

KADRIS CONSULTANTS

155, rue Anatole France
92 593 Levallois-Perret

Tél : 06 76 48 51 20

Fax : 01 41 34 10 10

Mail :
emmanuel.debeauchesne@kadris.fr

Site : www.kadris.fr



Evaluation du réseau régional périnatalité financé au titre du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins

Rapport d'évaluation externe du Réseau régional de Périnatalité de Basse - Normandie

Sommaire

Introduction : cadre légal et contextuel de l'évaluation	1
1 Méthode.....	2
1.1.1 Matériels et méthode.....	2
1.1.2 Limites méthodologiques	4
2 Présentation du réseau de périnatalité de Basse-Normandie	5
3 Constats.....	6
3.1 Constats sur l'organisation du réseau	6
3.1.1 Structure : une organisation formalisée, robuste et stable	6
3.1.2 Missions et suivi des orientations	9
3.1.3 Support administratif	10
3.1.4 Ressources humaines : une équipe stable et bien dimensionnée	10
3.1.5 Infrastructure immobilière : des locaux gratuits mais insuffisants	12
3.1.6 Systèmes d'informations : des choix cohérents avec les orientations régionales	13
3.1.7 Démarche qualité : une évaluation interne systématiquement mise en œuvre	15
3.2 Constats sur la participation et l'intégration des acteurs	16
3.2.1 Constats sur l'intégration des usagers : une promotion très active.....	16
3.2.2 Constat sur l'intégration des professionnels de santé : une vraie pluridisciplinarité ...	20
3.2.3 Des outils de coordination consensuels et plébiscités.....	23
3.3 Constats sur la prise en charge des patients, et l'impact sur les pratiques professionnelles	25
3.3.1 Prise en charge de patients	25
3.3.2 Impact du réseau sur les pratiques professionnelles.....	27
3.4 Constat sur l'efficience	31
3.4.1 Analyse du budget 2010 - 2012.....	31
3.4.2 Prospective : des dépenses non prévues appelées à croître	36
4 Analyse synthétique	38
4.1 Synthèse des constats : un réseau exemplaire !	38
4.2 Synthèse des éléments améliorables :	40
4.2.1 Organisation du réseau	40
4.2.2 Intégration des acteurs.....	41
4.2.3 Impact sur la prise en charge des patients et les pratiques professionnelles.....	42
4.2.4 Approche médico-économique.....	43
5 Recommandations : maintenir le niveau actuel de qualité tout en élargissant les champs d'acti	44

6	ANNEXE	45
6.1	Annexe 1 - Grille synthétique de l'évaluation	45
6.2	Annexe 2 - Liste des personnes interrogées (hors ARS).....	46
6.3	Annexe 3 - résultats de l'enquête auprès professionnels de santé	47
6.3.1	Dépouillement de toutes les réponses reçues (n = 70 sur 687).....	47
6.3.2	Dépouillement des réponses des personnels hospitaliers (n=32)	55
6.3.3	Dépouillement des réponses des personnels exerçant en cabinet libéral (n=20)	62
6.3.4	Dépouillement des réponses des médecins généralistes libéral (n=10).....	69
6.3.5	Dépouillement des réponses des sages-femmes (n=28).....	76
6.3.6	Dépouillement des réponses des gynécologues obstétriciens (n=13).....	83
6.4	Annexe 4 - Commentaires libres rapportées lors de l'enquête	90
6.5	Annexe 5 - Valorisation scientifique du réseau.....	94
6.5.1	Articles dans des revues indexées.....	94
6.5.2	Thèses de médecine	94
6.5.3	Communications orales (congrès, journées scientifiques).....	95
6.5.4	Mémoires	96

Lexique des abréviations et acronymes

AC	Aide à la contractualisation (voir MIGAC)
APBN	Association interprofessionnelle de périnatalité de Basse-Normandie
ARS	Agence régionale de Santé
CAMSP	Centre d'action médicosociale précoce
CDD	Contrat à durée déterminée
CDI	Contrat à durée indéterminée
CHU	Centre hospitalier universitaire
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CPP	Centre périnatal de proximité
CSP	Code de la Santé Publique
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'offre de soins
DPP	Dossier prénatal partagé
ETP	Equivalent temps plein
IFSI	Institut de formation en soins infirmiers
FIQCS	Fond d'intervention pour la qualité et la coordination des soins
FIR	Fond d'intervention régional
MIGAC	Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
PMI	Protection maternelle et infantile
RPBN	Réseau de périnatalité de Basse-Normandie
URML	Union régionale des médecins libéraux
URPS	Union régionale des professionnels de santé
SA	Semaine d'aménorrhée
UF	Unité fonctionnelle

Introduction : cadre légal et contextuel de l'évaluation

L'Agence régionale de santé de Basse-Normandie désigne la société KADRIS Consultants (groupe KEYRUS) pour réaliser l'évaluation externe du réseau régional de périnatalité de Basse-Normandie (RPBN). Ce marché public est passé selon une procédure adaptée en application de l'article 28 du Code des marchés publics.

