



**Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés
en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologie**

FRANCE-PÉRINAT
Réseau National d'Information sur la Naissance

**La Santé Périnatale
en 2004-2005
Évaluation des pratiques médicales**

Mai 2007

**Centre de coordination
AUDIPOG – Lyon**

FRANCE-PÉRINAT

Réseau National d'Information sur la Naissance

***SURVEILLANCE EN CONTINU
DES INDICATEURS DE SANTÉ PÉRINATALE
1994 → 2005***

OBSERVATOIRE DES PRATIQUES OBSTÉTRICALES

***INTERROGATION EN LANGAGE CLAIR
DE LA BASE DE DONNÉES PÉRINATALES
-245 000 naissances-
sur le site Internet AUDIPOG
<http://audipog.inserm.fr>
(3000 connexions par mois)***

Cellule de coordination

Françoise Vendittelli
Patrick Guillen
Magali Boniol
Pascale Muller
Olivier Rivière
Marie-Pierre Verney

Gynécologue-obstétricien
Coordonnateur administratif
Assistante de recherche
Secrétaire
Statisticien-Informaticien
Responsable gestion financière

AUDIPOG
Faculté de médecine RTH Laënnec
8 rue Guillaume Paradin
69372 LYON CEDEX 08
Tél. : 04 78 77 10 31- fax : 04 78 77 10 32
E-mail : audipog@lyon.inserm.fr

SOMMAIRE

Le mot du président

1^{re} partie

I	- Présentation du Réseau Sentinelle AUDIPOG	1
II	- Matériel et méthodes	4

2^e partie

I	- Indicateurs de santé périnatale en 2004-2005	7
II	- Évaluation des pratiques médicales et leur évolution	25
III	- La politique de régionalisation au niveau national 2004-2005	33

Annexes

1	- Comparaison des indicateurs de votre maternité à ceux du Réseau Sentinelle.....	I
2	- Exemple d'interrogation d'une base de données à l'échelon national, régional et local.....	VII
3	- Liste des maternités participant au Réseau Sentinelle.....	IX
4	- Remerciements	XII

LE MOT DU PRÉSIDENT

La vie continue quoiqu'il advienne et l'AUDIPOG (Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologie) poursuit ses actions et ses efforts dans le champ de la périnatalité, même sans Nicole Mamelle qui nous a quittés fin 2005. Notre objectif est, en effet, d'aider au mieux les professionnels de la périnatalité, notamment pour l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) dans le cadre de l'évaluation externe et interne des réseaux de santé périnatale, de la certification des établissements de santé et pour l'évaluation individuelle des pratiques professionnelles.

Pour rappel, l'AUDIPOG est une association loi 1901 comportant 5 salariés. Cette association a été créée en 1980, elle a donc plus de 25 ans ! Le premier objectif de l'AUDIPOG a été d'élaborer de façon consensuelle, au niveau national, un dossier périnatal commun, prélude à l'informatisation des maternités. Actuellement, le catalogue des dossiers disponibles chez notre imprimeur comporte différents dossiers papier pour répondre aux demandes des professionnels. La révision de tous ces dossiers a été achevée début 2007. Parallèlement l'AUDIPOG, via des groupes pluri professionnels nationaux, produit des spécifications destinées aux éditeurs de logiciels spécialisés en fin de mise à jour. La structuration des dossiers papier et informatique favorise la coordination des soins et facilite les audits cliniques pour les actions d'EPP.

Depuis 1994, l'AUDIPOG a créé une banque de données à partir de maternités volontaires fournissant au minimum un mois de leurs résultats périnatals (dossiers d'accouchements). C'est le « Réseau Sentinelle AUDIPOG ». Il permet de produire régulièrement des données nationales annuelles, accessibles directement sur le site web de l'association (<http://audipog.inserm.fr>), aux adhérents et aux maternités participant au réseau sentinelle.

En 1996, l'AUDIPOG s'est aussi engagée à faciliter l'autoévaluation des pratiques professionnelles. Depuis, divers outils d'EPP ont été mis en place. Dès 2007, les maternités donnant un an de leurs données auront une évaluation externe à minima gratuite (tableau de bord restreint, c'est-à-dire sans la description du bas risque). Plus récemment afin de faciliter l'EPP chez des collègues ne participant pas au réseau sentinelle, nous avons mis au point des outils plus simples d'EPP avec des thèmes. Le premier thème disponible porte sur l'épisiotomie qui a fait l'objet d'une recommandation pour la pratique clinique (RPC), fin 2005. Le thème « épisiotomie » comporte 4 outils au choix dont 3 audits cliniques ciblés très courts et un outil type « benchmarking » avec comparaison des données de la maternité à celles de la banque de données AUDIPOG, en fonction de la parité notamment. Rappelons que l'AUDIPOG est organisme agréé (OA) pour l'EPP par la Haute Autorité de Santé (HAS) depuis fin 2006.

L'AUDIPOG a aussi une politique d'ouverture et de partenariat avec les sociétés de professionnels. Elle a ainsi passé une convention avec le CNGOF et le CNSF fin 2006. Le prochain séminaire de l'AUDIPOG aura d'ailleurs lieu pendant les prochaines journées du CNGOF à Paris, le 12 décembre 2007. Le thème du séminaire est l'évaluation des pratiques professionnelles, ce qui est particulièrement d'actualité. Nous vous y attendons donc nombreux.

Bien amicalement,



Dr Bernard Maria
Président de l'AUDIPOG
Chef du service de Gynécologie-Obstétrique
Centre Hospitalier de Villeneuve St-Georges

1^{re} partie

PRÉSENTATION DU RÉSEAU SENTINELLE AUDIPOG

1/ Les principes du Réseau Sentinelle

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

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

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

Les partenaires du Réseau Sentinelle sont :

- *les maternités publiques et privées* (recueil et saisie des données, participation à la constitution d'une base de données centralisée) ;
- *l'association AUDIPOG et la cellule de coordination du Réseau* (définition des objectifs, communication avec les maternités, lecture, contrôles de qualité et mise en commun des données, analyse du fichier centralisé, diffusion des résultats aux membres du Réseau) ;
- *la faculté de médecine RTH Laënnec à Lyon.*

Une charte régit les relations entre les membres du Réseau Sentinelle, la cellule de coordination et les demandeurs d'exploitation de la base de données commune.

2/ Le dossier périnatal AUDIPOG et son évolution

À l'origine, **en 1980**, l'association AUDIPOG a été créée pour promouvoir un dossier périnatal commun et développer l'informatisation des maternités. C'est donc dans cette optique, que le **premier dossier commun AUDIPOG**, élaboré par un groupe de travail multidisciplinaire de professionnels concernés (gynécologues-obstétriciens, sages-femmes, pédiatres néonatalogues et épidémiologistes), a été conçu comme un « dossier de service » et contenait donc les variables que l'on estimait devoir trouver dans tout dossier périnatal... Conscient de la lourdeur du dossier commun, le groupe de travail a rapidement proposé deux formes papier compatibles sur le plan médical : le « dossier commun » (*en trois cahiers*) et le « dossier minimum » (*en un cahier - 24 pages*). En 1994, lors de la constitution du Réseau Sentinelle, c'est le contenu du « dossier minimal » qui fut retenu comme « **tronc commun minimal** » à transmettre au réseau. Pour les maternités non informatisées, une fiche minimale contenant seulement **70** variables a été proposée (*quatre pages*).

En 1997, avec l'obligation de codage du PMSI, les professionnels ont souhaité disposer d'un **dossier informatisé de service** permettant de recueillir d'abord les données nécessaires à leur activité de soins et de surveillance des patientes, tout en automatisant celles demandées par les tutelles (codage PMSI, certificat de santé du 8^e jour, etc.). C'est en

partenariat avec le CNGOF et à la demande des professionnels eux-mêmes qu'un nouveau groupe de travail a été constitué et que le dossier AUDIPOG a été totalement refondu, mais aussi étendu, et proposé sous trois formes papier : dossier commun (*en trois cahiers*), dossier standard (*en un cahier - 40 pages*) et dossier minimal (*16 pages*), plus léger mais suffisant pour extraire automatiquement le PMSI. Dans le même temps, les professionnels ont souhaité accéder à une évaluation plus fine de leurs pratiques à partir du fichier commun du Réseau Sentinelle. Le nouveau « **tronc commun d'informations** » du Réseau Sentinelle s'est lui aussi développé incluant les **200** variables nécessaires à l'évaluation des pratiques. Le principe de ce Réseau National d'Information sur la Naissance a été présenté à la communauté scientifique sous la forme d'une livre blanc, diffusé par le CNGOF et l'AUDIPOG.

Avec les décrets de 1998, est apparue l'organisation en réseau de santé périnatale et la nécessité d'évaluation des réseaux et des pratiques professionnelles au sein des réseaux. Quatre sociétés dans la discipline (CNGOF, FNPN, SFMP et l'AUDIPOG) ont établi la liste des indicateurs et outils d'évaluation des réseaux de soins périnataux. De nouveaux groupes de travail se sont constitués au sein de l'AUDIPOG pour élaborer les fiches de « **transfert maternel** » et de « **transfert néonatal** », compatibles avec le document contractuel établi entre les quatre sociétés. Le nouveau dossier AUDIPOG, avec ses volets spécifiques aux transferts maternels et néonataux contient toutes les variables nécessaires à la prise en charge en urgence des mères et/ou des enfants.

En 2006-2007, l'ensemble des dossiers papier ont à nouveau fait l'objet d'une mise à jour pluridisciplinaire incluant des représentants de chaque catégorie de professionnels de la périnatalité.

3/ L'informatisation du dossier périnatal

Le groupe de travail commun à l'AUDIPOG et au CNGOF, outre la refonte du dossier de 1997 afin d'assurer sa compatibilité avec le PMSI et le certificat de santé du 8^e jour, s'était aussi donné comme objectif la rédaction d'un cahier des charges et des spécifications fonctionnelles et techniques des logiciels permettant la gestion de ces dossiers. Il en est résulté la diffusion d'un livret, coédité AUDIPOG/CNGOF (disponible à l'AUDIPOG) et intitulé : *Informatiser une base de données périnatales - Pourquoi ? Comment ?* L'établissement d'une convention avec des éditeurs de logiciels qui ont mis en conformité leur produit avec la nouvelle base de données et son cahier des charges, fournit aux professionnels de la naissance une assurance **de conformité du logiciel** avec ce cahier des charges, d'extraction automatisée des RUM et certificats de santé, de courriers, de comptes rendus opératoires, d'édition automatisée du « tableau de bord d'activité » de la maternité, d'exportation automatisée des données vers le Réseau Sentinelle, de mise à jour ultérieure du logiciel au fur et à mesure de l'évolution du dossier (en particulier l'adjonction des données relatives aux transferts maternels et néonataux) et une mise en ligne d'information aux patientes, de recommandations pour la pratique clinique (RPC), etc.

4/ Le site Internet AUDIPOG (<http://audipog.inserm.fr>)

Le site Internet AUDIPOG ouvert le 1^{er} janvier 1999, offre :

- **à tous les internautes**, la possibilité : de consulter les tableaux statistiques présentant l'évolution des indicateurs de santé périnatale de 1994 à 2003, d'accéder à des informations scientifiques (articles issus de la banque de données du Réseau Sentinelle AUDIPOG et comptes rendus des Journées Annuelles), d'accéder à un module d'estimation de la croissance fœtale, de découvrir les dossiers AUDIPOG mis en ligne (tous droits de reproduction réservés) ou de s'informer sur les logiciels labellisés AUDIPOG/CNGOF ;
- **et aux membres du Réseau Sentinelle (accès par un mot de passe)** la possibilité : d'accéder au module d'interrogation en ligne des bases de données, que ce soit au niveau d'une maternité, d'un réseau périnatal, ou du réseau national, de calculer le taux attendu de césariennes dans sa maternité compte tenu de son recrutement, et de saisir des données pour participer au Réseau en l'absence d'informatisation de la maternité. *Prochainement*, l'accès à une partie dédiée à l'EPP.

- Les maternités envoyant un mois au moins de leurs données peuvent avoir gratuitement et sur simple demande un mot de passe.

- Par ailleurs, les maternités qui enverront dorénavant **un an de leurs données** auront en plus de ce mot de passe **un tableau de bord simplifié** (hors bas risque) pour faciliter leurs démarches d'EPP au sein de leur maternité (cf. annexe 1).

MATÉRIEL ET MÉTHODES

1/ Le recueil de données et la constitution des échantillons

Les maternités participantes

Dès 1994, chaque année, des maternités, publiques ou privées, en provenance de toutes les régions de France, ont participé au Réseau Sentinelles AUDIPOG. *Au total, 190 maternités ont participé à ce réseau depuis son origine.* Le groupe de maternités participant au Réseau Sentinelles s'est cependant légèrement modifié, au cours des années, en raison de l'inclusion de nouvelles maternités, de la décision collective de maternités au sein d'un réseau de santé régional d'adhérer à notre protocole d'évaluation des réseaux, de la restructuration du système informatique hospitalier ou de l'attente d'implantation de l'un de nos logiciels labellisés, et enfin de la fermeture de certains établissements.

