de niveaux II ou III, les transferts des enfants des maternités de niveau I vers les unités de réanimation ou de chirurgie (transferts traduisant une morbidité grave), la mortalité en salle de naissance (mortalité fœtale, mort-nés et mortalité en salle de naissance), et le lieu de naissance des enfants à « haut risque » (AG < 33 SA ou poids < 1 500 gr).

Analyse statistique

- Analyse descriptive des échantillons de femmes et d'enfants en Auvergne ;
- Comparaison des indicateurs avant puis après la formalisation du réseau au sein du réseau Auvergne (test du chi-deux, test exact de Fisher et test de tendance linéaire de Cochran-Armitage) ;
- Confrontation des résultats du réseau régional à ceux obtenus au niveau national dans le cadre du Réseau Sentinelle AUDIPOG, les indicateurs périnatals AUDIPOG étant assortis d'un IC à 95% (http://www.ac-poitiers.fr/math/prof/resso/cali/ic_phrek.html, méthode de l'ellipse).

Résultats (article)

Confère article [9]

Ma participation à ce travail

Ma participation à ce travail a été le contrôle de qualité des données, l'analyse statistique, l'interprétation des résultats et la rédaction de l'article correspondant.

[9] **David S**, Vendittelli F, Lemery D, Rivière O, Mamelle N. Internal and external assessments of a French perinatal network. **2004**, soumis

Discussion

[10] Bien que la régionalisation soit toujours discutée (1,51,63,66,113), les réseaux périnatals se développent. Après revue des principales études relatives à l'évaluation de la régionalisation, Watson a posé une question essentielle : « la régionalisation semble efficace mais quels sont les véritables aspects de la régionalisation responsable de l'amélioration des résultats ? » (1). En effet, pour comprendre et améliorer la régionalisation, il est nécessaire de bien évaluer tous les aspects de cette nouvelle organisation de santé : son acceptabilité auprès des professionnels, son acceptabilité auprès des femmes, la modification des pratiques médicales induites par cette politique au niveau du transfert néonatal mais aussi au niveau de l'orientation des femmes avant l'accouchement, et enfin son efficacité sur la santé des mères et des enfants. Notre travail, initié par un consensus des principales sociétés savantes concernées (7) présente l'intérêt d'aborder, au niveau d'un réseau de soins périnatals, quasi tous les aspects de son évaluation (l'évaluation de l'acceptabilité des femmes est à venir).

L'évaluation du fonctionnement réalisé ici était une première approche, avec les moyens disponibles, de ce que devrait être l'évaluation du RSPA selon le protocole initial développé par les société savantes concernées (7). Cette évaluation devra porter sur l'ensemble des femmes enceintes ayant consulté dans le RSPA et devant accoucher dans le réseau (données annuelles avec un suivi). N'avoir qu'un échantillon de données a d'ailleurs été l'une des principales raisons de ne pas évaluer l'efficacité du RSPA sur la santé des mères et des enfants. Seule la mortalité néonatale jusqu'en salle de naissance a été décrite. En effet, ces échantillons ne nous permettaient pas d'analyser correctement les évènements rares et certains indicateurs nécessitaient un suivi postnatal que nous n'avions pas (mortalité néonatale précoce (< 8 j), tardive (8 à 28 j) ou mortalité maternelle dans les 42 j suivant l'accouchement). Ensuite, la régionalisation était encore jeune et il paraissait difficile de différencier l'effet lié à la régionalisation de la tendance amorcée avant son introduction.

En outre, les résultats traitant des transferts maternels sont à interpréter avec prudence. Tout d'abord, la collecte des données 2000 et 2001 du CHU en Auvergne n'a pas été faite selon la nouvelle structure AUDIPOG et a pu donner des interprétations parfois hasardeuses, d'autant plus dommageables que c'est le seul niveau III de la région. Ensuite, certaines variables conçues pour le suivi des patientes ont pu perdre partiellement leur sens du fait de la non informatisation de routine. Enfin, au niveau national, les indicateurs étaient aussi sujets à caution, 1/3 des maternités n'ayant pas fourni de données sur le transfert maternel. Mais, il nous semblait important de centrer cette évaluation non seulement sur l'enfant mais aussi sur la mère. Dans ce sens, nous avons préféré exploiter ces données et les interpréter ensuite avec prudence. Un article très récent, décrivant l'anesthésie dans les maternités après la mise en place des décrets, a conforté ce point de vue en soulevant le problème de l'inadéquation entre le niveau de soins périnatals et la prise en charge maternelle (114). Utiliser la fiche de transfert obstétrico-pédiatrique AUDIPOG aurait peut-être pu améliorer la qualité de ces données (115). A l'avenir, l'informatisation du RSPA devrait, en tout cas, permettre de réaliser au mieux l'évaluation « complète » du fonctionnement et de l'efficacité du RSPA.

Cette évaluation quantitative devra être suivie d'une évaluation qualitative, sur le terrain, des dysfonctionnements, afin de mettre en évidence les améliorations à apporter sur le plan organisationnel dans les services ou sur la charte même du réseau. Cette étape n'a pas encore

[10] Chaque étude ayant déjà été discutée (confère articles correspondants), la discussion a été axée sur l'ensemble du travail réalisé.

pu être réalisée par l'équipe coordinatrice du RSPA. Cette double évaluation quantitative et qualitative pourrait être la base des discussions avec les organisations régionales sur les moyens à mettre en œuvre pour améliorer les conditions du travail en réseau et ses résultats.