L'évaluation externe des réseaux de santé est prévue par la Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Elle est codifiée aux articles L. 6113-4, L. 6321-1 et L. 6321-2 du Code de la Santé Publique, mis en application par le décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé, les décrets n°2005-839 et n°2005-840 du 20 juillet 2005, et le décret n° 2010-1027 du 30 août 2010 aux articles D. 6321-1 et suivants. L'article D. 6312-7 précise notamment :

« Tous les trois ans et au terme de la décision de financement mentionné à l'article R. 162-61 du Code de la Sécurité Sociale, un rapport d'évaluation est réalisé permettant d'apprécier : 1° Le niveau d'atteinte des objectifs ; 2° La qualité des prises en charge des usagers, processus et résultats ; 3° La participation et la satisfaction des usagers et des professionnels du réseau ; 4° L'organisation et le fonctionnement du réseau ; 5° Les coûts afférents au réseau ; 6° L'impact du réseau sur son environnement ; 7° L'impact du réseau sur les pratiques professionnelles ; 8° L'emploi et l'affectation des différentes ressources dont le réseau a bénéficié. »

La circulaire DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 définit les orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière d'évaluation des réseaux de santé et comporte les recommandations nationales en la matière. L'évaluation externe doit notamment être réalisée par un organisme, privé ou public, indépendant vis-à-vis du projet à évaluer. Il ne rend compte qu'à la personne responsable du marché, l'ARS de Basse-Normandie dans le cas présent.

Le réseau régional de périnatalité de Basse-Normandie bénéficie d'une convention de financement au titre du Fond d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) signée le 16 novembre 2009 et couvrant la période du 1^{er} janvier 2010 au 31 décembre 2012.

Le marché public relatif à cette mission d'évaluation est publié en décembre 2012 après la défection d'un prestataire retenu à l'issue d'un premier appel d'offre. Cet imprévu explique le retard de mise en œuvre de cette évaluation, deux mois après la fin de la période de financement prévue au titre du FIQCS.

1 Méthode

1.1.1 Matériels et méthode

Notre démarche d'évaluation s'appuie sur les recommandations issues de trois documents essentiels :

- La circulaire DHOS/O3/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé,
- La circulaire DHOS/O1/O3/CNAMTS n° 2006-151 du 30 mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité,
- Le document "Réseaux de santé, guide d'évaluation" publié en septembre 2004 par l'ANAES (intégré dans l'actuelle Haute autorité de Santé) - ISBN : 2-914517-39-4.

Une rencontre initiale avec l'équipe chargée de la supervision de cette évaluation au sein de l'Agence régionale de Santé de Basse-Normandie permet de préciser le contexte régional et les enjeux de cette évaluation, de valider la méthode et ses outils, et d'identifier les personnes clefs à contacter. A cette occasion, il est convenu de ne pas procéder à une enquête d'opinion auprès des usagers du réseau.

Une réunion de lancement est ensuite tenue au siège du RPBN avec son président, son coordinateur général et son médecin en charge de l'évaluation interne. Elle permet de préciser les éléments contextuels et historiques, d'adapter la méthode validée avec l'ARS et de compléter la liste des personnes à contacter. Elle est enfin l'occasion de réunir une importante documentation interne.

Remarquons à ce stade la **remarquable implication de cette équipe du RPBN** dans notre mission d'évaluation : les réponses à nos questions et transmissions d'informations furent systématiquement immédiates et exhaustives. Au-delà de l'ouverture ainsi témoignée, cette capacité de réponse dénote une organisation interne performante.

La méthode étant validée et inscrite dans un contexte régional précisé, nous avons entrepris de décrire l'activité du réseau sur la période 2010 - 2012. Il nous est rapidement apparu l'intérêt d'étendre notre analyse à l'ensemble des activités du réseau, au lieu de la limiter aux seules actions financées au titre du FIQCS. Aussi avons-nous pris en compte les activités du réseau financées au titre d'une Aide à la contractualisation établie entre l'ARS et le CHU de Caen.

Nous avons ainsi mis en œuvre trois principaux outils :

- **Exploitation de documents internes** fournis par le réseau et l'ARS (comptes rendus de réunions, rapport d'activités, feuilles d'émargement aux évènements organisés par le réseau, supports de communication et d'information, protocoles et référentiels professionnels...), et de ceux diffusés sur le site internet du RPBN pour lequel nous avons obtenu un accès à l'espace professionnel ;

- **Entretiens directs auprès de 21 personnes**, adhérents et salariés du réseau, ainsi que partenaires réels ou potentiels (voir liste en annexe 2). Nous avons par ailleurs contacté une dizaine d'établissements et services médicosociaux (HAD et SSIAD) pour apprécier la notoriété du réseau et les attentes éventuelles dans ce champ connexe qui pourrait devenir un prochain terrain d'intervention du RPBN ;
- **Enquête auprès des professionnels de santé adhérents** au réseau :

Cette enquête consiste en un questionnaire validé avec l'équipe du réseau et l'équipe en charge du suivi de cette évaluation au sein de l'ARS. Il est adressé par voie électronique aux 681 adhérents du réseau connus au 1^{er} mars 2013 ; deux envois sont effectués en mars 2013.