La participation au Réseau Sentinelles étant basée sur le volontariat, la distribution des maternités selon leur statut juridique et leur région diffère de celle de la France entière, ce qui nécessite d'en tenir compte dans l'analyse afin d'avoir une *représentation nationale fiable*. Le tableau suivant indique la répartition des maternités participant au Réseau Sentinelles en 2004-2005, selon leur zone géographique et le type d'établissement. Il est considéré ici trois types d'établissement (CHR, CHG, et maternités privées) et six zones géographiques réunissant chacune une ou plusieurs régions, afin d'équilibrer au mieux le nombre d'accouchements par zone géographique en France.

Répartition des maternités par zone géographique et type d'établissement en 2004-2005

	CHR	CHG	Privé	Total
Nord	4	8	2	14
Ouest	2	16	4	22
Sud-est	1	4	1	6
Est-Centre	4	17	5	26
Île de France	2	8	4	14
DOM-TOM	0	3	1	4
Total	13	56	17	86

Les échantillons de 1994 à 2005

Chaque année, depuis 1994, les maternités participantes adressent à la cellule de coordination les données individuelles concernant tous les accouchements survenus au cours d'un mois (si possible celui de janvier). Chaque fichier reçu est contrôlé, vérifié individuellement avant d'être inclus dans le fichier global. En raison de difficultés de certaines maternités informatisées à exporter les données relatives aux grossesses multiples, les échantillons constitués entre 1994 et 1998 ne comprenaient que des grossesses uniques (problème résolu depuis). Depuis 1999 et plus particulièrement depuis l'an 2000, un certain nombre de maternités informatisées adressent leurs données plusieurs mois par an voire toute l'année, avec le souhait d'arriver, dès que possible, à la constitution d'une importante base de données en périnatalité. C'est le cas, en particulier des maternités qui, toujours en attente d'informatisation, ont fait le choix d'effectuer la saisie de leurs données à partir du site Internet AUDIPOG, pour l'ensemble de leurs naissances. Au total,

la base de données du Réseau Sentinelle l'AUDIPOG comprend, à ce jour, 247 405 grossesses : 7 837 en 1994, 7 131 en 1995, 7 685 en 1996, 9 640 en 1997, 8 221 en 1998, 14 671 en 1999, 16 661 en 2000, 25 866 en 2001, 32 593 en 2002, 45 694 en 2003, 31 129 en 2004 et 40 277 en 2005.

Nous avons ainsi reçu, en 2004-2005, des données tout au long de l'année, conduisant à un fichier de 71 406 grossesses en provenance de 86 maternités, dont 69 876 grossesses uniques et 1 530 grossesses multiples. Pour respecter le mode d'échantillonnage habituel au sein du Réseau (naissances survenues pendant un mois par an) nous avons constitué cette année, comme les années précédentes, un sous-échantillon ne comprenant que les naissances survenues pendant un mois par maternité, soit 7 557 grossesses dont 7 409 grossesses uniques, et 148 grossesses multiples en 2004 et 7 742 grossesses dont 7 583 grossesses uniques, et 159 grossesses multiples en 2005.

Le « tronc commun d'informations »

Lors de la constitution du Réseau Sentinelle, il avait été précisé qu'il n'était pas nécessaire d'utiliser un dossier type AUDIPOG pour participer au réseau, mais de recueillir ce « *tronc commun d'informations* » que l'on doit trouver dans tout dossier périnatal. Un format d'export est fourni aux maternités participantes, indiquant la structure souhaitée des données. Compte tenu de l'évolution du contenu du dossier AUDIPOG en 1999, nous acceptons les fichiers de données sous deux formats différents (selon l'ancienne structure ou selon la nouvelle). Les fichiers reçus dans la nouvelle structure comprennent les 200 variables considérées, aujourd'hui, comme le « tronc commun d'informations » indispensables à l'évaluation des pratiques professionnelles et des réseaux de santé périnatale. Nous acceptons aussi des exports de données à partir de fichiers, qui, à l'origine, ne comportent pas certaines données (variables absentes dans les fichiers d'origine). Enfin, certains fichiers informatiques reçus font l'objet, de notre part, d'une procédure de transcodage, en cas de structure des données différente des nôtres. C'est dire toute la souplesse admise dans la réception des fichiers de données. En 2004-2005, les fichiers de données utilisant la nouvelle structure proviennent de 79 maternités sur 86 et concernent environ 80 % des grossesses de l'échantillon sur un mois.

2/ Méthodes d'analyses

Description des indicateurs de santé périnatale et de leur évolution

La description des indicateurs porte sur l'échantillon des naissances en provenance de chaque maternité participante pendant un mois seulement (cf. plus haut). Nous avons pu montrer qu'un échantillon constitué par tirage au hasard de grappes d'accouchements effectués pendant un mois consécutif, fournit une excellente estimation des paramètres.

Les estimations sont fournies en appliquant une technique de standardisation des taux permettant de respecter la distribution conjointe des accouchements en France selon la zone géographique et le type d'établissement. La distribution de référence utilisée est la distribution des accouchements en France par zone géographique et type d'établissement établie à partir des statistiques SAE 2004 (CD-Rom édité par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), 2005). Cette technique repose sur l'affectation d'un poids à chaque accouchement, de telle sorte que la distribution des accouchements par type d'établissement et zone géographique soit la même dans notre échantillon redressé que dans la France entière. Cette méthode permet d'obtenir des valeurs des paramètres de santé périnatale valables au niveau national. Une validation de cette approche avait été apportée antérieurement par une confrontation de nos résultats à ceux de l'enquête nationale DGS-INSERM (U149) menée en

1995. Pour certaines variables, ne figurant pas dans les dossiers informatisés reçus dans la structure de données antérieure à 1999, la standardisation a été effectuée sur le type d'établissement uniquement, fournissant des indicateurs un peu moins précis au niveau national. Ces variables apparaissent dans les tableaux suivis d'un renvoi précisant *échantillon réduit*.

**Distribution des accouchements en France par zone géographique
et type d'établissement**

Zone géographique	Accouchement unique				Accouchement multiple			
	CHU	CHG	Privé	Total	CHU	CHG	Privé	Total
Métropole								
Nord	1,6	9,3	4,6	15,5	3,0	7,3	2,9	13,2
Ouest	3,7	10,5	10,5	24,7	7,5	10,3	6,7	24,5
Sud-est	2,9	7,8	7,5	18,2	5,6	7,4	6,6	19,6
Est-Centre	4,0	9,5	5,9	19,4	6,4	7,8	4,5	18,7
Île de France	4,9	7,8	9,5	22,2	9,2	8,3	6,5	24,0
DOM-TOM	14,2	51,5	34,3	100	16,1	70,1	13,8	100

Source SAE 2004 (DREES)

2^e partie

I

Indicateurs de santé périnatale 2004-2005

Caractéristiques maternelles

	2004 Échantillon des mères (n = 6 987) Taux standardisés %	2005 Échantillon des mères (n = 7 648) Taux standardisés %
Âge de la mère		
< 20 ans	2,6	2,7
20-24 ans	15,8	15,3
25-29 ans	32,7	32,5
30-34 ans	32,2	31,9
> 34 ans	16,7	17,6
Situation de famille		
célibataire	8,3	9,3
vit en couple	38,7	40,2
mariée	52,7	50,3
autre	0,3	0,2
Origine géographique :		
France métropolitaine	77,2	77,2
Europe du sud	1,8	1,8
Afrique du nord	9,5	10,9
DOM-TOM	1,3	0,8
autre	10,2	9,3
Niveau d'études :		
non scolarisée	1,1	1,4
primaire	3,3	2,2
collège lycée	60,5	54,5
enseignement supérieur	35,1	41,9
Profession pendant la grossesse		
non	34,0	30,2
oui	62,3	66,3
chômage	3,7	3,5
Précarité ⁽¹⁾		
non	95,8	96,7
oui	4,2	3,3

⁽¹⁾ échantillon réduit.

Antécédents

	2004 Échantillon des mères (n = 6 987) Taux standardisés %	2005 Échantillon des mères (n = 7 648) Taux standardisés %
Antécédents médicaux ou gynécologiques nécessitant une surveillance particulière	33,6	31,8
Antécédent de stérilité avant grossesse actuelle	3,1	3,5
<i>si oui, traitement</i>		
induction	24,2	25,3
FIV	28,7	33,8
autre PMA	18,8	19,4
Gestité :		
0	34,3	33,1
1	32,7	33,3
2	17,5	17,3
3 et +	15,5	16,3
Parité :		
0	45,2	44,9
1	34,1	33,3
2	13,3	14,2
3 et +	7,4	7,6
Antécédent d'IVG	12,1	12,9
Antécédent d'avortement spontané	15,6	14,4
Antécédent d'IMG	1,6	1,1
Antécédents périnataux chez les multipares ⁽¹⁾		
au moins un antécédent périnatal	6,7	6,4
antécédent de prématurité	4,7	5,0
antécédent de mort-né	1,9	1,3
antécédent de mort néonatale	1,1	1,0
Antécédent de césarienne chez les multipares ⁽¹⁾	19,9	16,0
1	16,6	12,5
2 et +	3,3	3,5

⁽¹⁾ en raison du nombre de plus en plus important de données issues de dossiers informatisés, le nombre de valeurs manquantes diminue et cela induit une diminution de ces taux du fait de l'augmentation de leur précision (les valeurs manquantes correspondent dans ce cas essentiellement à des valeurs égales à 0)

Surveillance de la grossesse

	2004 Échantillon des mères (n = 6 987) Taux standardisés %	2005 Échantillon des mères (n = 7 648) Taux standardisés %
Provenance lors du 1^{er} contact à la maternité ⁽¹⁾		
patiente elle-même	66,6	64,7
généraliste	8,3	14,2
gynécologue	22,4	17,1
autre	2,7	4,0
AG à la 1^{re} consultation à la maternité		
< 14 sem.	30,5	33,9
14-27 sem.	32,1	29,6
> 27 sem.	37,4	36,5
<i>si AG < 14 sem.</i> provenance : généraliste	7,4	23,9
gynéco.obst	5,6	3,6
<i>si AG 14-27 sem.</i> provenance : généraliste	11,2	27,4
gynéco.obst	14,9	9,7
<i>si AG > 27 sem.</i> provenance : généraliste	7,7	24,8
gynéco.obst	47,6	25,5
Nombre total de consultations		
0	1,1	0,4
1 à 3	4,0	4,1
4 à 6	15,7	17,1
7 à 9	58,6	59,1
≥ 10	20,6	19,3
Nombre de consultations à la maternité ⁽¹⁾		
0	3,1	4,2
1 à 3	26,8	27,2
4 à 6	25,9	25,4
7 à 9	32,7	30,4
≥ 10	11,5	12,8
Nombre d'échographies ⁽¹⁾		
0	0,4	0,1
1 à 2	3,3	4,5
3	68,4	68,0
4 et +	27,9	27,4
<i>Nombre moyen d'échographies ⁽¹⁾ (m ± σ)</i>	<i>3,4 ± 0,8</i>	<i>3,4 ± 0,8</i>
Amniocentèse		
chez les femmes ≥ 35 ans	10,4	7,9
	34,7	26,4
Consultation auprès d'un centre DAN ⁽¹⁾		
	7,6	5,6
Hospitalisation		
	13,0	16,5
Sage-femme à domicile		
	5,4	7,8
HAD ⁽¹⁾		
	0,1	0,2
Préparation à la naissance ⁽¹⁾		
interne à la maternité	24,0	23,2
externe	11,5	11,8
mixte	0,3	2,2

⁽¹⁾ échantillon réduit.

Dépendances

	2004 Échantillon des mères (n = 6 987) Taux standardisés %	2005 Échantillon des mères (n = 7 648) Taux standardisés %
Tabac avant la grossesse ⁽¹⁾		
< 10 cigarettes/j	10,8	10,0
≥ 10 cigarettes/j	15,5	15,0
Tabac pendant la grossesse ⁽¹⁾		
< 10 cigarettes/j	12,3	12,1
≥ 10 cigarettes/j	5,0	4,8
Parmi les fumeuses avant la grossesse ⁽¹⁾		
<i>si < 10 cigarettes/j :</i>		
arrêt du tabac	46,6	46,8
<i>si ≥ 10 cigarettes/j :</i>		
réduction <10 cigarettes/j	47,8	45,8
arrêt du tabac	18,6	20,4
Alcool pendant la grossesse		
≥ 3 verres/j	0,3	0,2
Toxicomanie pendant la grossesse		
intraveineuse	0,1	0,1
autre	0,2	0,7

⁽¹⁾ ces variables ont été modifiées à la demande des professionnels en 2007 dans le dossier AUDIPOG pour être sous forme quantitative.

