



Avril
Mai
Juin 2001
N° 2

La lettre des Actualités Périnatales du Languedoc Roussillon

*Le lien entre les professionnels de la
périnatalité*

Rédacteur en chef

Pr Pierre Boulot
Président CRN LR
Service de Gynécologie Obstétrique
Hôpital Arnaud de Villeneuve
371 Av du Doyen Giraud
34295 Montpellier cedex 5
Tel : 04 67 33 64 86

Coordination

Catherine Cecchi
GEN Languedoc-Roussillon
Hôpital Arnaud de Villeneuve
371 Av du Doyen Giraud
34295 Montpellier cedex 5
Tel : 04 67 33 81 46 Fax : 04 67 33 58 27
e-mail : c-cecchi@chu-montpellier.fr

Comité de lecture

P. Bénatia, anesthésiste réanimateur, P. Culianez, pédiatre
M. Dedieu, cadre puéricultrice, R. Fromentin, URCAM,
D.Hève, médecin DIM, M. Grémy, MIRAS DRASS,
M. Hoffet, Gyn - obstétricien, P. Marciano, pédopsychiatre
N. Meier, pédiatre CAMSP, F. Montoya, pédiatre,
M. Panthène, Gynécologue - obstétricien,
F. Perez, sage femme, J. Rambaud, médecin URML.

EDITORIAL

LES REGLES REGISSANT UN RESEAU PERINATAL

- ◆ Les décrets d'octobre 1998 ont prévu que les établissements publics et privés de périnatalité établissent des **conventions** entre eux afin de mieux organiser la transmission des informations, adopter des protocoles thérapeutiques communs, mieux anticiper les transferts de patientes et/ou de leurs nouveau-nés et évaluer les pratiques périnatales.

A ce jour, les conventions signées dans notre région sont bien peu nombreuses et un effort considérable doit être fait dans ce sens pour que les établissements pratiquant l'obstétrique et la néonatalogie coopèrent sur des bases claires, écrites par les professionnels, agréées par l'ARH et portées à la connaissance des futurs parents.

Dans ce but, la Commission Régionale de la Naissance a travaillé sur un projet type de convention, véritable socle commun qui pourra être décliné selon les différents types d'établissements.

Ces modèles ont été communiqués à l'ARH qui les transmettra aux directeurs d'établissements afin qu'avec les professionnels de santé, les contenus des conventions puissent être parfaitement définis. La CRN se tient prêt à donner une aide et des avis techniques pour la rédaction de ces conventions.

- ◆ Mais les conventions ne sauraient créer à elles seules un réseau périnatal.

Une charte périnatale du Languedoc-Roussillon doit maintenant être écrite et doit être le reflet d'un véritable état d'esprit périnatal régional.

Ecrite également par les professionnels, dépassant la simple formalisation des liens entre établissements comme le fait une convention, elle doit représenter la référence en matière de prise en charge actuelle des grossesses, des nouveau-nés et des modalités de transports. ***Pour un établissement périnatal, adhérer à ce type de charte vaut engagement de qualité et d'amélioration des pratiques.*** Plusieurs régions françaises ont déjà rédigé des chartes périnatales. La Commission Régionale de la Naissance a créé un groupe de travail chargé de proposer, à partir de concertations départementales avec les acteurs de santé, un projet de charte périnatale du Languedoc-Roussillon. Ce projet sera finalisé en juin 2001.

- ◆ Enfin, le comité de rédaction de la Lettre des Actualités Périnatales souhaite que cette publication soit un lieu d'échange.

Il est important, à l'heure de l'émergence des réseaux périnataux de notre région que les acteurs donnent leurs points de vue témoin de leur expérience quotidienne. C'est à ce titre que nous publions deux témoignages de praticiens ayant œuvré pour la création du réseau Pyrénat.

**Le Président de la CRN
Pr Pierre BOULOT.**

« Recommandations sur l'élaboration des conventions inter établissements. »

Commission Régionale de la Naissance

Groupe « Réseaux et communication » 14 Décembre 1999.