Nous avons obtenu 70 réponses anonymes. La distribution professionnelle des répondants (tab.1) est spontanément représentative des adhérents du RPBM à l'exception des pédiatres, surreprésentés (l'effectif des puéricultrices et psychologues n'est pas significatif). Nous en présentons l'extraction des résultats en annexe 3.

Le faible taux de réponse de 10,3 % peut entre autre s'expliquer par le fait que les questionnaires sont adressés par notre équipe d'évaluateurs, et non la cellule de coordination du réseau qui souhaitait ainsi éviter, à juste titre, une charge de travail liée à la réception des questionnaires.

Tableau 1 - Echantillonnage spontanée des réponses à l'enquête d'opinion auprès des professionnels adhérents du RPBN

	Médecins généralistes	Médecins gynécologues	Médecins pédiatres	Puéricultrices	Psychologues	Sages femmes
Distribution (en %) des professions au sein du réseau (effectif : 681)	16,1	18,8	8,1	8,8	2,5	36,7
Distribution (en %) des répondants (effectif : 70)	14,3	18,6	12,8	4,3	2,8	40,0
Effectif des réponses	10	13	9	3	2	28
Taux de réponse au questionnaire	9,1	10,2	16,4	5,0	11,8	11,2

Nous présentons au chapitre 3 nos constats sur les activités du RPBN entre 2010 et 2012, selon les quatre axes d'évaluations recommandés par les textes précités :

- Organisation du réseau
- Participation et intégration des acteurs
- Impact sur la prise en charge des patients et les pratiques professionnelles
- Efficience

Nous intégrons dans le corps de ce texte les indicateurs d'évaluation que le RPBN s'est lui-même fixé.

Enfin, nous proposons au chapitre 4 une synthèse des réussites et éléments à améliorer, en vue des recommandations synthétiques proposées au chapitre 5.

1.1.2 Limites méthodologiques

Nous identifions quatre limites à nos investigations en vue d'évaluer le RPBN :

- Nous considérons comme authentiques et non falsifiés l'ensemble des documents internes remis par le réseau (compte rendus, rapports d'évaluation, éléments budgétaires...);
- Nous n'avons pas investigué directement les usagers cibles du réseau (enquête d'opinion ou examen de dossiers médicaux) ; cette limite était prévue d'emblée avec l'ARS. Nous avons en revanche interrogé quelques associations d'usagers évoluant dans le champ de la périnatalité (voir annexe 2) ;
- Nous n'avons pas vérifié les documents comptables. Nous avons toutefois interrogé le commissaire aux comptes en charge de la certification des comptes de l'association APBN ;
- Le taux de réponse à notre enquête auprès des professionnels est faible (71 sur 687 soit 10%) ; l'échantillon de répondants est toutefois représentatif des adhérents au réseau.

2 Présentation du réseau de périnatalité de Basse-Normandie

Le réseau de périnatalité de Basse-Normandie (RPBN) est préfiguré par une initiative inter hospitalière de partage d'expériences professionnelles, formalisée par une revue régionale de morbidité semestrielle organisée au CHU de Caen depuis 1999.

Cette démarche réunit d'emblée l'ensemble des établissements sièges d'une maternité, qu'ils soient privés ou publics. L'origine universitaire commune, le CHU de Caen, de la plupart des médecins spécialistes de santé périnatale établis dans la région a certainement favorisé la proximité des liens entre ces établissements, et la pérennité de ces rencontres régionales.

Suivant les préceptes du plan périnatalité 2005 -2007 "humanité, proximité, sécurité, qualité", les équipes universitaires porteuses de cette dynamique régionale proposent de développer à partir de cette initiative un réseau régional et pluridisciplinaire de professionnels de la périnatalité, ouvert aux acteurs ambulatoires, publics ou libéraux.

Le projet est mûri entre 2008 et 2009, puis obtient un financement au titre du Fond d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des soins (FICQS) pour les exercices 2010, 2011 et 2012. Une association interprofessionnelle, l'APBN, est créée pour l'occasion en 2008. Ses instances sont installées en 2010, année du recrutement de l'équipe salariée de coordination.

Objet : améliorer en Basse-Normandie le fonctionnement de la périnatalité en offrant à tous les mêmes soins et conditions de sécurité dans la région. Promouvoir et assurer l'organisation d'un réseau de santé; renforcer la prévention et la sécurité autour de la naissance en tous lieux, assurer le suivi à long terme et la prise en charge des nouveaux nés vulnérables et susceptibles de développer un handicap, organiser l'évaluation des pratiques et la formation médicale continue, faciliter la coordination et l'interdisciplinarité entre les différents acteurs, poursuivre toute action de santé publique et d'économie de santé dans le domaine sus indiqué (d'après les statuts de l'APBN)

Le RPBN se pose d'emblée comme réseau régional couvrant l'ensemble des bassins de vie des trois départements de Basse-Normandie. Il est à la fois coordinateur interprofessionnel et promoteur d'une file active originale de patients (enfants nés prématurés).