Déroutement de la grossesse

	2004 Échantillon des mères (n = 6 987) Taux standardisés %	2005 Échantillon des mères (n = 7 648) Taux standardisés %
Grossesse multiple	1,8	2,1
Existence d'une pathologie de la grossesse	33,0	35,4
Pathologies maternelles		
<i>Métrorragies 1^{er} trimestre</i> ⁽¹⁾	2,6	2,0
<i>Métrorragies 2^e-3^e trimestre</i> ⁽¹⁾	1,3	1,2
MAP :	8,1	8,1
dont traitement repos seul ⁽¹⁾	24,1	24,1
traitement médicamenteux ⁽¹⁾	26,0	20,8
hospitalisation ⁽¹⁾	49,9	55,1
Hypertension	3,7	4,1
dont HTA gravidique sans protéinurie ⁽¹⁾	60,5	61,0
prééclampsie - éclampsie ⁽¹⁾	29,3	31,3
autre HTA préexistante ⁽¹⁾	10,2	7,7
<i>Protéinurie sans HTA (avec ou sans œdème)</i> ⁽¹⁾	2,5	3,1
Diabète	4,0	5,0
<i>Dont gestationnel</i>	3,8	4,5
<i>préexistant</i>	0,2	0,5
<i>Infection urinaire</i> ⁽¹⁾	3,6	3,7
<i>Infection cervico-vaginale</i> ⁽¹⁾	7,9	7,3
Hydramnios	0,7	1,0
Oligoamnios sans RPM	1,0	1,0
Pathologies fœtales		
<i>RCIU (diagnostiqué in utero)</i> ⁽²⁾	2,9	2,8
<i>Macrosomie</i> ⁽²⁾	0,9	1,9
<i>Signes de souffrance fœtale</i> ⁽¹⁾	1,4	1,4
Corticothérapie anténatale ⁽¹⁾		
si accouchement < 35 sem.	41,3	48,2
si accouchement < 33 sem.	42,9	50,3
si MAP et accouchement < 35 sem.	63,2	74,3
si MAP et accouchement < 33 sem.	61,6	80,5

⁽¹⁾ échantillon réduit

⁽²⁾ diagnostic anténatal laissé à la libre appréciation des cliniciens.

Admission et travail

	2004 Échantillon des mères (n = 6 987) Taux standardisés %	2005 Échantillon des mères (n = 7 648) Taux standardisés %
Mode d'entrée ⁽¹⁾		
domicile	93,5	92,6
mutation	3,7	4,2
transfert	0,7	0,9
domicile après orientation (par sa maternité d'origine vers une maternité de référence)	0,4	0,7
autre	1,7	1,6
État des membranes		
intactes ou rompues (avec mise en travail)	88,2	87,7
rompues avec travail retardé (RPM)	11,8	12,3
Mode de début du travail		
spontané	71,6	70,9
déclenchement artificiel	18,1	18,7
césarienne avant travail	10,3	10,4
si déclenchement, motif		
accouchement programmé	4,1	3,5
grossesse prolongée	3,2	2,8
pathologie maternelle	3,0	3,3
pathologie fœtale (et mort in utero)	1,5	2,1
RPM sans contraction	3,8	4,3
autre	2,5	2,7
Existence d'une pathologie du travail	20,9	23,2

⁽¹⁾ *échantillon réduit*

Âge gestationnel Taux rapportés aux mères

	2004 Échantillon des mères (n = 6 987) Taux standardisés %		2005 Échantillon des mères (n = 7 648) Taux standardisés %
Âge gestationnel			
≤ 30 sem.	0,8		1,1
31 sem.	0,3		0,1
32 sem.	0,2		0,4
33 sem.	0,4	6,4	0,6
34 sem.	0,9		0,7
35 sem.	1,3		1,3
36 sem.	2,5		2,8
37 sem.	6,6		6,3
38 sem.	15,1		16,6
39 sem.	26,8		24,9
40 sem.	26,6		27,4
41 sem.	17,2		16,9
≥ 42 sem.	1,3		0,9
Âge gestationnel < 37 sem.	6,4		7,0
Âge gestationnel < 33 sem.	1,4		1,6
<i>si grossesse unique : AG < 37 sem.</i>	5,7		5,9
<i>si grossesse multiple : AG < 37 sem.</i>	49,5		61,1
Pourcentage de prématurité induite ⁽¹⁾	37,0		41,2
Pourcentage de grande prématurité induite ⁽¹⁾	55,2		51,8

Taux rapportés aux enfants

	2004 Échantillon des enfants (n = 7 130) %	2005 Échantillon des enfants (n = 7 807) %
Âge gestationnel < 37 sem.	7,2	8,1
Âge gestationnel < 33 sem.	1,7	2,1

⁽¹⁾ **Avertissement :**

Définition de la prématurité induite : déclenchement de l'accouchement ou césarienne avant travail, avant terme et en l'absence de RPM.

Définition de la grande prématurité induite : déclenchement de l'accouchement ou césarienne avant travail, avant 33 semaines d'aménorrhées et en l'absence de RPM.

Accouchement

Réseau Sentinelle 2004				
	Échantillon des enfants Grossesses uniques	Échantillon des enfants Grossesses multiples		Échantillon des mères Ensemble
	(n = 6 850) Taux stand. %	1 ^{er} enfant (n = 137) Taux stand. %	2 ^e enfants et suivants (n = 143) Taux stand. %	(n = 6 987) Taux stand. %
Présentation				
sommet	95,4	76,3	48,4	94,6
siège	4,0	22,8	43,3	4,8
autre	0,6	0,9	8,4	0,6
Mode de début du travail				
spontané	72,1	46,8		71,6
déclenchement artificiel	18,1	18,8		18,1
césarienne avant travail	9,8	34,4		10,3
Mode d'accouchement				
voie basse spontanée	68,7	40,3	28,8	67,9
intervention voie basse	13,0	7,6	16,5	13,1
césarienne	18,3	52,1	54,7 (52,1 + 2,6)	19,0
Intervention voie basse				
forceps	5,6	2,4	1,2	5,5
spatules	3,9	0,7	0	3,8
ventouse	3,2	3,7	1,6	3,3
extraction siège	0,1	0,6	11,8	0,3
autre	0,2	0,2	1,9	0,2
Si césarienne ⁽¹⁾				
segmentaire transversale	99,1	-	-	98,8
segmentaire longitudinale	0,3	-	-	0,6
corporéale	0,6	-	-	0,6
Durée du travail de 5 cm à dilatation complète ⁽²⁾				
≤ 1h	38,0	43,1		38,0
2h-3h	41,7	38,6		41,6
4h-5h	15,5	12,5		15,5
≥ 6h	4,8	5,8		4,9

⁽¹⁾ échantillon réduit

⁽²⁾ pourcentages rapportés aux accouchements par voie basse

Avertissement :

Dans ce tableau, le taux de césariennes est rapporté aux mères (césarienne comptée une seule fois en cas de grossesse multiple)

Si on applique la méthode de calcul utilisée dans les enquêtes DGS-INSERM, c'est-à-dire en rapportant le taux de césariennes aux enfants (césarienne comptée deux fois en cas de grossesse gémellaire, trois fois en cas de grossesse triple, etc.), on obtient un taux majoré, soit **19,7 %**

Accouchement

Réseau Sentinelle 2005				
	Échantillon des enfants Grossesses uniques	Échantillon des enfants Grossesses multiples		Échantillon des mères Ensemble
	(n = 7 490) Taux stand. %	1 ^{er} enfant (n = 158) Taux stand. %	2 ^e enfants et suivants (n = 159) Taux stand. %	(n = 7 648) Taux stand. %
Présentation				
sommet	95,8	66,3	54,1	94,5
siège	3,7	32,1	37,8	4,8
autre	0,5	1,6	8,1	0,7
Mode de début du travail				
spontané	71,4	44,9		70,9
déclenchement artificiel	18,6	21,4		18,7
césarienne avant travail	10,0	33,7		10,4
Mode d'accouchement				
voie basse spontanée	70,6	36,9	23,6	69,6
intervention voie basse	10,9	8,1	20,0	11,2
césarienne	18,5	55,0	56,4 (55,0 + 1,4)	19,2
Intervention voie basse				
forceps	5,0	2,6	0,3	5,1
spatules	2,4	1,0	4,3	2,4
ventouse	2,8	1,8	2,3	2,8
extraction siège	0,2	2,4	11,7	0,4
autre	0,5	0,3	1,4	0,5
Si césarienne ⁽¹⁾				
segmentaire transversale	97,7	-	-	97,8
segmentaire longitudinale	1,6	-	-	1,5
corporéale	0,7	-	-	0,7
Durée du travail de 5 cm à dilatation complète ⁽²⁾				
≤ 1h	37,7	62,0		37,9
2h-3h	44,3	28,1		44,2
4h-5h	12,9	8,0		12,9
≥ 6h	5,1	1,9		5,0

⁽¹⁾ échantillon réduit

⁽²⁾ pourcentages rapportés aux accouchements par voie basse

Avertissement :

Dans ce tableau, le taux de césariennes est rapporté aux mères (césarienne comptée une seule fois en cas de grossesse multiple)

Si on applique la méthode de calcul utilisée dans les enquêtes DGS-INSEERM, c'est-à-dire en rapportant le taux de césariennes aux enfants (césarienne comptée deux fois en cas de grossesse gémellaire, trois fois en cas de grossesse triple, etc.), on obtient un taux nettement majoré, soit **20,0 %**

Anesthésie

Réseau Sentinelle 2004

	Échantillon des enfants Grossesses uniques (n = 6 850) Taux standardisés %	Échantillon des enfants Grossesses multiples (n = 280) Taux standardisés %	Échantillon des enfants Ensemble (n = 6 987) Taux standardisés %
Type d'anesthésie			
aucune	24,6	10,7	24,3
péridurale	60,4	33,0	60,0
rachianesthésie	12,9	38,4	13,5
générale	1,1	5,6	1,2
locale	0,6	0	0,6
autre	0,4	12,3	0,4
Moment de l'anesthésie ⁽¹⁾			
<i>si péridurale</i>			
début de travail	99,0	-	98,9
pour intervention VB	0,2	-	0,2
pour césarienne	0,8	-	0,9
<i>si rachianesthésie</i>			
début de travail	18,3	-	17,8
pour intervention VB	2,1	-	2,0
pour césarienne	79,6	-	80,2
Complications de l'anesthésie ⁽¹⁾	1,0	-	1,0

⁽¹⁾ échantillon réduit

Avertissement :

Dans ce tableau, les taux « rapporté aux mères » sont relatifs à une variable générée correspondant, à l'anesthésie la plus lourde pour la mère au cas où deux anesthésies successives seraient pratiquées (notamment lorsqu'il s'agit d'une grossesse multiple)

Anesthésie

Réseau Sentinelle 2005

	Échantillon des enfants Grossesses uniques (n = 7 490) Taux standardisés %	Échantillon des enfants Grossesses multiples (n=317) Taux standardisés %	Échantillon des mères Ensemble (n=7 974) Taux standardisés %
Type d'anesthésie			
aucune	24,7	8,7	24,4
péridurale	59,3	50,2	59,2
rachianesthésie	13,4	37,0	13,8
générale	1,8	4,1	1,8
locale	0,6	0	0,6
autre	0,2	0	0,2
Moment de l'anesthésie ⁽¹⁾			
<i>si péridurale</i>			
début de travail	98,9	-	98,8
pour intervention VB	0,4	-	0,4
pour césarienne	0,7	-	0,8
<i>si rachianesthésie</i>			
début de travail	16,8	-	16,0
pour intervention VB	2,4	-	2,3
pour césarienne	80,8	-	81,7
Complications de l'anesthésie ⁽¹⁾	0,6	-	0,6

⁽¹⁾ échantillon réduit

Avertissement :

Dans ce tableau, les taux « rapporté aux mères » sont relatifs à une variable générée correspondant, à l'anesthésie la plus lourde pour la mère au cas où deux anesthésies successives seraient pratiquées (notamment lorsqu'il s'agit d'une grossesse multiple)

État de l'enfant

	2004	
	Échantillon des enfants	
	Grossesses uniques (n = 6 850) Taux standardisés %	Grossesses multiples (n = 280) Taux standardisés %
Sexe masculin	52,5	52,4
Apgar ≤ 7 à 1 min	6,7	16,6
≤ 7 à 5 min	1,9	6,1
Réanimation	4,8	14,5
Prématurité <i>âge gest. < 37 sem.</i>	5,7	50,5
Grande prématurité <i>âge gest. < 33 sem.</i>	1,1	18,2
Poids de Naissance		
< 1500 g	0,8	10,0
1500-2499 g	4,3	49,3
2500-3999 g	87,2	40,7
≥ 4000 g	7,7	0
Hypotrophie fœtale ⁽¹⁾	4,5	15,4
Restriction de croissance ⁽²⁾	4,2	17,9
Existence d'une pathologie	18,9	28,1
Lésion traumatique ⁽³⁾	1,8	-
Anomalie constitutionnelle ⁽³⁾	1,8	-
Infection	2,7	-
Ictère	8,4	11,0
Alimentation en fin de séjour ⁽³⁾		
lait maternel	57,8	37,2
mixte	2,2	21,7
artificielle	39,5	38,6
diététique spéciale	0,5	2,5
Transfert (ou mutation)		
<i>immédiat</i>	5,6	40,6
<i>différé</i>	1,3	1,6
Lieu du transfert (ou mutation)		
<i>réanimation ou chirurgie</i>	1,4	11,7
<i>médecine néonatale ou autre</i>	5,5	30,5
Décès in utero ou en salle de naissance	0,4	2,4
Morbi-mortalité néonatale précoce		
<i>décès ou transfert réanimation ou chirurgie</i>	1,8	13,6
<i>décès ou tout transfert</i>	7,3	44,6

⁽¹⁾ Mamelle N, Munoz F et Grandjean H pour le groupe de travail AUDIPOG. Croissance fœtale à partir de l'étude AUDIPOG. I- établissement de courbes de référence. J Gynecol Obstet Biol Reprod, 1996, 25:61-70.