I. CADRE DE CONCEPTION

- **L'objectif premier de ces conventions est de gérer au mieux le risque périnatal.** Elles doivent donc tendre à améliorer la qualité et la cohérence de la prise en charge périnatale en Languedoc-Roussillon.
- **L'élaboration des conventions doit se faire dans le cadre des niveaux de prise en charge définis par les autorisations.** Les conventions devront donc être capables d'évoluer selon les autorisations qui seront données et les évolutions futures des pratiques et du dispositif régional.
- **Les conventions doivent être établies avec un souci de cohérence géographique** (proximité) et de cohérence entre la prise en charge obstétricale et la prise en charge pédiatrique.
- **Le cadre des conventions doit être avant tout intra-régional.** Les conventions avec des établissements limitrophes doivent être justifiées sur des critères géographiques.
- **Toute convention doit définir clairement les indications et modalités de transferts et de retransferts.** En particulier, les retransferts vers le niveau inférieur adapté le plus proche du domicile participent à la qualité de la prise en charge et ne peuvent être assimilées à des demandes pour convenances personnelles.
- **Toute convention doit prévoir des modalités d'évaluation.**
- **Des conventions doivent être établies entre les établissements de niveau III.**
- Les établissements de niveau II doivent établir des conventions avec des établissements de niveau I et de niveau III.
- Les établissements de niveau I qui établissent des conventions avec l'établissement de niveau II de proximité et un établissement de niveau III doivent veiller à la cohérence des conventions entre elles.

II. MODALITES D'ELABORATION

- **Les conventions doivent être élaborées et validées avec l'ensemble des professionnels concernés.**
- **Les conventions doivent être basées sur une analyse préalable du fonctionnement interne de chaque établissement.** Elles doivent s'inscrire dans un processus d'harmonisation des pratiques intra et interprofessionnelles.

L'élaboration des conventions repose sur le principe de l'adoption d'un dossier médical commun qui suit la patiente ou l'enfant. **Son adoption constitue donc une priorité régionale.**

- Les liens contractuels établis entre les praticiens et leur établissement intègrent le respect des conventions inter établissements.
- **Pour chaque convention, un comité de suivi de son application doit être prévu.** A terme, la participation de représentants des usagers pourra être prévue.
- Un comité de suivi de l'ensemble des conventions de la région devra être mis en place. Le rôle de la commission régionale de la naissance par rapport à cet objectif devra être débattu.

III. CONTENU

- **Les principes d'élaboration et d'adaptation des indications de transferts et retransferts doivent être précisés dans la convention.** La liste de ces indications fait l'objet d'une annexe à la convention pouvant être modifiée en fonction de l'évolution des pratiques.
- La convention doit inclure les modalités de rencontre régulière des équipes. L'objectif de ces rencontres est d'aboutir à une meilleure connaissance des professionnels entre eux et d'établir des relations de confiance.
- **La convention précise les modalités de formation en commun des équipes.** Ainsi, les plans de formation des établissements doivent favoriser l'accès aux formations pluridisciplinaires et pluri-institutionnelles. Elle doit également inciter les professionnels d'un établissement à effectuer des stages dans l'autre établissement.
- La convention doit préciser les modalités d'échanges d'expérience à partir de cas vécus par chacune des équipes. Cela peut passer par la mise en place de staffs cliniques inter établissements. Le cas échéant, pour étudier des cas cliniques de prise en charge en commun par les équipes dont le résultat n'a pas été jugé satisfaisant, l'appel à un modérateur extérieur pourra être envisagé.
- **La convention devra comporter les modalités d'évaluation interne et externe de son application.** En particulier, ces évaluations devront apprécier l'impact de la convention sur l'amélioration de la prise en charge périnatale et sur l'activité des professionnels et des structures. Un ensemble minimum d'indicateurs d'évaluation communs à tous les établissements devra être défini. Cet ensemble sera validé par la Commission régionale de la naissance.
- **Les établissements concernés définiront en commun les modalités d'information du public.** Il s'agit d'assurer la lisibilité, pour chaque usager, de l'inscription de l'établissement dans un réseau et des ses principes de fonctionnement, en particulier au niveau des transferts et retransferts. Cette information sera diffusée par l'établissement lui-même, mais aussi par d'autres organismes (CPAM, CAF, PMI, Planning familial, associations d'usagers, ...). Les établissements pourront également définir une politique de communication cohérente en direction des médias.