Pour ces trois premières années d'exercice, ses activités doivent améliorer la prise en charge de deux populations d'usagers :

- Les femmes enceintes ;
- Les enfants nés prématurés à moins de 33 semaines d'aménorrhée (SA).

Son organisation et ses activités sont précisées dans le paragraphe suivant.

3 Constats

3.1 Constats sur l'organisation du réseau

3.1.1 Structure : une organisation formalisée, robuste et stable

3.1.1.1 Statut juridique

Dans sa forme actuelle, le Réseau régional périnatalité de Basse-Normandie (RPBN) s'appuie sur une association régie par la loi du 1er juillet 1901 dénommée "Association interprofessionnelle de périnatalité de Basse-Normandie" (APBN). Elle est déclarée à la préfecture de Calvados le 22 août 2008 sous le numéro RNA W142005788. Sa création est annoncée dans le Journal officiel de la République du 6 septembre 2008. Sa première Assemblée Générale est réunie le 8 octobre 2010.

Depuis sa création, son siège est fixé au centre hospitalier et universitaire de Caen, avenue Clémenceau jusqu'en décembre 2009, puis avenue Côte de Nacre.

Les **statuts** sont révisés en 2010 et en 2012. Ils sont librement accessibles sur la partie publique du site internet du réseau. Les instances qu'ils prévoient sont effectives et stables :

- Un **Conseil d'administration** est introduit dans les statuts en 2010. Il est composé d'une vingtaine de membres de droit avec voix consultatives, et de 24 membres (20 jusqu'à la révision statutaire de 2012) disposant de voix délibératives élus pour trois ans. Comme prévu dans les statuts, il est réuni une fois par an depuis le 9 novembre 2010 : 22 membres y assistent en 2010, 11 en 2011 et 10 en 2012 ;
- Un **Bureau**, composé de huit membres élus pour trois ans par l'Assemblée Générale, est réunie 1 fois en 2010, 4 fois en 2011 et 4 fois en 2012. Sur les trois années étudiées, son effectif apparait stable. Deux des trois démissionnaires demeurent membres du Conseil d'Administration ;

Tableau 2 - le Bureau de l'association APBN, une équipe stable

Fonction	Titulaires en 2010	Titulaires en 2011	Titulaires en 2012
Président	Coudray*	Coudray*	Coudray*
Vice-président	Guillois*	Guillois*	Guillois*
Secrétaire	Riegler*	Riegler*	Riegler*
Secrétaire adjoint	Lerat*	Lerat*	Brintet*
Trésorier	Riou	Riou	Fétille
Trésorier adjoint	Bayard	Bayard	Bayard
	Brintet*	Brintet*	Marie Di Dinard
	Dreyfus*	Dreyfus*	Clément Larosière

* médecins (la moitié du bureau est constitué de professionnels paramédicaux)

- L'**Assemblée Générale** est composée de l'ensemble des adhérents au réseau. Comme prévu dans les statuts, elle est réunie une fois par an depuis le 8 octobre 2010 : 74 adhérents sur 206 (36%) sont présents en 2010, 24 sur 490 en 2011 (8%) et 42 sur 679 sur en 2012 (6%).

Les établissements adhèrent au réseau en signant une **convention constitutive**.