⁽²⁾ Mamelle N, Cochet V, Claris O. Definition of fetal growth restriction according to constitutional growth potential. Biol Neonate 2001; 80:278-286.

⁽³⁾ *échantillon réduit*

Mensurations du nouveau-né	Échantillon des enfants	
	Grossesses uniques (n = 6 850)	Grossesses multiples (n = 280)
poids (m ± σ)	3307 ± 527 g	2316 ± 604 g
taille (m ± σ)	49,8 ± 2,3 cm	46,4 ± 3,3 cm
PC (m ± σ)	34,5 ± 1,6 cm	32,7 ± 1,7 cm

État de l'enfant

	2005	
	Échantillon des enfants	
	Grossesses uniques (n = 7 490)	Grossesses multiples (n = 317)
	Taux standardisés %	Taux standardisés %
Sexe masculin	53,0	46,9
Apgar ≤ 7 à 1 min	8,1	25,8
≤ 7 à 5 mn	2,2	13,8
Réanimation	4,6	17,0
Prématurité <i>âge gest. < 37 sem.</i>	5,9	61,3
Grande prématurité <i>âge gest. < 33 sem.</i>	1,2	18,3
Poids de Naissance		
< 1500 g	0,8	16,0
1500-2499 g	4,5	50,2
2500-3999 g	86,7	33,8
≥ 4000 g	8,0	0
Hypotrophie fœtale ⁽¹⁾	4,7	18,3
Restriction de croissance ⁽²⁾	4,4	23,4
Existence d'une pathologie	17,9	25,6
Lésion traumatique ⁽³⁾	1,9	-
Anomalie constitutionnelle ⁽³⁾	2,1	-
Infection	2,8	-
Ictère	8,1	7,0
Alimentation en fin de séjour ⁽³⁾		
lait maternel	59,1	38,5
mixte	2,6	13,9
artificielle	37,9	43,6
diététique spéciale	0,4	4,0
Transfert (ou mutation)		
<i>immédiat</i>	5,0	51,1
<i>différé</i>	1,4	0
Lieu du transfert (ou mutation)		
<i>réanimation ou chirurgie</i>	1,5	13,7
<i>médecine néonatale ou autre</i>	4,9	37,4
Décès in utero ou en salle de naissance	0,5	6,2
Morbi-mortalité néonatale précoce		
<i>décès ou transfert réanimation ou chirurgie</i>	1,8	19,9
<i>décès ou tout transfert</i>	6,9	57,5

⁽¹⁾ Mamelle N, Munoz F et Grandjean H pour le groupe de travail AUDIPOG. Croissance fœtale à partir de l'étude AUDIPOG. I- établissement de courbes de référence. J Gynecol Obstet Biol Reprod, 1996, 25:61-70.

⁽²⁾ Mamelle N, Cochet V, Claris O. Definition of fetal growth restriction according to constitutional growth potential. Biol Neonate 2001; 80:278-286.

⁽³⁾ *échantillon réduit*

Mensurations du nouveau-né	Échantillon des enfants	
	Grossesses uniques (n=7 490)	Grossesses multiples (n = 317)
poids (m ± σ)	3301 ± 543 g	2179 ± 655 g
taille (m ± σ)	49,6 ± 2,3 cm	45,3 ± 3,5 cm
PC (m ± σ)	34,4 ± 1,6 cm	32,2 ± 2,6 cm

Délivrance

	2004 Échantillon des mères (n = 6 987) Taux standardisés %	2005 Échantillon des mères (n = 7 648) Taux standardisés %
Mode de délivrance ⁽¹⁾		
naturelle	65,4	64,9
dirigée	29,7	31,3
artificielle	4,9	3,8
Épisiotomie ⁽¹⁾	41,1	41,3
Déchirure périnéale ⁽¹⁾		
simple	26,5	36,0
complète	0,4	0,7
compliquée	0,1	0,2
Lésions traumatiques ⁽¹⁾		
déchirure vaginale	6,5	7,9
déchirure cervicale	0,2	0,3
thrombus	0,1	0,2
autre	2,3	3,6
Hémorragie > 1l	2,0	2,6
dont transfusion ⁽²⁾	15,2	12,5
Actes associés		
révision utérine isolée	9,3	9,4
hystérectomie d'hémostase	1 cas	2 cas

⁽¹⁾ pourcentages globaux rapportés aux accouchements par voie basse

⁽²⁾ échantillon réduit

État de la mère en suites de couches

	2004 Échantillon des mères (n = 6 987) Taux standardisés %	2005 Échantillon des mères (n = 7 648) Taux standardisés %
Existence d'une pathologie	9,9	9,3
Infection ⁽¹⁾	1,4	1,8
préexistante ⁽¹⁾	0,7	0,9
nosocomiale ⁽¹⁾⁽²⁾	0,2	0,1
origine inconnue ⁽¹⁾	0,5	0,8
Sortie de la mère		
domicile bonne santé	98,0	98,3
transfert ou mutation	1,4	1,2
dont en réanimation ⁽¹⁾	0,05	0
contre avis médical	0,4	0,1
autre	0,2	0,4
Durée du séjour		
≤ 4 j	36,9	41,1
5 j	29,9	27,9
6 j	15,6	14,5
7 j	8,9	8,6
≥ 8 j	8,7	7,9
Durée du séjour en cas d'accouchement par voie basse		
≤ 4 j	44,6	49,6
5 j	34,2	32,0
6 j	14,0	11,8
7 j	3,9	3,2
≥ 8 j	3,3	3,4
Durée du séjour en cas d'accouchement par césarienne		
≤ 4 j	4,8	5,4
5 j	11,2	10,9
6 j	22,1	25,7
7 j	30,0	31,3
≥ 8 j	31,9	26,7
Sortie précoce		
≤ 3 j avec accouchement par voie basse	6,9	9,3
≤ 5 j avec accouchement par césarienne	8,0	9,1

⁽¹⁾ échantillon réduit

⁽²⁾ Il s'agit d'une maladie infectieuse cliniquement microbiologiquement identifiable, contractée dans une structure de soins. Elle peut concerner soit le malade à la suite de soins ou d'investigations réalisées au cours d'une hospitalisation ou en ambulatoire, soit le personnel soignant, du fait de son activité.

DOM-TOM

Indicateurs de recrutement et de pratiques

	2004-2005 Échantillon des mères (n = 664) Taux standardisés ⁽¹⁾ %
Âge de la mère	
< 20 ans	15,8
20-24 ans	22,4
25-29 ans	24,2
30-34 ans	21,9
> 34 ans	15,7
Gestité	
0	25,2
1	19,0
2	19,8
3 et +	36,0
Parité	
0	31,9
1	22,8
2	18,3
3 et +	27,0
Hospitalisation	22,2
Amniocentèse	9,9
chez les femmes ≥ 35 ans	22,1
Mode de début du travail	
spontané	73,8
déclenchement artificiel	10,5
césarienne avant travail	15,7
Mode accouchement	
voie basse spontanée	79,0
intervention voie basse	4,1
césarienne	16,9
Mode de délivrance ⁽²⁾	
naturelle	66,1
dirigée	30,9
artificielle	3,0
Épisiotomie ⁽²⁾	23,4
Âge gestationnel < 37 sem.	11,4
Âge gestationnel < 33 sem.	1,7

⁽¹⁾ taux standardisés sur le type d'établissement

⁽²⁾ pourcentages rapportés aux accouchements par voie basse.

DOM-TOM

État du nouveau-né

		2004-2005
		Échantillon des enfants (n=676)
		Taux standardisés ⁽¹⁾
		%
Mode accouchement		
	voie basse spontanée	79,4
	intervention voie basse	4,0
	césarienne	16,6
Sexe masculin		52,4
Apgar	≤ 7 à 1 min	9,7
	≤ 7 à 5 min	4,2
Prématurité < 37 sem.		12,1
Grande prématurité < 33 sem.		2,0
Poids de Naissance		
	< 1500 g	1,8
	1500-2499 g	9,8
	2500-3999 g	82,2
	≥ 4000 g	6,2
Décès in utero		1,3

⁽¹⁾ *taux standardisés sur le type d'établissement*

II

Évaluation des pratiques médicales et leur évolution

Ce chapitre porte sur trois approches nous semblant pertinentes et pragmatiques pour les professionnels de la périnatalité :

1/ Indicateurs de santé périnatale chez les femmes « à bas risque ».

Les pratiques et les résultats dans une maternité dépendent des caractéristiques socio-démographiques des femmes et de leurs antécédents médicaux, gynécologiques et obstétricaux ainsi que de leur pathologie en cours de grossesse. Une maternité ne peut donc comparer ses pratiques et ses résultats à ceux du Réseau Sentinelle sans tenir compte du profil de ses patientes, c'est-à-dire de ses variables de recrutement.

Une façon de tenir compte de ces variables de recrutement est de constituer des « groupes homogènes de patientes » se présentant comme à bas risque à l'entrée, en cours de grossesse, ou lors de l'admission pour l'accouchement. La définition retenue reposant sur l'absence d'antécédent médical, gynécologique ou obstétrical, est très « exigeante »; afin de s'assurer d'une parfaite homogénéité des femmes dans ce groupe et d'atteindre des taux « planchers » au niveau des pratiques et des résultats.

2/ Description des pratiques obstétricales face à certaines situations cliniques et leur évolution.

- Délivrance dirigée.
- Épisiotomie.
- Sortie précoce.
- Corticothérapie anténatale chez les femmes hospitalisées pour une MAP.
- Allaitement maternel.

Ces thèmes ont été retenus du fait de leur importance en terme de santé publique, comme en témoigne l'existence de recommandations de pratiques professionnelles nationales.

3/ Outils d'EPP développés par l'AUDIPOG.

L'AUDIPOG promeut l'EPP dans le champ de la périnatalité depuis de nombreuses années, que cela soit au niveau d'une maternité, d'un réseau ou d'un cabinet libéral.

Pour ce faire, elle a développé différents outils :

1/ Le fait qu'un ou des professionnels comparent leurs données à celle du Réseau Sentinelle AUDIPOG, correspond à une auto-évaluation (EPP) dite de type Benchmarking (on compare ses données à des données extérieures, notamment nationales [cf. annexe 2 : interrogation de la base de données]).

2/ Il est aussi possible, avec facturation, d'interroger cette base pour comparer les données de sa maternité à sa région et à la France (Réseau Sentinelle).

3/ Le calcul du taux de césariennes attendu de sa maternité compte tenu de son recrutement est accessible sur le site, avec un mot de passe, sans facturation actuellement.

4/ Édition automatisée sur le site ou sous forme papier à la demande d'un tableau de bord de la maternité selon une périodicité souhaitée. Un tableau de bord simplifié sera envoyé gratuitement dès 2007 aux maternités fournissant un an de leurs données à AUDIPOG.

5/ Développement d'autres outils en références aux recommandations professionnelles nationales.
Par exemple : cinq outils d'EPP sur l'épisiotomie comportant quatre audits cliniques courts.
Ces outils d'EPP portant sur l'épisiotomie ont été développés en partenariat avec le CNSF.
Ces outils d'EPP seront imprimables gratuitement sur notre site web pour les membres AUDIPOG ; seule sera facturée la saisie en ligne avec automatisation de l'analyse des données.

Groupes de patientes « à bas risque »

Définition des bas risques :

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

Constitution des sous-groupes :

En 2004, le sous-groupe est constitué à partir de l'ensemble du fichier du Réseau Sentinelle (n=27 057), mais ne comprend que les dossiers comprenant toutes les variables nécessaires à l'application de la définition, soit 13 487 dossiers (6 773 primipares et 6 714 multipares).

L'analyse porte sur :

2 737 primipares « à bas risque »
1 792 multipares « à bas risque »

En 2005, le sous-groupe est constitué à partir de l'ensemble du fichier du Réseau Sentinelle (n=36 391), mais ne comprend que les dossiers comprenant toutes les variables nécessaires à l'application de la définition, soit 24 037 dossiers (10 858 primipares et 13 179 multipares).