NAISSANCE D'UN RESEAU DE SOINS EN PERINATALITE DANS LE DEPARTEMENT DES PYRENEES ORIENTALES

LE POINT DE VUE DU PRATICIEN HOSPITALIER

Dr Bruno BACHELARD (*Gynécologue
Obstétricien - CH Perpignan*)

Vivre au sein d'un réseau de soins en périnatalité c'est d'abord une aventure humaine : faire que des professionnels d'origine, d'horizons divers puissent, en dehors d'un cadre légal obligatoire définir eux-mêmes leur façon de travailler, de collaborer à un projet ambitieux qui est la réduction de la morbidité et mortalité périnatale et maternelle.

Le débat stérile privé-hyperlibéral contre le « tout public hyper étatique » n'a plus de raison d'être.

Un réseau informel a tout d'abord vu le jour entre le service public hospitalier et une clinique de la ville.

En 1999 une complémentarité entre les deux établissements a été formalisée par la signature d'une convention intéressant les transferts in utero (T.I.U) et les transferts néonataux (T N N).

Avec les autres établissements de la ville, la situation n'était pas aussi claire avec un secteur privé totalement désuni, travaillant dans des structures à l'avenir compromis. Du fait d'un redressement de l'activité du service public hospitalier, lié à une normalisation des moyens de fonctionnement, le CHG a pu être identifié comme un concurrent économique agressant la « libre entreprise ». On préférerait alors les transferts néonataux et les éventuels T.I.U hors département plutôt que de transférer à l'hôpital.

Puis ce fut l'époque des premiers T I U , non organisés et en urgence où receveur et patiente étaient tous pris de court dans une ambiance de drame

Pour modifier cette situation de défiance, nous avons voulu créer une structure de rencontre de

professionnels autour de la périnatalité : PYRENAT (association Loi de 1901)

PYRENAT est constituée par un noyau de professionnels : les obstétriciens, pédiatres, urgentistes, anesthésistes, SAMU 66, sages-femmes, les représentants trois établissements perpignans et associant les deux établissements du Narbonnais

C'est volontairement que nous n'avons pas intégré à notre conseil d'administration les directions respectives des différents établissements du département. Bien sûr ces directions, au même titre que les représentants de l'ARH et des unions professionnelles, ont une voie consultative.

Le premier travail de l'association fut de définir les règles du jeu concernant les TIU, les TNN, les retransferts.

Nos objectifs prioritaires sont les suivants :

- ◆ **Construire des conventions de collaboration entre établissements dans le cadre du réseau Pyrénat**
- ◆ **Prendre en compte la spécificité des régions de montagne** (Cerdagne et Haut Vallespir) avec la fermeture des maternités de Prades et de Céret
- ◆ **Définir les liens avec les établissements de niveau III référents** : de la région Languedoc Roussillon (Montpellier) et de la région voisine Midi Pyrénées (Toulouse)
- ◆ **Généraliser l'usage du dossier AUDIPOG** dans sa plus récente version pour qu'il devienne notre dossier périnatal commun,
- ◆ **Poursuivre le dialogue entre praticiens pour développer les protocoles communs existants en obstétrique mais aussi en néonatalogie, anesthésiologie** par l'action des associations de FMC

en Gynécologie et en Pédiatrie (déjà très actives dans le département AGOR et)

- ◆ **Se doter de moyens de communication modernes** avec l'extension du réseau de télémédecine périn@t (attention aux confusions) aux maternités privées.
- ◆ Développer la communication avec les gynécologues médicaux, les médecins généralistes, la PMI, les sages femmes libérales, les pédopsychiatres, et le réseau addictologie chez la femme enceinte, les échographistes compétents en diagnostic anténatal.

Nous avons enfin pour objectifs

- ◆ D'évaluer les comportements dans le réseau en termes de TIU, de TNN, de retransferts.
- ◆ De rentrer dans une politique d'accréditation du réseau de tous ses membres.
- ◆ De défendre nos professions, particulièrement à risque sur le plan Médico-Légal.

Au total le projet est ambitieux plutôt que la seule signature d'une convention, **la rencontre entre professionnels a permis une nouvelle approche du rôle de chacun en périnatalité. Le « public » et le « privé » c'est avant tout un ensemble d'individus qui ont un seul et même objectif : faire en sorte que la maternité ne se transforme pas en souffrances.**

LE POINT DE VUE DU PRATICIEN

LIBERAL

Dr LIONEL LAFONT (*Gynécologue
Obstétricien - Perpignan*)

Evoquer la naissance et le fonctionnement d'un réseau de soins dans le département des Pyrénées Orientales du point de vue libéral paraît simple puisque la très grande majorité des structures privées sont des maternités de niveau I (sans unité pédiatrique néonatale).