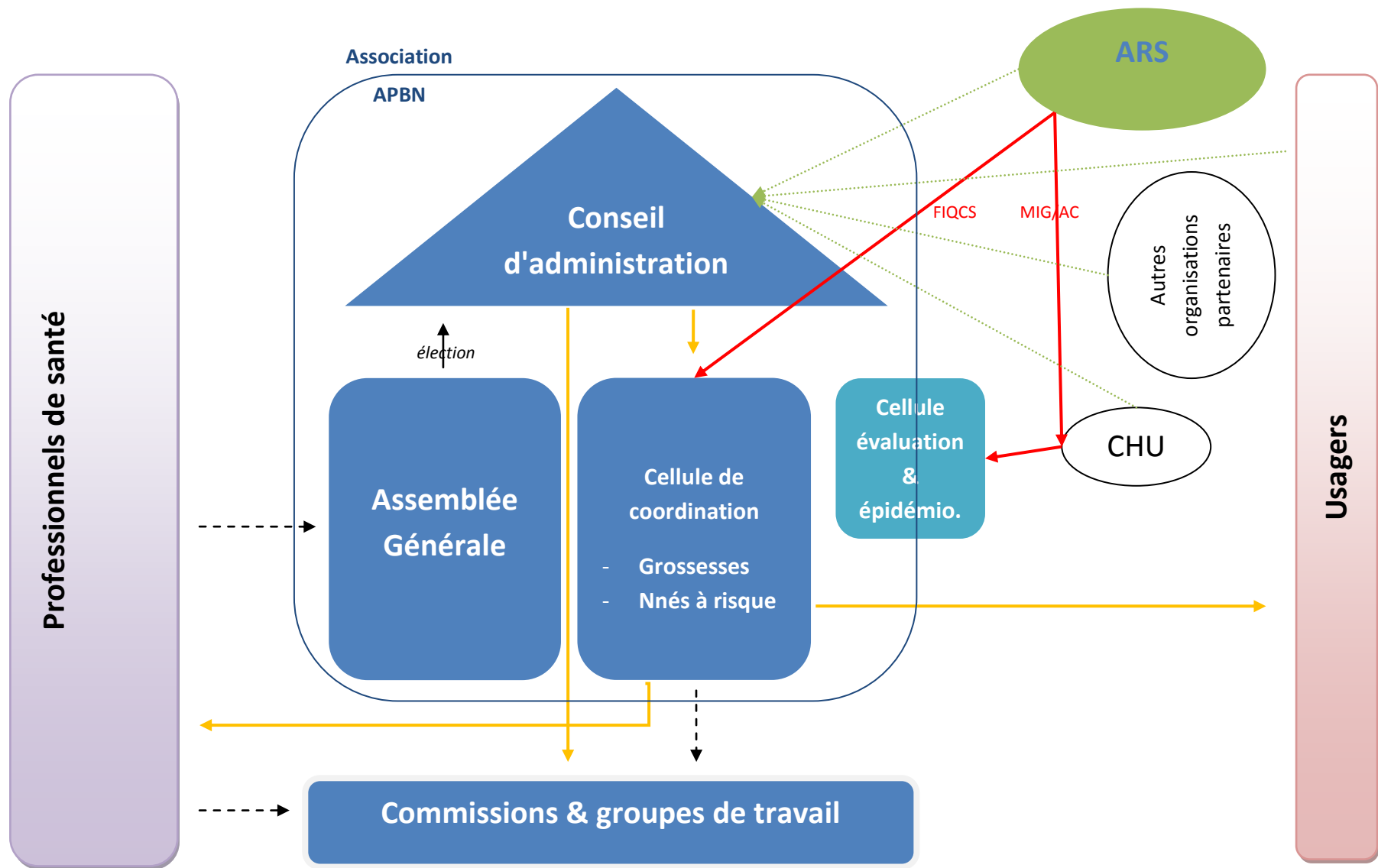
Le réseau dispose d'une **charte**, révisée en 2010. Elle est remise pour information et signature aux femmes enceintes et aux parents d'enfants pris en charge dans le cadre du réseau. Elle également disponible au public sur le site internet du réseau.

3.1.1.2 Organigramme fonctionnel

Le réseau périnatalité comprend trois ensembles fonctionnels :

- **La direction** du réseau est assurée par le **Conseil d'Administration** de l'APBN. Huit de ses 24 membres élus constituent son **Bureau** ;
- **L'organisation des activités** du réseau est assurée par une **cellule de coordination** de 9 postes salariés représentant 7 équivalents temps pleins (ETP) ; elle comprend une **cellule d'évaluation et d'épidémiologie** financée par le CHU de Caen au titre d'une Aide à la contractualisation octroyée par l'ARS ;
- **L'expertise technique et scientifique** est assurée par des **commissions**. Ces groupes de travail pluridisciplinaires sont formés de professionnels volontaires issus des trois départements de Basse-Normandie. Chacun de ces groupes bénéficient :
 - o D'une coordination stratégique assurée par un professionnel de santé référent issu du Conseil d'Administration de l'APBN ;
 - o De l'appui opérationnel (organisation des rencontres, comptes rendus...) d'un professionnel de santé salarié de la cellule de coordination.

Sur la base de nos constats, nous proposons de synthétiser l'organisation fonctionnelle effective du RPBN durant la période 2010 - 2012 par le schéma ci-après :



◀ **Légendes :** - - - ► intègre ► coordonne ► finance ► donne un avis

3.1.2 Missions et suivi des orientations

Pour ses trois premières années d'existence formelle (2010 - 2012) le RPBN poursuit cinq objectifs que nous regroupons en trois axes :

- **Amélioration de la qualité du suivi des grossesses**, déclinée en trois objectifs spécifiques :
 - o Promotion de l'entretien prénatal
 - o Développement d'un dossier interprofessionnel partagé : le "dossier prénatal partagé"
 - o Appui à l'amélioration des pratiques professionnelles de soins (référentiels, formations, évaluations des pratiques professionnelles)
- **Amélioration du suivi des nouveaux nés à risque** : programme "petit deviendra grand"
- **Renfort de la coordination régionale par le partage d'informations**
 - o Promotion du réseau sur le terrain
 - o Développement de systèmes d'informations partagées (site internet...)

La réalisation de ces objectifs est soutenue par cinq commissions ou groupe de travail interprofessionnels *ad hoc*. Afin de tenir compte des nouvelles orientations du Projet Régional de santé 2012 - 2016, quatre nouvelles commissions sont créées en 2012 et s'ajoutent aux précédentes. Les rencontres de ces groupes donnent lieu à la rédaction et à la diffusion de comptes rendus accessibles dans l'espace adhérent du site internet.