L'analyse porte sur :

3 746 primipares « à bas risque »
3 437 multipares « à bas risque »

Femmes primipares – grossesses uniques

Indicateurs de pratiques et de résultats	2004 Population générale (n = 6 773) Taux standardisés %	2004 Sous-groupe « à bas risque » (n = 2 737) Taux standardisés %
	Âge gestationnel lors de la 1^{re} consultation à la maternité < 14 semaines	29,8
Mode de début du travail		
spontané	73,8	82,4
déclenchement artificiel	19,8	16,4
césarienne avant travail	6,4	1,2
<i>si déclenchement, motif</i>		
accouchement programmé	2,5	1,3
grossesse prolongée	4,5	5,1
RPM sans contraction	4,7	4,7
pathologie maternelle	3,2	1,0
pathologie fœtale	1,9	0,7
autre	3,0	3,6
Mode d'accouchement		
voie basse spontanée	57,6	65,3
intervention voie basse	22,6	24,6
césarienne	19,8	10,1
Anesthésie		
péridurale	72,4	79,8
rachianesthésie	10,6	3,8
générale	1,3	0,5
Prématurité	6,5	3,5
Hypotrophie ⁽¹⁾	6,5	4,4
Restriction de croissance ⁽²⁾	5,0	2,4
Apgar ≤ 7 à 5 min	2,5	1,8
Réanimation	5,8	3,1
Transfert ou mutation		
immédiat	6,0	3,2
différé	1,9	2,4

⁽¹⁾ Mamelle N, Munoz F et Grandjean H pour le groupe de travail AUDIPOG. Croissance fœtale à partir de l'étude AUDIPOG. I- établissement de courbes de référence. J Gynecol Obstet Biol Reprod, 1996, 25:61-70.

⁽²⁾ Mamelle N, Cochet V, Claris O. Definition of fetal growth restriction according to constitutional growth potential. Biol Neonate 2001; 80:278-286.

Femmes primipares – grossesses uniques

Indicateurs de pratiques et de résultats	2005	2005
	Population générale (n = 10 858) Taux standardisés %	Sous-groupe « à bas risque » (n = 3 746) Taux standardisés %
Âge gestationnel lors de la 1^{re} consultation à la maternité < 14 semaines	31,9	35,6
Mode de début du travail		
spontané	71,1	80,1
déclenchement artificiel	20,9	16,5
césarienne avant travail	8,0	3,4
<i>si déclenchement, motif</i>		
accouchement programmé	2,7	2,7
grossesse prolongée	3,5	4,5
RPM sans contraction	5,4	4,1
pathologie maternelle	4,5	1,4
pathologie fœtale	2,5	1,5
autre	2,3	2,3
Mode d'accouchement		
voie basse spontanée	61,9	67,7
intervention voie basse	18,4	20,9
césarienne	19,7	11,4
Anesthésie		
péridurale	70,6	72,0
rachianesthésie	11,4	7,1
générale	2,2	0,8
Prématurité	7,4	2,9
Hypotrophie ⁽¹⁾	6,4	4,5
Restriction de croissance ⁽²⁾	4,5	2,3
Apgar ≤ 7 à 5 min	2,5	1,5
Réanimation	5,7	3,7
Transfert ou mutation		
immédiat	5,8	2,4
différé	1,6	1,4

⁽¹⁾ Mamelle N, Munoz F et Grandjean H pour le groupe de travail AUDIPOG. Croissance fœtale à partir de l'étude AUDIPOG. I- établissement de courbes de référence. J Gynecol Obstet Biol Reprod, 1996, 25:61-70.

⁽²⁾ Mamelle N, Cochet V, Claris O. Definition of fetal growth restriction according to constitutional growth potential. Biol Neonate 2001; 80:278-286.

Femmes multipares – grossesses uniques

Indicateurs de pratiques et de résultats	2004	2004
	Population générale (n = 6 714) Taux standardisés %	Sous-groupe « à bas risque » (n = 1 792) Taux standardisés %
Âge gestationnel lors de la 1^{re} consultation à la maternité < 14 semaines	28,0	31,7
Mode de début du travail		
spontané	71,2	87,4
déclenchement artificiel	17,3	11,4
césarienne avant travail	11,5	1,2
<i>si déclenchement, motif</i>		
accouchement programmé	6,1	3,6
grossesse prolongée	2,2	1,6
RPM sans contraction	3,4	3,8
pathologie maternelle	2,4	0,3
pathologie fœtale	1,2	1,5
autre	2,0	0,6
Mode d'accouchement		
voie basse spontanée	78,2	94,5
intervention voie basse	5,6	3,2
césarienne	16,1	2,3
Anesthésie		
péridurale	50,2	44,5
rachianesthésie	13,6	3,3
générale	1,1	0,3
Prématurité	5,8	2,3
Hypotrophie ⁽¹⁾	4,0	1,7
Restriction de croissance ⁽²⁾	4,7	1,9
Apgar ≤ 7 à 5 min	1,7	1,2
Réanimation	4,3	1,4
Transfert ou mutation		
immédiat	4,7	1,9
différé	1,3	1,4

⁽¹⁾ Mamelle N, Munoz F et Grandjean H pour le groupe de travail AUDIPOG. Croissance fœtale à partir de l'étude AUDIPOG. I- établissement de courbes de référence. J Gynecol Obstet Biol Reprod, 1996, 25:61-70.

⁽²⁾ Mamelle N, Cochet V, Claris O. Definition of fetal growth restriction according to constitutional growth potential. Biol Neonate 2001; 80:278-286.

Femmes multipares – grossesses uniques

Indicateurs de pratiques et de résultats	2005	2005
	Population générale (n = 13 179) Taux standardisés %	Sous-groupe « à bas risque » (n = 3 437) Taux standardisés %
Âge gestationnel lors de la 1^{re} consultation à la maternité < 14 semaines	35,3	38,8
Mode de début du travail		
spontané	70,9	82,5
déclenchement artificiel	17,3	16,2
césarienne avant travail	11,8	1,3
<i>si déclenchement, motif</i>		
accouchement programmé	3,8	5,2
grossesse prolongée	2,8	3,6
RPM sans contraction	3,4	3,3
pathologie maternelle	2,5	0,4
pathologie fœtale	1,7	0,9
autre	3,1	2,8
Mode d'accouchement		
voie basse spontanée	78,3	94,8
intervention voie basse	4,3	2,6
césarienne	17,4	2,6
Anesthésie		
péridurale	49,6	49,8
rachianesthésie	14,4	3,6
générale	1,4	0,4
Prématurité	4,9	1,7
Hypotrophie ⁽¹⁾	3,2	1,8
Restriction de croissance ⁽²⁾	4,0	3,5
Apgar ≤ 7 à 5 min	1,9	1,1
Réanimation	3,9	2,3
Transfert ou mutation		
immédiat	4,1	1,4
différé	1,4	2,0

⁽¹⁾ Mamelle N, Munoz F et Grandjean H pour le groupe de travail AUDIPOG. Croissance fœtale à partir de l'étude AUDIPOG. I- établissement de courbes de référence. J Gynecol Obstet Biol Reprod, 1996, 25:61-70.

⁽²⁾ Mamelle N, Cochet V, Claris O. Definition of fetal growth restriction according to constitutional growth potential. Biol Neonate 2001; 80:278-286.

Description des pratiques obstétricales face à certaines situations cliniques et leur évolution

Taux rapportés aux mères	1994-1995 (n=14893) %	1996-1997 (n=17267) %	1998-1999 (n=17640) %	2000-2001 (n=18662) %	2002-2003 (n=17218) %	2004 (n=6987) %	2005 (n=7648) %
Délivrance dirigée ⁽¹⁾	6,2	7,3	4,9	17,7	26,1	29,7	31,3
Épisiotomie ⁽¹⁾	56,0	58,9	54,4	48,3	47,3	41,1	41,3
Sortie précoce							
voie basse ≤ 3 jours	1,7	2,9	4,1	5,7	7,8	6,9	9,3
césarienne ≤ 5 jours	1,7	1,4	2,8	4,9	7,8	8,0	9,1
Corticothérapie chez les femmes hospitalisées pour MAP ⁽²⁾	-	-	-	42,6	42,8	54,3	56,9

⁽¹⁾ pourcentages globaux rapportés aux accouchements par voie basse

⁽²⁾ échantillon réduit et données disponibles à partir de 2000.

Taux rapportés aux enfants	2000-2001 (n=19068) %	2002-2003 (n=17588) %	2004 (n=7130) %	2005 (n=7807) %
Alimentation en fin de séjour⁽¹⁾				
lait maternel	51,2	56,9	57,1	58,5
mixte	2,0	1,8	2,8	2,9
artificielle	46,0	40,5	39,5	38,1

⁽¹⁾ échantillon réduit et données disponibles à partir de 2000

III

La politique de régionalisation au niveau national 2004-2005

Qui accouche où ?

<i>Taux rapportés aux mères</i>	France 2004			France 2005		
	Niveau I %	Niveau II %	Niveau III %	Niveau I %	Niveau II %	Niveau III %
Selon leur situation initiale						
Âge < 18 ou > 34 ans	32,2	42,2	25,6	32,3	39,1	28,6
Antécédent périnatal	27,1	43,7	29,2	21,7	41,6	36,7
Selon leur situation en fin de grossesse						
Primipares à bas risque	45,6	35,4	19,0	39,3	37,7	23,0
Multipares à bas risque	35,6	31,6	32,8	48,7	29,3	22,0
Selon leur pathologie gravidique						
MAP	36,8	43,4	19,8	33,6	38,8	27,6
RCIU	26,8	39,3	33,9	26,9	27,1	46,0
Diabète	34,5	36,7	28,8	29,6	37,8	32,6
ENSEMBLE	41,1	37,4	21,5	37,0	36,1	26,9

Qui naît où ?

<i>Taux rapportés aux enfants</i>	France 2004			France 2005		
	Niveau I %	Niveau II %	Niveau III %	Niveau I %	Niveau II %	Niveau III %
Grossesses multiples	34,5	34,3	31,2	28,4	36,1	35,5
Âge gestationnel < 33 semaines	13,5	17,4	69,1	18,1	29,0	52,9
Âge gestationnel 33-34 semaines	18,9	35,3	45,8	22,8	35,6	41,6
Âge gestationnel > 34 semaines	41,9	37,5	20,6	37,5	36,0	26,5
Poids < 1500 g	8,5	18,3	73,2	17,4	15,8	66,8
ENSEMBLE	41,1	37,1	21,8	36,9	35,8	27,3

Annexes

- **Comparaison des indicateurs**
- **Exemple d'interrogation de la base**
 - **Maternités participantes**
 - **Remerciements**

ANNEXE 1

Tableau de bord simplifié gratuit Comparaison des indicateurs de votre maternité à ceux du Réseau Sentinelle

Ce document est un outil d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) dans votre maternité.

Il vous est proposé de réaliser, à partir des données de votre maternité, le calcul de vos propres indicateurs (de recrutement, de pratiques et de résultats) et de les confronter à ceux du Réseau Sentinelle AUDIPOG.

Indicateurs de santé périnatale

Indicateurs de recrutement	Réseau Sentinelle 2005 (n =)	Votre maternité 2006 (n =)
Déroutement de la grossesse et du travail	Taux standardisés %	Taux bruts %
Âge maternel		
< 20 ans		...
20-34 ans		...
≥ 35 ans		...
Parité :		
0		...
1		...
2		...
3 et +		...
Antécédent de césariennes chez les multipares		...
Antécédents périnataux chez les multipares		
au moins un antécédent périnatal		...
antécédent de prématurité		...
antécédent de mort-né		...
antécédent de mort néonatale		...
<hr/>		
Grossesse multiple (/ mère)		...
Existence d'une pathologie de la grossesse		...
Terme (/ mère)		
< 33 sem.		...
33-36 sem.		...
≥ 37 sem.		...
Mode de début du travail		
spontané		...
déclenchement artificiel		...
césarienne avant travail		...
Anesthésie (/ mère)		
aucune		...
péridurale		...
rachianesthésie		...
générale		...
locale ou autre		...
Mode d'accouchement (/ mère)		
voie basse spontanée		...
intervention voie basse		...
césarienne		...

Déroulement de l'accouchement État du nouveau-né	Réseau Sentinelle 2005			Votre maternité 2006		
	Gr. uniques	Gr. multiples		Gr. uniques	Gr. multiples	
	(n =)	J1 (n =)	J2 et suiv. (n =)	(n =)	J1 (n =)	J2 et suiv. (n =)
	Tx stand. %	Tx stand. %	Tx stand. %	Tx bruts %	Tx bruts %	Tx bruts %
Présentation						
sommet			
siège			
autre			
Mode d'accouchement						
voie basse spontanée			
intervention voie basse			
césarienne			
J1 + J2						
Terme						
< 33 sem.			
33-36 sem.			
≥ 37 sem.			
Apgar à 5 min ≤ 7						
			
Réanimation						
			
Poids de Naissance						
< 1500 g			
1500-2499 g			
2500-3999 g			
≥ 4000 g			
Restriction de croissance fœtale						
			
Transfert						
immédiat			
différé			
Décès in utero ou en salle de naissance						
			

État de la mère	Réseau Sentinelle 2005	Votre maternité 2006
	(n =) Taux standardisés %	(n =) Taux bruts %
Existence de pathologie des suites de couches		...
Durée du séjour		
≤ 4 j		...
5-7 j		...
≥ 8 j		...
Transfert ou mutation		
		...

Tableau de bord complet facturé Comparaison des indicateurs de votre maternité à ceux du Réseau Sentinelle

Ce document est un outil d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) dans votre maternité.