Au niveau national, l'évolution des résultats décrivant le pourcentage de « grands prématurés » naissant en niveau III s'est avéré tout à fait différente de celle de l'Auvergne et mérite réflexion. Si ce pourcentage a atteint 80 % en 1999 (56), il a diminué de façon persistante depuis l'an 2000, tombant à 65 % en 2002-2003 (57,58). La stagnation persistante de ces résultats laissent supposer l'existence de dysfonctionnements liés notamment au manque de place dans les maternités de niveau III et les services de réanimation néonatale. Malgré les bons résultats du RSPA, le fonctionnement actuel du seul niveau III pourrait nous éclairer sur la situation française des établissements de niveau III. En effet, le pourcentage d'occupation des lits atteint très régulièrement 120 %, parfois 150 %. Or ce contexte de surcharge en niveau III n'est pas propre à l'Auvergne (114,115). Devant cette situation périlleuse pour la prise en charge des « grands prématurés », un certain nombre de réseaux, en France, ont même inscrits dans leur charte que le transfert in utero en niveau III était préconisé seulement pour les enfants d'AG < 32 semaines (au lieu de < 33 semaines). Ceci peut expliquer la régression de l'indicateur an niveau national, contrairement à l'Auvergne. Il conviendra d'évaluer les conséquences de cette attitude, face à la pénurie, en termes de santé des grands prématurés.

Ensuite, au niveau national, une augmentation persistante des « effectifs » des « grands prématurés » est observée depuis près de 10 ans (8 800 en 1995, 10 600 1999, 11 200 en 2001 et 13 000 en 2002-2003) (58), alors que les créations de lits sont inexistantes.

Ces raisons pourraient expliquer la stabilité des indicateurs, d'autant plus que la fermeture de lits en niveau I a pu encore aller à l'encontre de l'amélioration de la situation.

Dans ce contexte, au niveau national comme en Auvergne (où l'équilibre est déjà fragilisé au vu du pourcentage d'occupation des lits), mieux orienter les femmes à risque d'accoucher prématurément entre 33–34 semaines vers les établissements de niveau II, comme le recommandent la politique de santé (14), devient essentiel. D'autant plus que si le nombre de « grands prématurés » continue à augmenter, la création de lits supplémentaires pourrait très vite s'avérer insuffisante pour débloquer la situation.

Quant à l'acceptabilité de la régionalisation auprès des professionnels, l'idéal méthodologique aurait été de réaliser l'analyse qualitative (psychosociologique) et quantitative (épidémiologique) dans chacun des réseaux (95-98). Pour des raisons évidentes de coût, nous avons proposé une alternative avec une étude exploratoire qualitative dans le Rhône (réseau en phase de structuration et à proximité de l'équipe), puis la possibilité de réaliser l'étude quantitative dans tous les réseaux périnatals français qui le souhaiteraient, ce qui était le cas des réseaux Auvergne et Gard-Lozère. En revanche, le coordinateur du futur réseau Aurore (Rhône) n'a pas souhaité poursuivre avec l'enquête épidémiologique. Se posaient alors la question du biais lié à la « transposabilité » de ce questionnaire à d'autres réseaux. Mais plusieurs arguments nous font penser que nous avons pu le minimiser. En premier lieu, nous sommes enclin à penser que l'essentiel des points de résistance liés à cette organisation de travail a dû être relevé. En effet, le réseau du Rhône étaient en phase de structuration, la réorganisation s'annonçait « difficile » (du fait des organisations politiques et hospitalières

propre à ce département) et les professionnels étaient particulièrement mécontents. En second lieu et à posteriori, l'analyse des commentaires du questionnaire n'a pas relevé d'autres problématiques que celles développées dans le questionnaire. Ce qui me paraît aller dans le sens d'un questionnaire suffisamment exhaustif. Enfin et en dernier lieu, le but de cette étude étant de faire des recommandations face aux problématiques retrouvées, le fait d'omettre certains points positifs (si c'est le cas) nous paraissait moins lourd de conséquence qu'oublier des points négatifs.

Ainsi, l'étude réalisée au niveau de 3 régions françaises, nous a permis d'avoir une assez bonne idée de l'acceptabilité générale de cette politique en France. Si tous les soignants sont d'accords pour dire que « *l'idée est bonne* », la faible acceptabilité révélée par cette étude reste sujet à discussion. L'ensemble des paradoxes que l'application de cette politique de santé a entraîné pourrait l'expliquer en partie. Tout d'abord, les soignants se sont trouvés confronter à des objectifs médicaux de « haut niveau » sur le plan technique comme sur le plan humain, alors qu'ils manquaient de moyens : moyens matériels, mais aussi moyens de communication et de coordination des actes. Ensuite, les praticiens confrontés à ces choix techniques de « haut niveau » ne se sentaient pas suffisamment protégés. Ils relevaient l'inexistence des codifications et des référents nécessaires à la prise de décisions. Enfin, il a été demandé aux professionnels de faire face à tous les risques, voir de les éradiquer, alors même que la naissance est structurellement caractérisée par l'imprévisibilité et l'incertitude.

Sur ce sujet, nous n'avions pas d'autres études, en France ou à l'étranger, nous permettant d'infirmer ou de conforter ces résultats. Seule la conférence de consensus organisée par le CNGOF en 1998, a initié un débat sur les avantages et inconvénients de la mise en place des réseaux de soins périnatals (17). Cette conférence avaient déjà, à l'époque, dévoilé de nombreuses craintes de la part des professionnels. En outre, le point de vue récent de deux anesthésistes a aussi confirmé les résultats de notre étude : si les auteurs pensent que la régionalisation a amélioré la situation périnatale, l'inadéquation entre la modification des flux engendrée par la régionalisation et les moyens humains et matériels est évidente et leur parait risquée à court terme (114).