Tableau 3 - Les commissions professionnelles thématiques du réseau

Cadre stratégique d'intervention	Commissions	Installation	Coordinateur	Nombres de réunions en 2012
FIQCS 2010/2012	Petit deviendra grand (suivi des nouveaux nés à risque de séquelles)	2007	Pr Guillois	1
FIQCS 2010/2012	Dossier prénatal partagé	2008	Dr Coudray	1
FIQCS 2010/2012	Entretien prénatal	2008	Dr Riou	2
FIQCS 2010/2012	Formation et référentiels		Pr Dreyfus	
FIQCS 2010/2012	Communication et S.I.		vacant	
PRS (FIR 2013 ?)	Promotion de l'allaitement	2012	Dr Mercier	4
PRS (FIR 2013 ?)	Hémorragie de la délivrance	2012	Dr Riegler	2
PRS (FIR 2013 ?)	Accompagnement médico psycho-social	2012	Dr Andro	3
PRS (FIR 2013 ?)	Interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse	2012	Dr Coudray	3

3.1.3 Support administratif

La gestion des contrats de travail, des paies et charges des salariés de l'association APBN est externalisée auprès du prestataire Infogestion. Le montant de cette prestation (688 € en 2012) est prévue mais n'est pas identifié (car agrégée) dans les budgets 2010 à 2012. Le CHU de Caen assure la gestion de ses trois personnels mis à disposition du réseau.

Les écritures comptables sont préparées par la secrétaire comptable salariée de l'association APBN ; environ 0,25 ETP y sont consacrés. Les comptes 2010 et 2011 sont certifiés sans réserve par un commissaire aux comptes du groupe FIDORG ; la certification des comptes 2012 est attendue pour avril 2013 et devrait être obtenue sans réserve¹ (une mise en garde doit toutefois être faite sur l'absence de provisions faites pour assumer le coût des licenciements induits par une éventuelle réduction du budget alloué à l'APBN). Le coût de cette mission annuelle d'audit (3081 € en 2012) est individualisé dans les budgets 2010, 2011 et 2012.

3.1.4 Ressources humaines : une équipe stable et bien dimensionnée

3.1.4.1 Ressources humaines disponibles

Le réseau s'appuie sur une cellule de coordination de huit salariés, représentant 6,5 des 7 ETP financés par deux voies distinctes :

- **Six postes salariés représentant 4,5 ETP** sont des personnels salariés par l'association APBN soit directement à titre privé, soit en position statutaire de disponibilité d'un établissement hospitalier auquel l'APBN rembourse leurs salaires et charges. Ces postes sont créés et financés à partir de 2010 au titre du Fond d'Intervention à la Qualité et la Coordination des Soins (**FIQCS**). Ces personnels assurent les fonctions de coordination et d'appui administratif.
- **Trois salariés représentant 2,5 ETP** sont des personnels du CHU de Caen mis à disposition du réseau et financés dans le cadre d'une **Aide à la contractualisation** octroyée par l'ARH et reconduite par l'ARS². Ils assurent les fonctions d'évaluation interne, d'observation épidémiologique, de gestion des systèmes d'information et d'appui à la coordination régionale.

¹ Entretien avec le Commissaire aux comptes le 8/04/2013

² Nous n'avons pu consulter le contrat en question, ni obtenu la montant valorisé par le CHU.

Tableau 4 - Description des postes salariés de la cellule de coordination de l'APBN

Poste occupé	Salarié (n° anonyme)	Date de prise de fonction	Date de fin de fonction	Type de contrat	Employeur	Masse salariale en € en 2012	Financement	Fiche de poste ?
attaché de recherche clinique	1	2008	en poste	CDD	CHU	?	MIG	non
coordinateur général	2	01/09/2010	en poste	CDI	APBN*	74 575	FIQCS	oui
coordinateur puéricultrice	3	11/09/2010	03/02/2013	CDI	APBN*	52 018	FIQCS	oui
"	4	18/03/2013	en poste	CDI	APBN	-	FIQCS	oui
médecin PH épidémiologiste	5		en poste	CDI - 50%	CHU	?	MIG	non
sage-femme de proximité	6	16/01/2012	en poste	CDI - 50%	APBN*	20 623	FIQCS	oui
sage-femme de proximité	7	16/01/2012	en poste	CDI - 50%	APBN	20 623	FIQCS	oui
sage-femme de proximité		vacant	vacant		APBN	0	FIQCS	oui
secrétaire	8	2002	18/12/2012	CDI	CHU	?	MIG	oui
"	9	18/12/2012	en poste	CDI	CHU	-	MIG	oui
secrétaire comptable	10	20/09/2010	en poste	CDI	APBN	28 922	FIQCS	oui

* *personnels hospitaliers en position statutaire de disponibilité*

Tous les postes bénéficient d'une fiche descriptive, à l'exception du médecin épidémiologiste et de l'attaché de recherche clinique. Tous les salariés³ bénéficiant d'une fiche de poste nous ont déclarés en avoir connaissance. Tous les salariés nous ont déclaré avoir une compréhension claire de leurs objectifs. Ceux-ci sont discutés et au besoin redéfinis annuellement lors d'un entretien en tête avec le coordinateur général du réseau, généralement sans représentant du CA ou de son Bureau.