Il vous est proposé de réaliser, à partir des données de votre maternité :

- le calcul de vos propres indicateurs (de recrutement, de pratiques et de résultats) et de les confronter à ceux du Réseau Sentinelle ;

- le calcul de vos propres indicateurs (de pratiques et de résultats) dans deux sous-groupes « primipares à bas risque » et « multipares à bas risque » (cf. définition page 27 dans le cahier du Réseau) et de les confronter à ceux observés dans ces mêmes sous-groupes au sein du Réseau Sentinelle.

Indicateurs de santé périnatale

Indicateurs de recrutement	Réseau Sentinelle 2005 (n =) Taux standardisés %	Votre maternité 2006 (n =) Taux bruts %
Âge maternel		
< 20 ans		...
20-34 ans		...
≥ 35 ans		...
Situation de famille		
célibataire		...
vit en couple		...
mariée		...
autre		...
Tabac avant la grossesse		
< 10 cig/j		...
≥ 10 cig/j		...
Tabac pendant la grossesse		
< 10 cig/j		...
≥ 10 cig/j		...
Parité :		
0		...
1		...
2		...
3 et +		...
Antécédent de césarienne chez les multipares		
		...
Antécédents périnataux chez les multipares		
au moins un antécédent périnatal		...
antécédent de prématurité		...
antécédent de mort-né		...
antécédent de mort néonatale		...

Déroulement de la grossesse et du travail	Réseau Sentinelle 2005 (n =) Taux standardisés %	Votre maternité 2006 (n =) Taux bruts %
AG à la 1^{re} consultation à la maternité		
< 14 sem.		...
14-27 sem.		...
> 27 sem.		...
Hospitalisation		...
Sage-femme à domicile		...
Amniocentèse		...
Grossesse multiple (/ mère)		...
Existence d'une pathologie de la grossesse		...
Type de pathologie :		
<i>MAP</i>		...
<i>Hypertension</i>		...
<i>Protéinurie avec ou sans œdème</i> ⁽¹⁾		...
<i>Diabète</i>		...
<i>Infection urinaire</i> ⁽¹⁾		...
<i>Infection cervico-vaginale</i> ⁽¹⁾		...
<i>Hydramnios</i>		...
<i>Oligoamnios sans RPM</i>		...
<i>RCIU (diagnostiqué in utero)</i>		...
<i>Macrosomie</i>		...
<i>Signes de souffrance fœtale</i> ⁽¹⁾		...
Corticothérapie anténatale ⁽¹⁾		
si accouchement < 33 sem.		...
si MAP et accouchement < 33 sem.		...
Membranes rompues avec travail retardé (RPM)		...
Terme (/ mère)		
< 33 sem.		...
33-36 sem.		...
≥ 37 sem.		...
Mode de début du travail		
spontané		...
déclenchement artificiel		...
césarienne avant travail		...
Si déclenchement, motif		
accouchement programmé		...
grossesse prolongée		...
pathologie maternelle		...
pathologie fœtale (et mort in utero)		...
RPM sans contraction		...
autre		...
Anesthésie		
aucune		...
péridurale		...
rachianesthésie		...
générale		...
locale ou autre		...
Mode d'accouchement (/ mère)		
voie basse spontanée		...
intervention voie basse		...
césarienne		...

⁽¹⁾ échantillon réduit

Dérroulement de l'accouchement État du nouveau-né Gr. uniques et multiples séparées	Réseau Sentinelle 2005			Votre maternité 2006		
	Gr. uniques	Gr. multiples		Gr. uniques	Gr. multiples	
	(n =)	J1 (n =)	J2 (n =)	(n =)	J1 (n =)	J2 (n =)
	Tx stand. %	Tx stand. %	Tx stand. %	Tx bruts %	Tx bruts %	Tx bruts %
Présentation						
sommet			
siège			
autre			
Mode d'accouchement (/ enfant)						
voie basse spontanée			
intervention voie basse			
césarienne			
		J1 + J2			J1 + J2	
Terme (/ enfant)						
< 33 sem.			
33-36 sem.			
≥ 37 sem.			
Apgar à 5 min ≤ 7			
Réanimation			
Poids de Naissance						
< 1500 g			
1500-2499 g			
2500-3999 g			
≥ 4000 g			
Restriction de croissance fœtale			
Transfert immédiat			
différé			
Décès in utero ou en salle de naissance			

Dérroulement de l'accouchement État du nouveau-né Gr. uniques et multiples réunies	Réseau Sentinelle 2005 (n =) Taux standardisés %	Votre maternité 2006 (n =) Taux bruts %
Enfants issus de grossesse multiple		...
Terme (/ enfant)		
< 33 sem.		...
33-36 sem.		...
≥ 37 sem.		...
Accouchement par césarienne (/ enfant)		...
Alimentation ⁽¹⁾		
lait maternel		...
mixte		...
artificielle		...

État de la mère	Réseau Sentinelle 2005 (n =) Taux standardisés %	Votre maternité 2006 (n =) Taux bruts %
Existence de pathologie des suites de couches		...
<i>Dont infection ⁽¹⁾</i>		...
Durée du séjour		
≤ 4 j		...
5-6-7 j		...
≥ 8 j		...
Transfert ou mutation		...

⁽¹⁾ échantillon réduit

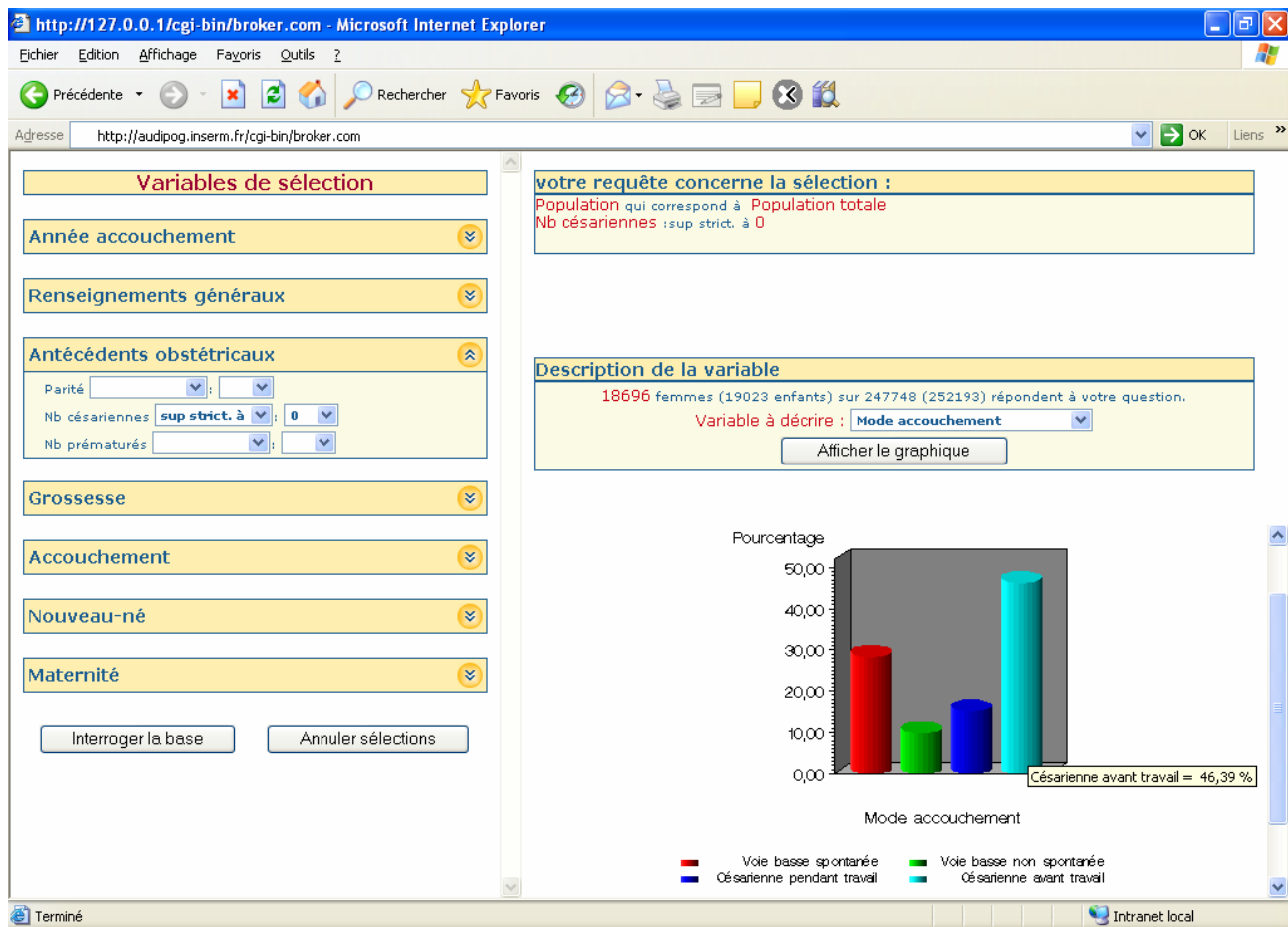
**Indicateurs dans les sous-groupes
de femmes « à bas risque »**

Variables de pratiques et de résultats	Réseau Sentinelle	Votre maternité	Réseau Sentinelle	Votre maternité
	primipares	primipares	multipares	multipares
	« à bas risque »	« à bas risque »	« à bas risque »	« à bas risque »
	2005 (n =) Tx stand. %	2006 (n =) Tx bruts %	2005 (n =) Tx stand. %	2006 (n =) Tx bruts %
Âge gestationnel 1^{re} consult. à la mat. < 14 sem.	
Mode de début du travail				
spontané	
déclenché	
césarienne avant travail	
<i>si déclenchement, motif</i>				
accouchement programmé	
grossesse prolongée	
RPM sans contraction	
pathologie maternelle	
pathologie fœtale	
autre	
Mode d'accouchement				
voie basse spontanée	
voie basse non spontanée	
césarienne	
Anesthésie				
péridurale	
rachianesthésie	
générale	
Prématurité	
Restriction de croissance fœtale	
Apgar à 5min ≤ 7	
Réanimation	
Transfert ou mutation				
immédiat	
différé	

ANNEXE 2

Exemple d'interrogation d'une base de données à l'échelon national, régional et local

- Cliquez sur **la base de données périnatale en ligne** puis sur **interroger la base de données**
- Si vous ne l'avez pas fait précédemment, entrez votre **nom d'utilisateur et votre mot de passe** (accès réservé aux membres du Réseau).
- Choisissez un domaine : **France 1994-2005**
- Sélectionnez un groupe de femmes enceintes, par exemple, le groupe de femmes présentant un utérus cicatriciel (nombre de césariennes antérieures > 0), pour cela :
 - cliquez sur la variable « **césarienne** » au sein des variables « antécédents obstétricaux »
 - et choisissez **sup_strict à** puis **0**
 - cliquez sur « **fin** » puis sur **interroger la base de données**
 - ↳ s'affiche alors en haut à droite de votre écran le nombre de femmes ayant un antécédent de césarienne au sein de la base de données (1994-2005) : **18696**
- Choisissez une variable à étudier parmi celles proposées dans la liste, par exemple le mode d'accouchement, pour cela :
 - cliquez sur **mode d'accouchement**
 - ↳ s'affiche alors en haut à droite de votre écran la variable sélectionnée
 - cliquez ensuite sur **afficher le graphique**
 - ↳ apparaissent alors le tableau et le graphique demandés
 - ↳ pointez l'histogramme avec la souris, les résultats correspondants apparaissent
 - 28,42 % des femmes accouchent par voie basse spontanée
 - 9,93 % par voie basse non spontanée
 - 15,26 % par césarienne pendant travail
 - 46,39 % par césarienne avant travail.



http://127.0.0.1/cgi-bin/broker.com - Microsoft Internet Explorer

Adresse http://audipog.inserm.fr/cgi-bin/broker.com

Interrogation de la base de données nationale

Mode accouchement	France échantillon sélectionné %	France population totale %
Voie basse spontanée	28,42	69,29
Voie basse non spontanée	9,93	13,37
Césarienne pendant travail	15,26	8,29
Césarienne avant travail	46,39	9,04

Terminé Intranet local

ANNEXE 3

Maternités participantes au Réseau Sentinelle

Les maternités en gras ont participé au Réseau Sentinelle en 2004 et/ou 2005.