Au bout du compte, nos élus politiques ne peuvent ignorer le point de vue des soignants s'ils souhaitent faire développer la régionalisation de la meilleure manière qui soit. Les résultats surprenants de l'étude de Finlayson *et al* confortent, d'ailleurs, dans l'idée qu'il est essentiel de chercher à connaître le point de vue des intéressés vis à vis de la régionalisation. Cette étude a, en effet, montré que de nombreux patients avaient préféré se faire opérer dans l'hôpital local à proximité de leur domicile plutôt que d'aller jusqu'au centre régional ; même s'ils savaient que le risque de mortalité opératoire du centre régional était significativement plus bas que celui de l'hôpital local (116).

Pour clore la discussion de cette étude, nous avons regretté l'absence de recommandations consensuelles établies à la suite des résultats. Elaborer des recommandations en fonction de ces résultats présenterait l'avantage non seulement de traiter véritablement des résistances toujours existantes, mais aussi de permettre aux soignants de constater que leurs points de vue a bien été pris en compte.

En conclusion, cette première évaluation du RSPA a permis de montrer que, malgré la faible acceptabilité des professionnels vis à vis de cette politique de santé, les indicateurs de fonctionnement ont décrit une évolution plutôt positive de la régionalisation en Auvergne, tels que l'adoption rapide de la politique de transfert in utero par les maternités du réseau pour les femmes à risque d'accoucher avant 33 SA, ou la haute proportion de femmes à « bas risque » accouchant en maternités de niveau I.

Mais, au vu de la situation du RSPA qui est régulièrement en mouvance du fait du nombre de maternités ou cabinets « membres » et de l'évolution des outils d'information et de communication, il paraît essentiel de pouvoir continuer à l'évaluer régulièrement. Une évaluation réalisée en routine avec l'informatisation du réseau (tout au moins pour le fonctionnement et l'efficacité) et centrée sur le couple « mère-enfant », devrait permettre au réseau de se réadapter rapidement, en temps réel et de façon optimale, à la situation périnatale en Auvergne.

Bibliographie

1. Watson RS. Location, location, location: regionalization and outcome in pediatric critical care. Curr Opin Crit Care 2002; 8: 344-8.

2. Ryan GM, Jr. Toward improving the outcome of pregnancy Recommendations for the regional development of perinatal health services. Obstet Gynecol 1975; 46: 375-84.

3. Campbell MK. Assessment of regionalized perinatal programs. J Dev Physiol 1991; 15: 125-31.

4. SOGC, Comité de médecine foeto-maternelle. Directives à l'intention des médecins et du personnel infirmier concernant le transport de la mère et du foetus. Directives cliniques en obstétriques n° 3 décembre 1992. Montréal: 1992.

5. European Association of Perinatal Medecine. Recommandations from the European Association of Perinatal Medecine 1. New decision rules: regionalization in perinatal care and indications for perinatal transfer. 2. Technical aspects of perinatal transports. 3. Evaluation tools for perinatal transfer policies. Prenat Neonat Med 1999; 4: 104-18.

6. American Academy of Pediatrics Medicine, Committee on Pediatric Emergency Medicine, American College of Critical Care. Society of Critical Care Medicine. Consensus report for regionalization of services for critically ill or injured children. Pediatrics 2000; 105: 152-5.

7. Mamelle N, David S, Lombrail P, Roze JC. Indicateurs et outils d'évaluation des réseaux de soins périnatals. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2001; 30: 641-55.

8. Truffert P. Structure de prise en charge périnatale et régionalisation des soins (Mise au point). In: Société Nationale de Néonatalogie, editor. Régionalisation des soins et avenir du prématuré. Actes des 26èmes journées de la Société Nationale de Néonatalogie. Bâle: Karger, 1996: 153-77.

9. Kollee LA, Chabernaud JL, Van Reempts C, Debauche C, Zeitlin J. Perinatal transport practices: a survey of inborn versus outborn very preterm infants admitted to European neonatal intensive care units. Prenat Neonat Med 1999; 4: 61-72.

10. Rozé JC, Branger B, Mouzard A *et al.* Evaluation d'une politique périnatale. Résultats d'une étude sur la naissance dans les Pays de la Loire. Arch Fr Pediatr 1990; 47: 679-85.

11. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), Direction de l'évaluation. Principes d'évaluation des réseaux de santé. ANAES ed. Paris: 1999.

12. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), Mission Evaluation réseau de soins. Evaluation des réseaux de soins. Bilan de l'existant & cadre méthodologique. ANAES ed. Paris: 2001.

13. Ordonnances n°96-345 (articles L162-31-1, Code de la sécurité sociale) et n°96-346 (L 712-3-2 Code de la santé publique) du 24 avril 1996. Journal officiel 1996.

14. Décrets n° 98-899 et n° 98-900 du 9 octobre 1998. Journal officiel 1998; 235: 15343-8.

15. 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.

16. Relier JP. Régionalisation des soins et avenir du prématuré. Actes des 26èmes journées de la Société Nationale de Néonatalogie. Bâle: Karger ed., 1996: 153-232.

17. 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.

18. Mamelle N, Maria B. Réseau périnatal. Un protocole commun d'évaluation. Actes du XXXIIe Congrès de l'Association des Pédiatres de Langue Francaise et de la Société Francaise de Pédiatrie congrès annuel. Arch Fr Pediatr 1999; 6: 139s-596s.

19. SFMP. Les soins périnatals en réseaux. Actes des journées nationales. Paris: Arnette, 2000 (http://www.sfmp.net/).

20. Mamelle N. Indicateurs et outils d'évaluation des réseaux de soins périnatals. Actes des 11ème journées AUDIPOG. Lyon: AUDIPOG., 2000 (http://audipog.inserm.fr).