3.1.4.2 Gestion des ressources humaines

Le suivi individuel de tous les salariés est assuré annuellement par un entretien individuel d'évaluation mené par le seul coordinateur général. Deux réunions mensuelles de regroupement de la cellule de coordination, incluant les sages-femmes de proximité, permettent au président de l'association APBN de veiller au bon fonctionnement de l'équipe, tant dans ses activités externes que sa cohésion interne.

Sur les trois exercices 2010 à 2012, la cellule de coordination enregistre deux renouvellements parmi ses huit personnels en poste (secrétaire et coordinateur en puériculture), et seulement deux⁴ cas d'arrêts maladie de trois jours chacun (sans toutefois tenir compte d'un arrêt pour longue maladie de 6 mois pour l'un des salariés).

³ Nous avons interrogé les 8 des 10 salariés ayant travaillé pour le réseau entre 2010 et 2013 (dont deux ont quitté leur fonction). Cinq de ces entretiens furent fait en face à face ; trois par téléphone.

⁴ Information déclarée par le coordinateur général, mais non vérifiée par notre équipe.

3.1.5 Infrastructure immobilière : des locaux gratuits mais insuffisants

L'APBN bénéficie de l'usage de deux bureaux, non attenants, mis à sa disposition par le CHU⁵ dans le pôle mère enfant, cadre d'une convention annuelle établie avec l'association. Le réseau y est individualisé comme Unité fonctionnelle 7601 du CHU. Sept salariés de la cellule de coordination y travaillent :

- Une pièce de 22 m² est dédiée aux fonctions d'évaluation et observation statistique et épidémiologique ; elle comprend :
 - o Deux postes de travail, l'un occupé à temps plein, l'autre trois jours par semaine (médecin épidémiologiste et attaché de recherche clinique) ;
 - o Un espace de réunion (une table de 4 places) ;
 - o Un espace de stockage de l'importante production imprimée du réseau (affiches, plaquettes d'information, dossiers prénataux partagés...).

- Une pièce de 28 m² est dédiée aux fonctions de coordination et de support ; elle comprend :
 - o Quatre postes de travail occupés à temps plein (coordinateur général, coordinateur en puériculture et deux secrétaires) ; cette pièce reçoit tous les appels téléphoniques des adhérents et des usagers pris en charge par le réseau.
 - o Un espace non sécurisé d'archivage des dossiers d'adhésions et des consentements des patients pris en charge par le réseau.

Les sages-femmes de proximité exercent à temps partiel et de manière itinérante dans les départements de la Manche et l'Orne. Elles ne se rendent au siège du réseau que deux fois par mois pour des réunions de regroupement et ne disposent donc pas d'espace de travail dédié.

Sans tenir compte des sages-femmes de proximité, l'occupation moyenne des locaux de l'APBN est de **8 m² par salarié**. Rappelons que le code du travail n'impose aucun seuil minimal de surface disponible par travailleur. La norme française NF X 35-102 recommande une surface minimale de 10 m² pour une personne seule, d'au moins 11 m² par personne dans un bureau collectif et de 15 m² par personne dans un espace collectif bruyant, par exemple lorsque les tâches nécessitent de fréquentes communications téléphoniques.

L'association ne dispose pas de local de réunion. Les rencontres des instances de l'association et les sessions de formation sont organisées dans les locaux prêtés par les adhérents du réseau (établissements de soins, services de PMI, locaux associatifs...), gracieusement comme le prévoit la convention d'adhésion.

La « gratuité » de l'utilisation des locaux n'est intégrée, ni dans la comptabilité, ni dans le budget de l'association APBN.

⁵ Nous n'avons pu obtenir d'information sur la valorisation de cette mise à disposition éventuellement appliquée par le CHU dans le cadre de l'aide à la contractualisation relative au réseau périnatalité qui lui est octroyée par l'ARS.