Les niveaux de soins des maternités ont été définis par les décrets d'octobre 98 puis juillet 99 en fonction de la présence d'une unité pédiatrique néonatale ou d'une unité de réanimation néonatale (cf. *la lettre des actualités périnatales du Languedoc Roussillon n°0*).

Que l'on regroupe le haut risque obstétrical et néonatal dans les structures adaptées à la prise en charge immédiate des nouveau-nés nécessitant des soins spécifiques hautement spécialisés, semble médicalement logique et raisonnable.

Néanmoins cette classification des maternités en trois niveaux peut avoir deux conséquences :

- Une dévalorisation des maternités privées de niveau I.
- L'embolisation des structures hyper-spécialisées, par

l'accueil de grossesses à bas risque, résultant d'un choix typiquement consumériste des futures mères.

L'heure n'est pas (ou n'est plus) à la polémique, mais à l'organisation la plus qualitative et la plus déontologique possible des soins afin de préserver les atouts de chacun dans le secteur médical de la périnatalité où le prochain long métrage risque fort d'être "la chronique d'une pénurie annoncée".

La qualité des soins passe par le travail en réseau. Nous sommes tous conscients de l'importance de la surveillance de la grossesse, de la prise en charge des fœtus en fonction de la précocité d'apparition des facteurs de risque et de la gravité des pathologies.

La Clinique St Pierre a dans cet esprit passé une convention établie et signée par les représentants de l'établissement avec le CHG de Perpignan, centre de niveau III.

Il s'agit ainsi de la formalisation d'un processus de coopération déjà existant et fonctionnel dans de nombreuses régions de France.

Gageons que l'institutionnalisation de ces réseaux améliorera les résultats maternels et néonataux

dont il serait probablement bénéfique et encourageant qu'ils soient régulièrement portés à la connaissance des différents intervenants médicaux.

Un point important me paraît être le concept de niveau I+ (cf. *la lettre des actualités périnatales du Languedoc Roussillon n°0*) auquel les maternités privées doivent essayer d'accéder.

En effet cette pédiatrie néonatale de niveau I+ permettrait la prise en charge d'enfants de petit poids (inférieur à 2000 Gr), d'âge gestationnel au moins égal à 34 - 35 semaines d'aménorrhée, suspects d'infection, ictériques.. qui sont finalement les situations qui aboutissent le plus fréquemment à un transfert néonatal (TNN) vers des maternités de niveau II ou III, facteur d'engorgement de ces centres.

Se doter d'un environnement et de dispositifs médicaux adaptés à ces situations est probablement l'un des futurs challenges des maternités privées permettant de restituer une confiance parentale dans la structure médicale et son équipe soignante.

Le mot de l'U.R.M.L

Notre pratique professionnelle évolue sans cesse sous l'effet de différents facteurs : progrès scientifique et technique, contraintes légales et juridiques, demandes des patients,

La mise en place des réseaux de soins n'est qu'une péripétie dans cette évolution.

J'y vois au moins un avantage :

- **définir (enfin ?) clairement les rôles et missions de chacun des intervenants** ainsi que les règles et modes de prises en charge. Les conventions et protocoles doivent préciser qui fait quoi et comment.

J'y vois également au moins deux nécessités :

- **Parler un langage commun et partager nos informations.** Nous devons mettre en place un Dossier Obstétrical Communiquant. sans que quiconque ne cherche à imposer "son" système, il doit être accepté par tous ; Nous y travaillons.
- **Respecter chacun des intervenants du Réseau avec un fonctionnement horizontal** et multidirectionnel et non pas une nouvelle structure hiérarchisée et pyramidale qui n'aurait pas d'avenir. Le mouvement de protestation actuel des sages-femmes, qui reçoit notre soutien total, illustre ce propos.

L'objectif commun, améliorer la qualité des soins, diminuer la mortalité périnatale, nécessite que chacun des membres du Réseau soit conscient de ses responsabilités.