21. David S, Durif-Bruckert C. Les attentes et les craintes vis à vis de l'organisation en réseau et l'informatisation. Approche sociologique et épidémiologique. Actes des XXIIèmes journées AUDIPOG. Lyon: AUDIPOG, 2002 (http://audipog.inserm.fr).

22. David S, Lemery D. Evaluation des réseaux et des pratiques au sein des réseaux: la maternité, le réseau, la France. Exemple du réseau Auvergne. Actes des XXIIèmes journées AUDIPOG. Lyon: AUDIPOG, 2002 (http://audipog.inserm.fr).

23. Chalons S. Expérience d'évaluation d'un réseau. Acte du séminaire AUDIPOG Paris 2004 . Lyon: AUDIPOG, 2004 (http://audipog.inserm.fr).

24. Chale JJ, Vial M, Brodin M *et al.* Lieux de naissance et conditions de transferts des enfants de moins de 1500 g ou d'âge gestationnel strictement inférieur à 33 semaines. Arch Pediatr 1997; 4: 311-9.

25. Dreyfus M. Les réseaux en périnatologie. L'expérience française. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 1998; 27 Suppl 2: 70-5.

26. Papiernik E, Combier E. Morbidité et mortalité des enfants prématurés de moins de 33 semaines. Bull Acad Natl Med 1996; 180: 1017-27.

27. Boog G, Winer N, Le Vaillant C *et al.* Les problèmes pratiques de fonctionnement dans le réseau de périnatalite des Pays de la Loire. Arch Pediatr 1999; 6 Suppl 2: 216s-9s.

28. Papiernik E, Bucourt M, Zeitlin J, Senanedj P, Topuz B. Evolution de la régionalisation des soins périnatals dans le département de la Seine-Saint-Denis de 1989 à 1999. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2001; 30: 338-43.

29. Blondel B, Grandjean H. Prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés dans les grossesses à bas risque. Bilan de la littérature. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 1998; 27 Suppl 2:8-20: 8-20.

30. Cornet B, Metral P, Fromaget J *et al.* Le réseau néonatal de Bourgogne. Arch Pediatr 1999; 6: 209s-11s.

31. Naiditch M, Weill C. Transferts maternels et transferts d'enfants en France : pourquoi les pratiques évoluent-elles si lentement ? Actes des 26èmes journées nationales de Brest de la Société Française de Médecine Périnatale. Paris: Arnette, 1996: 113-28.

32. Freidson E. La profession médicale. Lausanne: Payot, 1984.

33. Rozé JC, Branger B, Debillon T, Winer N, Boog G. Régionalisation des soins périnatals dans la région nantaise. Développement d'une politique de transfert in utero des populations à haut risque. In: Société Nationale de Néonatalogie, editor. Régionalisation des soins et avenir du prématuré. Actes des 26èmes journées de la Société Nationale de Néonatalogie. Bâle: Karger, 1996: 215-21.

34. Ambroselli C. L'éthique médicale. Paris: P.U.F., 1988.

35. White D, Mercier C. Coordinating community and public-institutional mental health services: some unintended consequences. Soc Sci Med 1991; 33: 729-39.

36. Russ J. La pensée éthique contemporaine. Paris: P.U.F., 1994.

37. Martin JF. The physician/care provider and politics: life and society viewed from different angles: a cross-cultural issue. Eur J Public Health 2003; 13: 182-4.

38. MacVicar J, Dobbie G, Owen-Johnstone L *et al.* Simulated home delivery in hospital: a randomised controlled trial. Br J Obstet Gynaecol 1993; 316-23.

39. Turnbull D, Holmes A, Shields N *et al.* Randomised, controlled trial of efficacy of midwife-managed care. Lancet 1996; 213-8.

40. Harvey S, Rach D, Stainton MC, Jarrell J, Brant R. Evaluation of satisfaction with midwifery care. Midwifery 2002; 18: 260-7.

41. Hicks C, Spurgeon P, Barwell F. Changing Childbirth: a pilot project. J Adv Nurs 2003; 42: 617-28.

42. Biro MA, Waldenstrom U, Brown S, Pannifex JH. Satisfaction with team midwifery care for low- and high-risk women: a randomized controlled trial. Birth 2003; 30: 1-10.

43. Peddle LJ, Brown H, Buckley J *et al.* Voluntary regionalization and associated trends in perinatal care: the Nova Scotia Reproductive Care Program. Am J Obstet Gynecol 1983; 170-6.

44. McCormick MC, Shapiro S, Starfield BH. The regionalization of perinatal services. Summary of the evaluation of a national demonstration program. JAMA 1985; 799-804.

45. Hein HA, Lathrop SS. The changing pattern of neonatal mortality in a regionalized system of perinatal care. Am J Dis Child 1986; 989-93.

46. Phibbs CS, Bronstein JM, Buxton E, Phibbs RH. The effects of patient volume and level of care at the hospital of birth on neonatal mortality. JAMA 1996; 276: 1054-9.

47. Shlossman PA, Manley JS, Sciscione AC, Colmorgen GH. An analysis of neonatal morbidity and mortality in maternal (in utero) and neonatal transports at 24-34 weeks' gestation. Am J Perinatol 1997; 14: 449-56.

48. Truffert P, Goujard J, Dehan M, Vodovar M, Breart G. Outborn status with a medical neonatal transport service and survival without disability at two years. A population-based cohort survey of newborns of less than 33 weeks of gestation. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1998; 79: 13-8.