CENTRE HOSPITALIER	Docteur	BEYTOUT	03006 MOULINS
POLYCLINIQUE ST ANTOINE	Docteur	DUCROZ	03100 MONTLUÇON DÉSSERTINES
CENTRE HOSPITALIER	Docteur	BARTHOLIN	03113 MONTLUÇON Cedex
POLYCLINIQUE LA PERGOLA	Madame	POULIDO	03200 VICHY
CENTRE HOSPITALIER	Docteur	FAVARD	03209 VICHY
CENTRE HOSPITALIER GÉNÉRAL	Docteur	BEHAR	04003 DIGNE-LES-BAINS
CENTRE HOSPITALIER	Docteur	AZUAR	06135 GRASSE
CENTRE HOSPITALIER	Docteur	PIER	07103 ANNONAY Cedex
CLINIQUE DU VIVARAIS	Docteur	BELLE	07200 AUBENAS
CENTRE HOSPITALIER	Docteur	FERNANDEZ	07205 AUBENAS Cedex
ANSFL	Madame	RANDON	07600 VALS LES BAINS
C.H.I. DU VAL D'ARIEGE	Docteur	ACIEN	09008 FOIX Cedex
CENTRE HOSPITALIER	Docteur	DELCHAMBRE	09190 SAINT LIZIER
HÔPITAL DE BAR SUR AUBE	Docteur	DUTARD	10200 BAR SUR AUBE
POLYCLINIQUE LE LANGUEDOC	Docteur	RAPINAT	11108 NARBONNE Cedex
CENTRE HOSPITALIER	Docteur	SAINT MARTIN	11108 NARBONNE Cedex
CENTRE HOSPITALIER	Docteur	FAURE	12000 RODEZ
CENTRE HOSPITALIER	Docteur	BADER	12202 VILLEFRANCHE DE ROUERGUE
HÔPITAL ST JOSEPH	Docteur	PASCAL	13285 MARSEILLE Cedex 08
C.H. DU PAYS D'AIX	Docteur	TRAMIER	13616 AIX EN PROVENCE Cedex 01
C.H.U.	Docteur	DREYFUS	14033 CAEN Cedex 05
HÔPITAL PRIVÉ ST MARTIN	Docteur	EUSTRATIADIS	14050 CAEN CEDEX 04
CENTRE HOSPITALIER	Docteur	HOPPELER	14107 LISIEUX Cedex
CENTRE HOSPITALIER	Docteur	WIRTH	15002 AURILLAC Cedex
C.M.C DE TRONQUIERES	Docteur	ALLART	15013 AURILLAC
CENTRE HOSPITALIER	Docteur	BARRIER	15102 SAINT FLOUR
CENTRE HOSPITALIER	Docteur	CHAVAROT	15200 MAURIAC
CENTRE HOSPITALIER	Docteur	VILLATTE	16108 COGNAC Cedex
CLINIQUE AURORE	Docteur	MERCIER	17000 LA ROCHELLE
CLINIQUE PASTEUR	Docteur	DOMECQ	17200 ROYAN
CENTRE HOSPITALIER	Docteur	ROULET	17415 SAINT JEAN D'ANGÉLY Cedex
C.H. JACQUES CŒUR	Docteur	LEDOUX	18016 BOURGES Cedex
CENTRE HOSPITALIER	Docteur	RAFFI	19012 TULLE Cedex
CENTRE HOSPITALIER	Docteur	LENCK	19208 USSEL
CENTRE HOSPITALIER	Docteur	COLASSON	19312 BRIVE LA GAILLARDE
CLINIQUE ST GERMAIN	Docteur	ROSENTHAL	19316 BRIVE LA GAILLARDE Cedex
C.H.U.	Docteur	DOUVIER	21034 DIJON Cedex
CENTRE HOSPITALIER SEMUR	Docteur	ARNALSTEEN	21140 SEMUR EN AUXOIS
CENTRE HOSPITALIER	Docteur	CALVEZ	22023 SAINT BRIEUC Cedex 1
C.H.R. PLEVEN	Docteur	CHAUMET	22101 DINAN
CENTRE HOSPITALIER	Docteur	GUICHAOUA	22200 GUINGAMP
C.H. PIERRE LE DAMANY	Docteur	REBOUR	22303 LANNION Cedex
C.H.G. DE GUERET	Docteur	PASQUET	23011 GUÉRET Cedex
C.H. SAMUEL-POZZI	Docteur	SABLONNIERE	24108 BERGERAC Cedex
C.H. JEAN-LECLAIRE	Docteur	LIDUENA	24204 SARLAT Cedex
C.H.U. SAINT-JACQUES	Professeur	MAILLET	25030 BESANÇON Cedex
CENTRE HOSPITALIER	Docteur	BOYADJIAN	25304 PONTARLIER Cedex
CENTRE HOSPITALIER	Docteur	FERNET	27207 VERNON
CENTRE HOSPITALIER	Docteur	BLOT	28205 CHÂTEAUDUN Cedex
CENTRE HOSPITALIER HÔTEL DIEU	Docteur	JAUFFROY	29120 PONT L'ABBÉ
C.H.U. HÔPITAL MORVAN	Professeur	COLLET	29609 BREST Cedex
C.H.U. HÔPITAL CAREMEAU	Professeur	MARES	30029 NÎMES Cedex
CLINIQUE BONNEFON	Docteur	COHEN	30100 ALÈS
CENTRE HOSPITALIER LOUIS PASTEUR	Docteur	COULONDRE	30205 BAGNOLS SUR CÈZE Cedex
HÔPITAL DE LA GRAVE	Professeur	MONROZIES	31059 TOULOUSE Cedex 09
CENTRE HOSPITALIER	Docteur	GAU	31806 SAINT GAUDENS Cedex
HÔPITAL PELLEGRIN	Professeur	LENG	33076 BORDEAUX Cedex
CENTRE HOSPITALIER PASTEUR	Docteur	TISSOT	33212 LANGON
CLINIQUE MUTUALISTE DU MEDOC	Docteur	FAUSSAT	33340 LESPARRE MEDOC
M.S.P.B. BAGATELLE	Docteur	DELBOSC	33401 TALENCE CEDEX
CLINIQUE ST LOUIS	Docteur	MAISTRE	34190 GANGES
HÔPITAL DE SETE	Docteur	VORS	34207 SÈTE
CLINIQUE LA SAGESSE	Docteur	AUSSEL	35043 RENNES Cedex
C.H.R.U. HÔPITAL SUD	Professeur	GRALL	35056 RENNES
CENTRE HOSPITALIER FOUGERES	Docteur	LEFEVRE	35305 FOUGÈRES Cedex
CENTRE HOSPITALIER BROUSSAIS	Docteur	WEYL	35403 SAINT MALO Cedex

C.H.R.U. BRETONNEAU	Professeur	BODY	37044	TOURS Cedex
C.H.U. HÔPITAL NORD LA TRONCHE	Professeur	PONS	38000	GRENOBLE CEDEX 09
C.H.R.U. HÔPITAL SUD	Docteur	FAVIER	38000	ÉCHIROLLES
CLINIQUE ST VINCENT DE PAUL	Docteur	BERTHIER	38304	BOURGOIN-JALLIEU Cedex
CENTRE HOSPITALIER GÉNÉRAL	Docteur	GIARD	38506	VOIRON Cedex
CENTRE HOSPITALIER LA FERTE	Docteur	SCHWETTERLE	39016	LONS LE SAUNIER
CENTRE HOSPITALIER	Docteur	BASIC	39206	SAINT CLAUDE Cedex
HÔPITAL DE FEURS	Docteur	TOLLON	42110	FEURS
CENTRE HOSPITALIER FIRMINY	Docteur	REYNAUD	42704	FIRMINY Cedex
CENTRE HOSPITALIER ÉMILE ROUX	Docteur	VENET	43012	LE PUY EN VELAY
CENTRE HOSPITALIER	Docteur	GABAUDE	46106	FIGEAC Cedex
CENTRE HOSPITALIER	Docteur	PREVOST-FEREY	48000	MENDE
HÔPITAL MONOD GRANDVILLE	Docteur	VELY	50406	GRANVILLE
CENTRE HOSPITALIER	Docteur	LEBRIS	50700	VALOGNES
POLYCLINIQUE COURLANCY	Docteur	SEJEAN	51057	REIMS
CLINIQUE SAINT VINCENT	Docteur	TAUBERT	51206	ÉPERNAY
HÔPITAL DE NORD MAYENNE	Docteur	LIZEE	53103	MAYENNE Cedex
C.H.R.U. A. PINARD	Professeur	JUDLIN	54042	NANCY Cedex
C.H.R.U. A. PINARD	Professeur	BOUTROY	54042	NANCY Cedex
CENTRE HOSPITALIER MAILLOT	Docteur	PERRIN	54151	BRIEY Cedex
CENTRE HOSPITALIER	Docteur	LORAILLÈRE	55012	BAR LE DUC Cedex
CENTRE HOSPITALIER A. GUERIN	Docteur	TALBOT	56800	PLOËRMEL
HÔPITAL SAINT JOSEPH	Docteur	FOEGLE	57233	BITCHE
CENTRE HOSPITALIER GÉNÉRAL	Docteur	KOCH	57402	SARREBOURG
CENTRE HOSPITALIER	Docteur	SCHERRER	58302	DECIZE Cedex
C.H.U. JEANNE DE FLANDRE	Professeur	CREPIN	59037	LILLE Cedex
MATERNITÉ PAUL GELLE	Docteur	DELAHOUSSE	59056	ROUBAIX
CENTRE HOSPITALIER	Docteur	AL RAYES	59407	CAMBRAI Cedex
C.H. DE DUNKERQUE	Docteur	BOULOGNE	59430	SAINT POL/MER
CENTRE HOSPITALIER	Docteur	BAILLEUX	59471	SECLIN Cedex
CLINIQUE DES AUGUSTINS	Docteur	MEURETTE	59506	DOUAI
POLYCLINIQUE	Docteur	MINDJIMBA	59760	GRANDE-SYNTHÈ
CLINIQUE LILLE SUD	Docteur	DA LAGE	59813	LESQUIN Cedex
CLINIQUE DU PARC ST SAULVE	Docteur	PINELLE-VERRIEZ	59880	SAINT SAULVE
HÔPITAL GÉNÉRAL	Docteur	MARCHAL	60607	CLERMONT Cedex
HÔPITAL DE L' AIGLE	Docteur	LESEIGNEUR	61305	L' AIGLE Cedex
C.H. LES ANDAINES	Docteur	NELLE	61600	LA FERTE MACE
CENTRE HOSPITALIER	Docteur	CHURLET	62321	BOULOGNE / MER
CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL	Docteur	PAUCHET	62505	SAINT OMER Cedex
C.H.U. HÔTEL DIEU	Professeur	JACQUETIN	63000	CLERMONT-FERRAND
C.H.U. HÔTEL DIEU	Professeur	LEMERY	63000	CLERMONT-FERRAND
C.H.U. POLYCLINIQUE	Docteur	MAGE	63000	CLERMONT-FERRAND
CENTRE HOSPITALIER GÉNÉRAL	Docteur	FARINES	63204	RIOM
CENTRE HOSPITALIER	Docteur	FATTON	63307	THIERS
C.H. PAUL ARDIER	Docteur	MANSOOR	63500	ISSOIRE
CLINIQUE DE LA CHATAIGNERAIE	Docteur	MEYER	63541	BEAUMONT Cedex
CENTRE HOSPITALIER	Docteur	HUMMEL	63600	AMBERT
CLINIQUE LAFARGUE	Docteur	LOPEZ-ADAN	64115	BAYONNE
CLINIQUE BERTRAND	Docteur	DAGUES-BIE	65000	TARBES
CLINIQUE NOTRE DAME D'ESPERANCE	Monsieur	BANET	66000	PERPIGNAN
C.H.U. DE STRASBOURG HÔPITAL CIVIL	Professeur	BRETTES	67091	STRASBOURG Cedex
HÔPITAL CIVIL D' OBERNAI	Docteur	LEISSNER	67211	OBERNAI Cedex 1
CENTRE HOSPITALIER	Docteur	COLLIN	67504	HAGUENAU Cedex
CLINIQUE SAINT-SAUVEUR	Docteur	FOURNIER	68054	MULHOUSE Cedex
CLINIQUE CHAMP FLEURI	Docteur	DOMINICI	69150	DÉCINES CHARPIEU
CLINIQUE DU TONKIN	Docteur	BREZIAT	69162	VILLEURBANNE Cedex
HÔPITAL DE L'ARBRESLE	Docteur	DE PURY	69210	L'ARBRESLE
HOPITAL DE L'HÔTEL DIEU	Professeur	RAUDRANT	69288	LYON CEDEX 02
HÔPITAL DE LA CROIX-ROUSSE	Professeur	RUDIGOZ	69317	LYON Cedex 04
HÔPITAL ÉDOUARD HERRIOT	Professeur	MELLIER	69437	LYON Cedex 03
CENTRE HOSPITALIER LYON SUD	Professeur	BERLAND	69495	PIERRE-BÉNITE
POLYCLINIQUE DES MINGUETTES	Docteur	MESTRALLET	69694	VÉNISSIEUX Cedex
POLYCLINIQUE PASTEUR	Docteur	STADLER	69800	SAINT PRIEST
CENTRE PÉRINATAL DE PROXIMITÉ	Docteur	JULIEN	72600	MAMERS
CENTRE HOSPITALIER	Docteur	CHABERT	73011	CHAMBÉRY Cedex
HÔPITAL GEORGES PIANTA	Docteur	VINCENT-GENOD	74203	THONON LES BAINS Cedex
HÔPITAL CAMILLE BLANC	Docteur	GLEYZE	74502	ÉVIAN LES BAINS
HÔPITAL LARIBOISIÈRE	Professeur	TRUC	75010	PARIS
HÔPITAL COCHIN BAUDELOCQUE	Professeur	CABROL	75014	PARIS
HÔPITAL ST VINCENT DE PAUL	Professeur	TOURNAIRE	75014	PARIS
CENTRE HOSPITALIER BOUCICAUT	Professeur	TAURELLE	75015	PARIS
HÔPITAL ROTHSCHILD	Professeur	BENIFLA	75571	PARIS Cedex 12
HÔPITAL DES MÉTALLURGISTES	Docteur	CHEYNIER	75571	PARIS Cedex 12