Dr Jacques RAMBAUD

PERINATALITE ET PLACE DES C.A.M.S.P. DE LA REGION LANGUEDOC ROUSSILLON :

Dr Nathalie MEIER, *pédiatre CAMSP de Carcassonne.*

Les **C.A.M.S.P** (Centres d'Action Médico-Sociale Précoce), structures créées en France depuis 1976, sont au nombre de 7 dans la région Languedoc Roussillon. Ils se situent à Montpellier, Alès, Nîmes, Béziers, Carcassonne, Perpignan et prochainement à Mende.

Tous polyvalents, ils ont pour mission de prévenir, diagnostiquer et traiter en ambulatoire les enfants entre 0 et 6 ans atteints de déficiences d'ordre physique et/ou psychique compliquées ou non de handicaps et d'incapacités, souvent intriquées à des difficultés socio-familiales.

Les équipes sont composées de médecins (pédiatres, pédopsychiatres, psychiatres), et de kinésithérapeutes, orthophonistes, psychomotriciens, éducateurs, psychologues, assistants sociaux, puéricultrices...

Cette multidisciplinarité permet une approche originale et complète de l'enfant et de ses difficultés.

Le champ d'action des C.A.M.S.P. est étendu : dès la sortie du service de néonatalogie :

- **Prévention précoce chez les nouveaux nés à risque** (prématurés, hypotrophes, bébé ayant présenté une souffrance neurologique, un

trouble de la relation précoce mère enfant...) avec programmation d'un suivi et adaptation des réponses à l'apparition de difficultés (guidance parentale, rééducation neuromotrice et psychomotrice,...),

- **sur les lieux de socialisation** (crèche, halte-garderie, école maternelle) **lorsqu'une aide à l'intégration est nécessaire,**
- **et même parfois au domicile** selon les cas (aide éducative, guidance parentale).

Les C.A.M.S.P. sont les seules équipes à pouvoir effectuer ce type de travail auprès de nourrissons et d'enfants en bas âge. Accessibles, en position charnière entre l'hôpital, les structures petite enfance (PMI, ASE, SSESAD, CMPP)*, les médecins libéraux, les paramédicaux libéraux, le secteur psychiatrique, ces équipes sont de plus en plus sollicitées et souhaitent développer et améliorer le travail en réseau, dans le sens d'une action très précoce.

Les besoins sont croissants et les moyens constants : c'est pour cette raison qu'une extension d'agrément et qu'une augmentation des moyens en personnel sont demandées, en particulier à Béziers, Carcassonne, et Nîmes.

Le Groupe Régional des C.A.M.S.P. du Languedoc

Roussillon s'est réuni en avril 2001 à Montpellier, dans les suites d'un travail commun entrepris depuis plusieurs mois portant sur le dossier commun, les pratiques et les résultats des actions sur l'ensemble de la région.

- *ASE : Aide Sociale à l'enfance
- *SSESAD : Service de Soins et d'Education Spécialisée à Domicile
- *CMPP : Centre Médico-Psychologique

Coordonnées des C.A.M.S.P. du Languedoc Roussillon et régions limitrophes

Docteur DEMICHEAUX *C.A.M.S.P 2, Rue Pierre de Coubertin 30100 ALES tél. : 04 66 56 76 99*

Docteur COURAGIER *C.A.M.S.P Conseil Général La Devèze - 2 sq. Emile Carrière 34501 BEZIERS CEDEX tél. : 04 67 95 22 60*

Docteur NEGRE BOUDET *C.A.M.S.P Mas Guerido 5, Rue Becquerel 66330 CABESTANY tél. : 04 68 50 80 80*

Docteur MEIER Docteur RIVES *C.A.M.S.P Centre Hospitalier 11890 CARCASSONNE CEDEX 9 tél. : 04.68.24.28.29*

Docteur CRASSOUS (déléguée régionale inter CAMSP) *C.A.M.S.P Hôpital St ELOI 34295 MONTPELLIER CEDEX 5 tél. : 04 67 33 68 63*

Docteur LABADIE *C.A.M.S.P 1, Rue des Jardins 30906 NIMES CEDEX 2 tél. : 04 66 76 75 26*

Docteur GRANGE *C.A.M.S.P Bât L1 - Résidence de l'Aygues Rue Bourdelle 84100 ORANGE tél. : 04 90 34 39 39*

Docteur VOISIN *C.A.M.S.P Chemin du Baigne-pied 84 000 AVIGNON tél. : 04 90 13 17 00*