49. Nathens AB, Jurkovich GJ, Maier RV *et al.* Relationship between trauma center volume and outcomes. JAMA 2001; 285: 1164-71.

50. Harvey S, Jarrell J, Brant R, Stainton C, Rach D. A randomized, controlled trial of nurse-midwifery care. Birth 1996; 128-35.

51. Jackson DJ, Lang JM, Swartz WH *et al.* Outcomes, safety, and resource utilization in a collaborative care birth center program compared with traditional physician-based perinatal care. Am J Public Health 2003; 93: 999-1006.

52. Siegel E, Gillings D, Campbell S, Guild P. A controlled evaluation of rural regional perinatal care: impact on mortality and morbidity. Am J Public Health 1985; 75: 246-53.

53. Richardson DK, Reed K, Cutler JC *et al.* Perinatal regionalization versus hospital competition: the Hartford example. Pediatrics 1995; 96: 417-23.

54. Sakamoto S, Terao T. How to lower perinatal mortality? Perinatal care in Japan. Croat Med J 1998; 39: 197-207.

55. 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.

56. Mamelle N. La politique de régionalisation; Etat des lieux en 1999. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2001; 30: 74-6.

57. 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.

58. 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: 1-22.

59. Shiono PH, Klebanoff MA. A review of risk scoring for preterm birth. Clin Perinatol 1993; 20: 107-25.

60. Kollee LA, Verloove-Vanhorick PP, Verwey RA, Brand R, Ruys JH. Maternal and neonatal transport: results of a national collaborative survey of preterm and very low birth weight infants in The Netherlands. Obstet Gynecol 1988; 72: 729-32.

61. Roper HP, Chiswick ML, Sims DG. Referrals to a regional neonatal intensive care unit. Arch Dis Child 1988; 63: 403-7.

62. Finnstrom O, Olausson PO, Sedin G *et al.* The Swedish national prospective study on extremely low birthweight (ELBW) infants. Incidence, mortality, morbidity and survival in relation to level of care. Acta Paediatr 1997; 86: 503-11.

63. Gemke RJ, Bonsel GJ. Comparative assessment of pediatric intensive care: a national multicenter study. Pediatric Intensive Care Assessment of Outcome (PICASSO) Study Group. Crit Care Med 1995; 23: 238-45.

64. Powell SL, Holt VL, Hickok DE, Easterling T, Connell FA. Recent changes in delivery site of low-birth-weight infants in Washington: impact on birth weight-specific mortality. Am J Obstet Gynecol 1995; 173: 1585-92.

65. Hein HA. Regionalization of perinatal health care: a lesson learned but lost. J Perinatol 1999; 19: 584-8.

66. Gessner BD, Muth PT. Perinatal care regionalization and low birth weight infant mortality rates in Alaska. Am J Obstet Gynecol 2001; 185: 623-8.

67. Zeitlin J, Breart G, Truffert P, Milligan DWA. Evaluation of perinatal transfers: a review of recent research. Prenat Neonat Med 1999; 4(suppl 1): 88-97.

68. Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale (ANDEM), Service formation. Evaluation d'une action de santé publique : Recommandations. ANDEM ed. Paris: 1995.

69. 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.

70. Blondel B, Breart G. Le système d'information en Périnatalité en France. Situation au niveau national. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 1998; 27: 573-6.

71. Groupe d'animation et d'impulsion national CNAMTS. L'obstétrique en France, enquête 1991. Paris: Editions de la CNAMTS, 1993.

72. Sagot P, Gouyon-Cornet B, Gouyon JB. Le P.M.S.I. élargi : système d'évaluation du réseau de soins périnatals de Bourgogne. Gynecol Obstet Fertil 2003; 31: 162-6.

73. Olivier JC. Le PMSI automatisé. Un médecin de DIM en parle. Acte du séminaire AUDIPOG Paris 2004 . Lyon: AUDIPOG, 2004 (http://audipog.inserm.fr).

74. Perriot Y, Boniol M. Le CS8 automatisé. Un médecin de PMI en parle. Acte du séminaire AUDIPOG Paris 2004 . Lyon: AUDIPOG, 2004 (http://audipog.inserm.fr).

75. Lemery D, Mamelle N, Venet M, Maria B, Mares P. Le système d'information Audipog comme outil d'évaluation des réseaux périnatals : expérience du réseau d'Auvergne. Gynecol Obstet Fertil 2003; 31: 170-7.

76. 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.

77. Kerjosse R, Tamby I. La situation démographique en 1994. Mouvements de la population. Démographie Société 1996; 85-119.

78. INSEE. Enquête sur l'emploi de 1994. Emploi Revenus 1994; 47-51.

79. INSEE. Enquête sur l'emploi de 1997. Emploi Revenus 1994; 49-53.

80. 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.

81. 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.

82. AUDIPOG. La santé périnatale en France de 1994 à 2003. 1999 (http://audipog.inserm.fr).

83. AUDIPOG. Interroger la base de données en ligne de 1994 à 2003. 1999 (http://audipog.inserm.fr).

84. 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.

85. 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.

86. 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.

87. 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.

88. 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.

89. Mamelle N, Cochet V, Claris O. Definition of fetal growth restriction according to constitutional growth potential. Biol Neonate 2001; 80: 277-85.

90. 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.

91. 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.

92. 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.

93. 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.