HÔPITAL DES DIACONESSES	Docteur	HARVEY	75571	PARIS Cedex 12
NOTRE DAME DE BON SECOURS	Docteur	SAUVANET	75674	PARIS Cedex 14
INSTITUT MUTUALISTE MONTSOURIS	Docteur	COHEN	75674	PARIS Cedex 14
HÔPITAL CHARLES NICOLLE	Professeur	MARPEAU	76031	ROUEN Cedex
CENTRE HOSPITALIER	Docteur	VERCOUSTRE	76083	LE HAVRE Cedex
CENTRE HOSPITALIER DU BELVEDERE	Docteur	LABADIE	76131	MONT SAINT AIGNAN
CENTRE HOSPITALIER	Docteur	CINGOTTI	76202	DIEPPE Cedex
CENTRE HOSPITALIER GÉNÉRAL	Docteur	PAQUET	76503	ELBEUF Cedex
CENTRE HOSPITALIER	Docteur	MICHEL	77104	MEAUX Cedex
CLINIQUE CHANTEREINE	Docteur	LEONE	77177	BROU sur CHANTEREINE
CENTRE HOSPITALIER	Docteur	ALGAVA	77405	LAGNY SUR MARNE
HÔPITAL DE COULOMMIERS	Docteur	NABI	77527	COULOMMIERS Cedex
C.H.I	Docteur	GUYOT	78105	SAINT GERMAIN EN LAYE
C.H.I. DE POISSY SAINT-GERMAIN	Professeur	VILLE	78303	POISSY
CLINIQUE SULLY DU PARC	Docteur	UZAN	78600	MAISONS LAFFITTE
C.H. GEORGES RENON	Docteur	NOYELLE	79021	NIORT Cedex
C.H.U.	Professeur	BOULANGER	80030	AMIENS Cedex 01
CENTRE HOSPITALIER	Docteur	MARZEC	80600	DOULLENS
CENTRE HOSPITALIER GÉNÉRAL	Docteur	MIGNOT	81013	ALBI Cedex 09
CENTRE HOSPITALIER	Docteur	KOMPANIETZ	81207	MAZAMET
CENTRE HOSPITALIER JEAN MARCEL	Docteur	AUDREN	83170	BRIGNOLES
C.H. LOUIS GIORGI	Docteur	ALLAUZEN	84106	ORANGE
CENTRE HOSPITALIER	Docteur	GRELET	84123	PERTUIS Cedex
CENTRE HOSPITALIER	Docteur	BENETEAU	85200	FONTENAY-LE-COMTE
CENTRE HOSPITALIER	Docteur	BODIN	85400	LUÇON
C.H.U. LA MILETRIE	Professeur	MAGNIN	86021	POITIERS CEDEX
CLINIQUE DU SQUARE DES EMAILLEURS	Docteur	RENAUDIE	87000	LIMOGES
C.H.U. DUPUYTREN	Professeur	AUBARD	87042	LIMOGES
CLINIQUE DU COLOMBIER	Docteur	BARRUCHE	87060	LIMOGES Cedex
HÔPITAL DE ST JUNIEN	Docteur	BERTHET	87205	SAINT JUNIEN Cedex
CLINIQUE L'ARC EN CIEL	Docteur	SCHIOCHET	88051	ÉPINAL Cedex 09
CENTRE HOSPITALIER	Docteur	KNOEPFFLER	90016	BELFORT Cedex
CENTRE HOSPITALIER LOUISE MICHEL	Docteur	RIGONNOT	91014	ÉVRY COURCOURONNES
CENTRE HOSPITALIER GÉNÉRAL	Docteur	DAVEAU	91106	CORBEIL ESSONNE Cedex
HÔPITAL CROIX-ROUGE	Docteur	BOULAY	91265	JUVISY sur ORGE
CENTRE HOSPITALIER	Docteur	DIAB	91290	ARPAJON
HÔPITAL BEAUJON	Professeur	LEVARDON	92118	CLICHY Cedex
CENTRE MÉDICO CHIRURGICAL FOCH	Professeur	COLAU	92151	SURESNES Cedex
CENTRE HOSPITALIER	Docteur	VIGE	92211	SAINT CLOUD Cedex
HERTFORD BRITISH HOSPITAL	Docteur	JANSE-MAREC	92300	LEVALLOIS-PERRET
C.H.I. JEAN ROSTAND	Docteur	BELAISCH-ALLART	92310	SÈVRES Cedex
HÔPITAL NORD 92	Docteur	BIZIEAUX	92390	VILLENEUVE LA GARENNE
HÔPITAL LOUIS MOURIER	Professeur	MANDELBROT	92701	COLOMBES Cedex
C.H.I. ANDRÉ GREGOIRE	Docteur	SAINT-LEGER	93105	MONTREUIL
HÔPITAL PRIVÉ DE SEINE SAINT DENIS	Docteur	CANAMERAS	93156	LE BLANC MESNIL Cedex
C.H.G. DELAFONTAINE	Docteur	ROTTEN	93205	SAINT DENIS Cedex
HÔPITAL EUROPÉEN LA ROSERAIE	Docteur	ROZAN	93308	AUBERVILLIERS Cedex
C.H.I. LE RAINCY	Docteur	CAMUS	93370	MONTFERMEIL
C.H.I.	Docteur	MARIA	94195	VILLENEUVE-SAINT-GEORGES
CLINIQUE DES NORIETS	Docteur	LACROIX	94408	VITRY sur SEINE
CENTRE HOSPITALIER ESQUIROL	Docteur	JENY	94413	SAINT MAURICE Cedex
HÔPITAL PRIVE PAUL D'EGINE	Docteur	REVAH	94500	CHAMPIGNY SUR MARNE
CLINIQUE HÉLOÏSE	Docteur	SAINT FRISON	95104	ARGENTEUIL Cedex
C.H. DES PORTES DE L'OISES	Docteur	DEBIOLLES	95260	BEAUMONT SUR OISE
CLINIQUE CONTI	Docteur	LESPOUR	95290	L'ISLE ADAM
CENTRE HOSPITALIER RENÉ DUBOS	Docteur	MURAY	95301	CERGY PONTOISE CEDEX
CLINIQUE DE GIRARDIN	Docteur	AKOKA	95880	ENGHEN-LES-BAINS
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE	Professeur	JANKY	97159	POINTE À PITRE Cedex
C.H.U. LA MEYNARD	Docteur	MEZIN	97200	FORT DE FRANCE
CLINIQUE ST PAUL	Docteur	BLERALD	97200	FORT DE FRANCE
C.H.G. LOUIS DOMERGUE	Docteur	AGNOLY	97220	LA TRINITÉ
C.H.R. DU LAMENTIN	Docteur	GUYADER	97232	LE LAMENTIN
CLINIQUE SAINTE MARIE	Docteur	CELESTIN	97233	SCHOELCHER
C.H.G. DE CAYENNE	Docteur	PATIENT	97306	CAYENNE
CENTRE MÉDICO CHIRURGICAL	Docteur	CLAYETTE	97387	KOUROU Cedex
HÔPITAL FRANCK - JOLY	Docteur	CARLES	97393	SAINT LAURENT DE MARONI
C.H. SUD REUNION ST PIERRE	Docteur	BARAU	97410	SAINT PIERRE
C.H.I. ST ANDRE ST BENOIT	Docteur	LAGARDE	97470	SAINT BENOIT

ANNEXE 4

REMERCIEMENTS

*Nous tenons à remercier toutes les équipes
qui ont participé au recueil des données 2004 et 2005
et notamment :*

Mme VINCENT (C.H. de Moulins, 03)
Mme GRIMAUD (C.H. de Vichy, 03)
Mme FINES (Polyclinique Le Languedoc à Narbonne, 11)
Dr PETITJEAN (Hôpital St Joseph à Marseille, 13)
Mme LAMENDOUR (C.H.U. de Caen, 14)
Mme AVENEL (C.H. de Saint Flour, 15)
Mme RIPAUD (Clinique Pasteur à Royan, 17)
Mme CIPOLAT (C.H. d'Ussel, 19)
Dr BOUVIER (C.H. R. Pleven à Dinan, 22)
Dr TANGUY (C.H. Pierre Le Damany à Lannion, 22)
Mme MENETRIER (CHU Saint-Jacques à Besançon, 25)
Dr BEAUDE (C.H. Louis Pasteur à Bagnols Sur Cèze, 30)
Mme PEAN (C.H. Broussais à Saint Malo, 35)
Dr CHABROUD (C.H. La Ferté à Lons Le Saunier, 39)
Mme SCHAEFFER (Hôpital Monod à Granville, 50)
Mme ALBORGHETTI (C.H. de Bar Le Duc, 55)
Mlle ALLIAUD (C.H. - Maternité Paul Gelle à Roubaix, 59)
Mme LEMMENS (C.H. De Dunkerque à Saint Pol/Mer, 59)
Mme LANVIN (Hôpital Général à Clermont, 60)
Mme GILLOT (C.H. de Thiers, 63)
Mme GUITARD-LOUBIER (C.H. Paul Ardier à Issoire, 63)
Mme BUISSON (C.H. d'Ambert, 63)
Mme WINNLEN (Clinique St-Sauveur à Mulhouse, 68)
Dr CALLEC (C.H. de Chambéry, 73)
Mme JEANNE (Hôpital Charles Nicolle à Rouen, 76)
Mme FAYETTE (C.H. de Meaux, 77)
M. TRICOCHÉ (C.H. Georges Renon à Niort, 79)
Dr VASSEUR (C.H. de Doullens, 80)
Mme LIBICZ (C.H. d'Orange, 84)
Mme VANNESSON (Clinique L'Arc En Ciel à Épinal, 88)
Mme JANOT (C.M.C. Foch à Suresnes, 93)
Mme DUQUESNE (C.H.I. Jean Rostand à Sèvres, 92)
Mme PICOT (C.H.I. André Grégoire à Montreuil, 93)
Mlle STARCK (C.H.I à Villeneuve-Saint-Georges, 94)
Mme MESSIN (C.H. Portes De L'Oise à Beaumont Sur Oise, 95)
Mme PAILLETTE (Groupe Hospitalier à Saint Pierre, 974)

Mme LAVIGNON (C.H. de Montluçon, 03)
Mme CAUBISENS (C.H.I. Du Val D'Ariège à Foix, 09)
Mme BAYARD (C.H. de Villefranche De Rouergue, 12)
Mme SANCHEZ (Hôpital St Joseph à Marseille, 13)
Mme LACOMBE (C.H. d'Aurillac, 15)
Dr VACQUIER (C.H. de Cognac, 16)
Mlle DELAFUENTE (C.H. de Tulle, 19)
M. BELLAMY (C.H. de Saint Briec, 22)
Dr DARBO (C.H. de Guingamp, 22)
Mme VAN DEN BERGH (C.H.G. De Guéret à Guéret, 23)
Dr BOUDEMAGHE (C.H.U. Hôpital Caremeau à Nîmes, 30)
Dr ROY (Clinique Mutualiste La Sagesse à Rennes, 35)
Mme MATHIEU (C.H.U. de Grenoble, 38)
Mme PARADIS TRENEULE (C.H. de Mende, 48)
Mlle MAURICE (C.H.R.U. de Nancy, 54)
Dr COUROUGE (C.H. Jeanne De Flandre à Lille, 59)
Mme BOUCNEAU (C.H. de Cambrai, 59)
Mme CALMEIN (Polyclinique de Grande-Synthe, 59)
Mlle KIBBOUA (CHU Hôtel Dieu à Clermont-Ferrand, 63)
Mme MONIER (C.H. de Thiers, 63)
Mme GUITARD (Clinique De La Châtaigneraie à Beaumont, 63)
Dr WINISDOERFFER (C.H. d'Haguenau, 67)
Dr PENNEHOUAT (C.H. de Chambéry, 73)
Mme KRIL (Hôpital Rothschild à Paris, 75)
Mme CLEVAREC (C.H. de Dieppe, 76)
Mme BERTRAND (C.H. de Lagny Sur Marne, 77)
Dr VERHOEST (C.H.U. d'Amiens, 80)
Mme BERTHOMIEU (C.H.G. d'Albi, 81)
Mme LANDRON (C.H.U. de Poitiers, 86)
Mme LABUSSIÈRE (C.M.C. Foch à Suresnes, 92)
Mme SAUBESTY (C.H.I. Jean Rostand à Sèvres, 92)
Dr CRENN-HEBERT (Hôpital Louis Mourier à Colombes, 92)
Mme MORIN (Hôp. Européen La Roseraie à Aubervilliers, 93)
Mlle MARIE (C.H. Esquirol à Saint Maurice, 94)
M. KERMINE (Clinique De Girardin à Enghien-les-Bains, 95)