Docteur MANGET *C.A.M.S.P 17 Ave Tarayre 12 000 RODEZ tél. : 05 65 87 09 71*

Docteur GAYZARD *C.A.M.S.P 22 Rue Longue 09 000 FOIX tél. : 05 61 60 04 90*

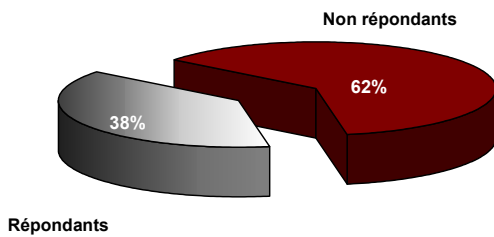
(antenne de Pamiers Place des héros de la résistance 09 100 PAMBIERS tél. : 05 61 60 04 90)

Outil informatique des professionnels de la périnatalité en Languedoc-Roussillon: Enquête du GEN - février 2001

Première approche

Interprétation : Catherine Cecchi – GEN L.R - Didier Hève - DIM - CHU – Montpellier

1100 questionnaires ont été adressés aux professionnels de santé concernés par la périnatalité en Languedoc-Roussillon (praticiens libéraux, hospitaliers et les personnels institutionnels). Notre but : mieux connaître nos lecteurs et leurs attentes par rapport aux informations et à la création d'un site Internet dévolu à la périnatalité. Cette approche permet de donner une première lecture des résultats tout en sachant qu'extrapoler sur l'ensemble des professionnels concernés par la périnatalité est aujourd'hui impossible, compte tenu du taux de répondants de 38 %.. Pour pallier cette insuffisance, des relances ont été effectuées pour compléter l'enquête en cours.

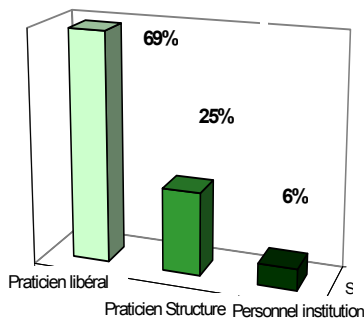


38 % de répondants, c'est peu, c'est beaucoup. Mais c'est surtout encourageant même si c'est insuffisant.

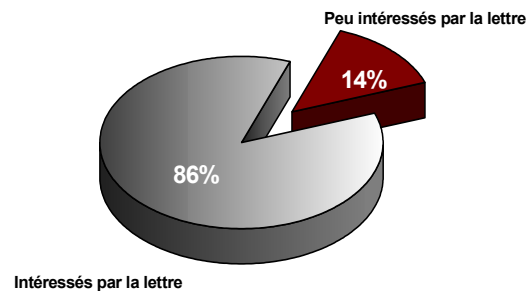
38 % représente un nombre non négligeable des différents acteurs de la périnatalité dans la région. Ils expriment ainsi par leur réponse, leur motivation.

ATTENTION : Tout les résultats suivant portent sur les 38 % de répondants.

Qui sont les lecteurs de la Lettre ?

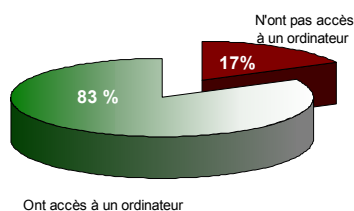


Sont-ils satisfaits et intéressés par les informations ?



Le contenu de *La Lettre des Actualités Périnatales* semble correspondre aux attentes des lecteurs qui apparaissent pour plus des deux tiers être des praticiens libéraux.

Ont-ils accès à un ordinateur ?



La question de l'accès à l'outil informatique se pose pour les 62 % d'acteurs n'ayant pas répondu. Cependant d'autres éléments d'information nous laissent penser que le taux d'équipement informatique semble être fort.

A suivre.....

83 % des répondants ont accès ou dispose d'un ordinateur

La Lettre des Actualités Périnatales est financée par la DRASS et l'URCAM du Languedoc Roussillon

Information Congrès

Actualités Périnatales

Jeu­di 14 juin 2001(18h-22h)
Pédiatrie II - CHU Lapeyronie – Montpellier
Inscription : GEN L.R : 04 67 59 78 69 ou
04 67 33 65 75

3èmes Rencontres Médico- Chirurgicales

Samedi 23 juin 2001
Organisation : Prs Costa, Navarro, Marès
Hôtel Atria – Nîmes
Inscription : 04 67 86 66 48