94. Grosbras JM. Méthodes statistiques des sondages. Paris: Economica, 1987.

95. Michelat G. Sur l'utilisation de l'entretien non directif en sociologie. Rev Fr Sociol 1975; 16: 229-47.

96. Ghiglione R. Les enquêtes sociologiques : théories et pratiques. Paris: Armand Colin, 1978.

97. Devereux LA. De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement. Paris: Flammarion, 1980.

98. Grawitz M. Méthodes des sciences sociales. 8e edition. Paris: Précis Dalloz, 1990.

99. Bourdieu P, Chamboredon JC, Passeron JC. Le métier de sociologue. Paris: Mouton / Bordas, 1968.

100. Easthope G. A history of Social Research Methods. London: Longman, 1974.

101. Ghiglione R. Analyse propositionnelle et modèle argumentifs. Connexion 1982; 38: 89-106.

102. Blanchet A. L'entretien à l'interface du psychologique et du social. Bull Psycho 1998; 360: 565-71.

103. Bardin L. L'analyse de contenu. Paris: P.U.F., 1991.

104. Moscovoci S. La psychanalyse, son image et son public. Paris: P.U.F., 1976.

105. Jodelet D. Les représentations sociales. Paris: P.U.F., 1989.

106. Strauss A. La trame de la négociation, sociologie qualitative et interactionniste. Paris: L'Harmattan, 1992.

107. Gonnet F. L'hôpital en question(s), un diagnostic pour améliorer les relations de travail. Paris: Lamarre, 1992.

108. Falissard B. Mesurer la subjectivité en santé. Perspective méthodologique et statistique. 2 ed. Paris: Masson, 2001.

109. De Singly F. L'enquête et ses méthodes : le questionnaire. Paris: Nathan, 1992.

110. 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.

111. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika 1951; 16: 297-334.

112. 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.

113. Heller G, Richardson DK, Schnell R *et al.* Are we regionalized enough? Early-neonatal deaths in low-risk births by the size of delivery units in Hesse, Germany 1990-1999. Int J Epidemiol 2002; 31: 1061-8.

114. Benhamou D, Ducloy-Bouthors AS. L'anesthésie dans les maternités: rôle des décrets de 1998 dans la sécurite de la naissance. Ann Fr Anesth Reanim 2004; 23: 63-8.

115. Badr M, Montoya F. L'expérience d'auto-évaluation en néonatologie. Actes du séminaire AUDIPOG 2004 Paris. Lyon: AUDIPOG, 2004 (http://audipog.inserm.fr).

116. Finlayson SR, Birkmeyer JD, Tosteson AN, Nease RF, Jr. Patient preferences for location of care: implications for regionalization. Med Care 1999; 37: 204-9.

Annexes

Glossaire

– Acceptabilité du réseau :	Acceptation et perception du réseau (par les professionnels ou les usagers)
– Age gestationnel : (AG)	Age de la grossesse que l'on comptabilise habituellement en semaines d'aménorrhée (SA) : une grossesse eutocique se déroule sur 40 SA.
– ANAES :	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
– AUDIPOG :	Société savante française en périnatalité, il s'agit de l'Association des utilisateurs de Dossiers Informatisées en Périnatalogie Obstétrique et Gynécologie.
– CNGOF :	Société savante française en périnatalité, il s'agit du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français.
– Enfant de « petit poids » :	Enfants dont le poids est situé entre 1500 et 2500 gr
– Enfant de « très petit poids »	Enfants dont le poids est inférieur à 1500 gr
– Etalon européen : (référentiel)	Les pays atteignant le taux de mortalité périnatal le plus bas en Europe ont, pour la plupart, au moins 80 % de leurs grands prématurés qui naissent dans une maternité de niveau III (10)
– Grand prématuré (enfant)	enfant né avant 33 semaines d'aménorrhée (SA)
– FNPN :	Société savante française en périnatalité, il s'agit de la Fédération nationale des Pédiatres et Néonatologues.
– Maternité de niveau I :	Unité d'obstétrique sans unité de néonatologie
– Maternité de niveau II :	Unité d'obstétrique associée à une unité de néonatologie (IIA) ou de soins intensifs néonatals (IIB) à proximité (c'est à dire sans recours à un véhicule sanitaire en cas de transfert)
– Maternité de niveau III :	Unité d'obstétrique associée à une unité de réanimation néonatale à proximité (c'est à dire sans recours à un véhicule sanitaire en cas de transfert)
– Parturiente :	Une femme enceinte
– Prématuré (enfant) :	enfant né avant 37 semaines d'aménorrhée (SA)

– Prématurrissime (enfant) :	enfant né avant 28 semaines d'aménorrhée (SA)
– Régionalisation : (définition DRASS Rhône-Alpes 1997 n° 887 – 97 – Dr GJ/YG)	C'est dans le cadre du plan gouvernemental concernant la périnatalité en 1994 que les pouvoirs publics ont impulsé une politique régionalisée favorisant la mise en réseau des différents acteurs et établissement concernés. La mise en réseau des différentes types de maternités (niveau I, II, ou III) et de celles-ci avec la médecine de ville, les services de PMI… etc. doit favoriser un meilleur suivi et une amélioration des prises en charge. Cela doit permettre notamment d'orienter les parturientes vers le type de maternité le mieux adapté au regard des risques néonatals prévisibles ainsi que les modalités de transfert éventuel des enfants vers les unités de néonatologie ou de réanimation néonatale.
– Réseau de soins : (définition DRASS Rhône-Alpes 1997 n° 887 – 97 – Dr GJ/YG)	Ensemble de moyens humains et matériels organisés dans une aire géographique déterminée afin d'atteindre des objectifs communs et coordonner le suivi de pathologies sévères d'une population spécifique dans le but : de susciter de nouveau mode d'organisation et de coopération au bénéfice d'une population particulière, de restructurer l'offre de soins hospitalière, de cibler le niveau de prestation des établissements. Le principe retenu est celui du volontariat des médecins et des patients, enjeu majeur de réussite.
– Réseau Sentinelle AUDIPOG :	Réseau de maternités volontaires provenant de toutes les régions de France et de tout statut juridique qui fournissent des données périnatales à l'AUDIPOG (allant de 1 mois à l'année entière).
– RSPA :	Réseau en Santé Périnatal Auvergne
– semaines d'aménorrhée (SA)	Unité de temps habituellement utilisée pour le déroulement de la grossesse, l'aménorrhée étant définie comme l'absence de menstruation
– SFMP :	Société savante française en périnatalité, il s'agit de la Société Française de Médecine Périnatale.
– Transfert *in utero*	Transfert materno-fœtal (ayant lieu avant l'accouchement)

Questionnaire

Cf. annexe

Références des rapports d'étude et communications orales

Rapports d'étude :

- DURIF-BRUCKERT C, DAVID S, DURIF-VAREMBONT JP, SCHARNITSKY P, MAMELLE N. Perceptions du décret périnatalité d'octobre 1998. Evaluation de son applicabilité auprès des professionnels de santé. Résultat de l'analyse de contenu des 49 entretiens des professionnels de santé du département du Rhône dans une perspective d'analyse psycho-sociale / mars à mai 2001. INSERM U369 et CNRS UMR 5612, 2002 (http://audipog.inserm.fr/).
- DAVID S, MASSON G, LEMERY D, CLARIS O, DURIF-BRUCKERT C, DURIF-VAREMBONT JP, SCHARNITSKY P, MAMELLE N. Evaluation de l'acceptabilité de l'organisation en réseau de soins périnatals auprès des professionnels de santé du réseau Gard-Lozère. INSERM U369, 2003 (http://audipog.inserm.fr/).

Communications orales :

- DAVID S, DURIF-BRUCKERT C, DURIF-VAREMBONT JP, SCHARNITSKY P, MAMELLE N. La perception de l'organisation en réseau par les professionnels de la naissance. XIIème *Journées Nationales AUDIPOG* –septembre 2002 – Clermont-Ferrand
- DAVID S, LEMERY D. Evaluation des réseaux et des pratiques au sein des réseaux : la maternité, le Réseau, la France. XIIème *Journées Nationales AUDIPOG* –septembre 2002 – Clermont-Ferrand
- DAVID S, DURIF-BRUCKERT C, DURIF-VAREMBONT JP, SCHARNITSKY P, MAMELLE N. Evaluation de l'acceptabilité de l'organisation en réseau de soins périnatals (application à 3 réseaux périnatals français). 25ème *congrès de l'ADELF* – septembre 2002 – Toulouse.
- DAVID S, DURIF-BRUCKERT C, DURIF-VAREMBONT JP, SCHARNITSKY P, MAMELLE N. Assessment by health care professionnals of the acceptability of perinatal care regionalisation (example of 3 french perinatal networks). *Congrès AEA "Santé et régionalisation"* – octobre 2002 – Ajaccio.
- VENDITTELLI F, DAVID S. Qu'est-ce qu'une maternité de niveau 2 ? Quelle est sa place dans un réseau de soins périnatal ? SNGOF / Groupement Régional Rhône-Alpes – Mai 2004 – Grenoble
- DAVID S. Le travail en réseau vu par les professionnels. Médecine Périnatale en Auvergne / RSPA. 9èmes journées RSPA – Septembre 2004 – Châtel Guyon
- VENDITTELLI F, DAVID S. Evaluation interne et externe du RSPA. Médecine Périnatale en Auvergne / 9èmes journées RSPA – Septembre 2004 – Châtel Guyon
- DAVID S. Vécu du travail en réseau par les professionnels. Réseau de Santé Périnatale : le point en 2005. SFMP et CNGOF – avril 2005 – Paris

Table des matières

RÉSUMÉ 7

INTRODUCTION 11

ETAT DES CONNAISSANCES 15

Acceptabilité de la politique de santé par les professionnels ou les usagers 18
Efficacité et fonctionnement de la politique de régionalisation 19
Méthodes d'évaluation 20
Outils disponibles pour le recueil des indicateurs 21

POPULATION 23

Le Réseau de Santé Périnatal Auvergne (RSPA) 25
Situation géographique de l'Auvergne 25
Historique du RSPA 25
Distribution des maternités du RSPA de 1999 à 2002 26
Structure juridique et composition du RSPA 27
Système d'information du RSPA 28
Le système actuel 28
Le système à venir : le système d'information France-Périnat 28
Le Réseau Sentinelle AUDIPOG 31

PROTOCOLE D'ÉVALUATION : INDICATEURS ET OUTILS D'ÉVALUATION 33

Consensus des 4 sociétés françaises (CNGOF, FNPN, SFMP, AUDIPOG) (article) 35
Ma participation à ce travail 35

LA SITUATION EN FRANCE AVANT LA RÉGIONALISATION 37

Méthodes 39
Population 39
Caractéristiques étudiées 39
Groupes de femmes et de nouveau-nés étudiés 39
Caractéristiques de maternités étudiées 39
Analyse statistique 40
Résultats (article) 40

Ma participation à ce travail **40**

L'ACCEPTABILITÉ DE LA POLITIQUE DE RÉSEAU PAR LES PROFESSIONNELS ET LES FEMMES EN AUVERGNE _____ **41**

L'acceptabilité de la politique de réseau par les professionnels **43**

Méthodes 43

Population **43**

Type d'étude **43**

L'étude psychosociologique **43**

Echantillonnage *43*

Réalisation des entretiens *44*

Le canevas d'entretien *44*

Analyse de contenu des entretiens *44*

Développement d'un questionnaire auto-administré *45*

L'étude épidémiologique **45**

Échantillonnage *45*

Administration du questionnaire *46*

Analyse statistique *46*

a) Construction des scores 46

b) Identification des résistances des professionnels, description de leur acceptabilité 47

c) Identification des attentes des professionnels 47

Collaborations 48

Réseaux périnatals **48**

Equipe psychosociologique **48**

Résultats des deux études (rapport et article) 48

Résultats de l'étude psycho-sociologique **48**

I/ Connaissance du décret *49*

Qualité de la connaissance 49

Sources de la connaissance 49

II/ Perceptions positives du décret *49*

Le décret forme un texte de réglementation 49

Le décret structure le repérage des grossesses à risques 49

Le décret permet la complémentarité des compétences 49

Le décret maintient et optimise les acquis 49

Le décret instaure l'ouverture de débats 50

III/ Points négatifs du décret et obstacles à son application *50*

La déconnexion contenu / pratique 50

Le décret propose des réformes déjà effectives sur le terrain 50

Le décret manque de clarté et de prise de position explicite 50

Le décret complique des situations réelles de terrain 51

Absence de moyens adéquats à l'application du décret 51

Précarité des accès et des parcours professionnels 52

Précarité de la prise en charge psychologique et de l'information des femmes 52

Le découpage des structures en niveaux 53

IV/ Problématiques et risques suscités par son application *53*

La problématique des transferts 53

Le risque de création de pôles de concentration des pathologies 54

La question de l'orientation des femmes 55

Clivage entre les centres de différents niveaux, ressenti comme une succession de « pertes » 56
Dramatisation et surmédicalisation de l'accouchement 57
Climat d'intensification des risques médico-légaux 57
Clivage entre les établissements privé /public 58
Difficulté d'application du décret 58
V/ Perception de l'évaluation du réseau périnatal 58
VI/ Recommandations pour améliorer le réseau 59
VII / Conclusion 59
Résultats de l'étude épidémiologique (article) 60
Ma participation à ce travail 60
L'acceptabilité de la politique de réseau par les femmes (protocole d'étude) 61
Population 61
Type d'étude 61
Critères d'évaluation 61
Recueil des données 61
Analyse 61
Réalisation de l'étude 61

L'ÉVALUATION INTERNE ET EXTERNE DU RÉSEAU EN SANTÉ PÉRINATALE AUVERGNE 63
Méthodes 65
Population 65
Recueil de données 65
Echantillons 67
Type d'étude et stratégie d'analyse 68
Critères d'évaluation (indicateurs périnatals) 68
Analyse statistique 69
Résultats (article) 69
Ma participation à ce travail 69

DISCUSSION 70

BIBLIOGRAPHIE 76

ANNEXES 86
Glossaire 88
Questionnaire 90
Références des rapports d'étude et communications orales 91
Table des matières 92

TITRE en français

Evaluation du Réseau de Santé Périnatal Auvergne comparativement à un référentiel national : le Réseau Sentinelle AUDIPOG

RESUME en français

Objectif : évaluer le réseau de santé périnatal Auvergne (RSPA) en termes d'acceptabilité, de fonctionnement et d'efficacité.
Méthodes : l'étude mesurant l'acceptabilité du travail en réseau s'appuyait sur un 1er volet sociologique et un 2ème épidémiologique utilisant un questionnaire auprès d'un échantillon représentatif de soignants. L'étude évaluant le fonctionnement et l'efficacité du RSPA de 1999 à 2002 a été réalisée comparativement à un référentiel national, en s'appuyant sur le protocole élaboré par les 4 sociétés savantes de la spécialité.
Résultats : En Auvergne, l'acceptabilité des professionnels s'est révélé assez mauvaise pour la plupart des acteurs. Néanmoins, l'étude évaluant le fonctionnement du RSPA a noté une augmentation des « grands prématurés »(AG < 33 SA) nés en niveau III (81,3 % en 2002) et des femmes à « bas risque » accouchant en niveau I.
Conclusion : Ce travail présente l'intérêt d'aborder tous les aspects de l'évaluation du RSPA.

TITRE en anglais

Assessment of the Auvergne Perinatal Care Network, using the AUDIPOG database as a national 'external' reference

RESUME en anglais

Objective: To assess the Auvergne perinatal care network, in terms of acceptability, functioning and effectiveness.
Methods: The study assessing the acceptability by care givers included two stages: a first psychosociological and a second epidemiological using a questionnaire within a representative sample. The study assessing functioning and effectiveness of the Auvergne Network from 1999 to 2002, was performed using a national 'external' reference and according to a common assessment protocol written by the 4th perinatal national societies.
Results: In the Auvergne Network, the study revealed a poor acceptability of the regionalisation by most of care givers. Nevertheless, the functioning study noted a significant increase in the very preterm births (GA < 33 weeks) born in level III hospital and in 'low risk' women delivering in level I hospitals.
Conclusion: This work have the advantage to assess all the aspects of the regionalisation in the Auvergne network.

DISCIPLINE

MEDECINE ET EPIDEMIOLOGIE

KEY WORDS

Perinatal Care, Regionalisation, Assessment Study, Professionals' Acceptability, Functioning, Effectiveness, Sociological Methods And Epidemiological Methods.

MOTS-CLES

Périnatalité, Régionalisation, Evaluation, Acceptabilité des professionnels, Fonctionnement, efficacité, méthodes sociologiques et méthodes épidémiologiques.

INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R. OU DU LABORATOIRE

UMR369 INSERM/UCBL et IFR62, Faculté de Médecine Laennec
8 rue Guillaume Paradin, 69372 LYON cedex 08, France