3.1.6 Systèmes d'informations : des choix cohérents avec les orientations régionales

3.1.6.1 Quatre systèmes d'information partagés dont deux dossiers médicaux spécialisés

Les activités de coordination du réseau mettent en jeu quatre principaux systèmes d'informations "métiers" animés par une cellule d'évaluation et épidémiologie professionnelle (un praticien hospitalier de santé publique et un attaché de recherche clinique). Deux de ces systèmes sont des dossiers médicaux individuels partagés, un étant informatisé :

- **Un portail internet (www.perinatbn.org)** de partage d'informations comprenant un espace public et un espace réservé aux professionnels adhérents. Un prestataire privé est en train d'actualiser l'ergonomie de la version d'origine, créée et toujours administrée par un membre de la cellule de coordination. Sa fréquentation est de 4983 visiteurs en 2012.
- **Un dossier médical régional partagé et dématérialisé de suivi des nouveaux nés prématurés à risque de séquelles neurologiques "EVAMED"**. Le recueil d'informations médico-administratives des 370 enfants actuellement suivi (effectif en décembre 2012) est réalisé en ligne par les médecins référents au fur et à mesure de leurs consultations. L'hébergement et le support technique de l'application sont assurés par un prestataire privé. Dès 2010, sa gestion par le GCS Télésanté Basse-Normandie est souhaitée par le réseau, mais doit être reportée à 2012, le GCS étant alors lui-même en cours d'installation. Ce transfert n'est finalement pas réalisé⁶, obligeant le réseau à solliciter de l'ARS une aide budgétaire exceptionnelle en 2012 pour reconduire l'hébergement et l'administration du système par le prestataire.
- **Un dossier périnatal régional partagé**, mis en œuvre exclusivement sur un support papier. Trois raisons conduisent le RPBN à sursoir à sa dématérialisation :
 - Fort de l'expérience de réseaux de périnatalité disposant d'un tel dossier numérique, le taux d'adhésion des professionnels de santé ne semble pas devoir être sensiblement augmenté par une dématérialisation ;
 - Le contenu des informations médicales et administratives d'un tel dossier ne bénéficie pas d'un consensus national permettant d'envisager qu'une application développée aujourd'hui par une région puisse être aisément intégrée demain comme un module spécialisé du futur dossier médical partagé attendu au niveau national.
 - La stratégie nationale de mise en œuvre de dossier médical partagé n'étant pas arrêté, l'ARS de Basse-Normandie n'encourage logiquement pas une telle démarche.
- **L'analyse des transferts inter hospitaliers in utero** est totalement manuelle. Les services de soins demandeurs et receveurs renseignent une fiche médico-administrative individuelle en papier, collectée, complétée et traitée manuellement par la cellule de coordination du réseau.

⁶ Cet accord non formalisé de transfert de gestion au GCS est évoqué lors de nos entretiens avec la cellule de coordination, mais n'est pas mentionné par le directeur du GCS que nous avons interrogé le 5/04/2013

Enfin, la cellule d'épidémiologie collecte (PMSI, dossiers médicaux...) et exploite les données nécessaires à la publication des indicateurs annuels de périnatalité en région Basse-Normandie. Les professionnels exerçant en établissements ont aussi la possibilité de consulter certains de ces indicateurs à l'échelle de leur seul établissement sur un espace réservé du site internet (les comparaisons inter établissement sont volontairement rendues impossibles).

La stratégie régionale en matière de systèmes d'information santé partagés rejette l'appui aux initiatives locales de dossier médicaux partagés, mais encourage l'appui aux dispositifs de coordination professionnelle⁷. Les besoins ressentis par le RPBN ont été recueillis en 2011 par le GCS Télésanté mais ne semblent pas être inscrits comme actions à court terme potentielle dans le document d'orientation en cours de discussion entre l'ARS et le GCS⁸.

3.1.6.2 Une procédure de déclaration à la CNIL non finalisée

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

Le traitement automatisé du système d'information nominatif EVAMED de suivi du développement neurologique et sensoriel des grands prématurés nés en Basse-Normandie bénéficie d'un avis favorable de **comité consultatif sur le traitement de l'information** en matière de recherche dans le domaine de la santé depuis le 20 juin 2012. Il n'a pas toutefois pas été transmis à la Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL), auprès de laquelle EVAMED n'est donc pas déclaré.

L'association APBN envisage en 2011 de s'adjoindre les d'un prestataire externe pour disposer d'un "correspondant informatique et liberté"⁹. Cette démarche est abandonnée compte tenu de son coût.

⁷ Entretien avec le référent SI de l'ARS de Basse-Normandie (8/04/2013) et le directeur du GCS Télésanté (5/04/13)

⁸ Nous n'avons pu joindre le chargé de projet référent sur ce dossier au GCS

⁹ Prévu dans la loi 78-17 du 6 juillet 1978 relative à « l'informatique, aux fichiers et aux libertés », modifiée en dernier lieu par la loi n°2004-801 du 6 août 2004

3.1.7 Démarche qualité : une évaluation interne systématiquement mise en œuvre

Dès sa formalisation en 2010, le réseau s'est engagé dans une démarche d'évaluation interne reposant sur une cellule d'évaluation et d'épidémiologie animée par deux professionnels salariés : 0,5 ETP de médecin et 1 ETP d'attaché de recherche clinique, financés au titre d'une Aide à la Contractualisation.

Elle prend la forme d'enquêtes de satisfaction systématiquement menées auprès des professionnels adhérents et des usagers bénéficiaires, au terme de chaque activité menée par le réseau :

- Enquête de satisfaction auprès des participants à l'issue de chaque session de formation ;
- Enquête annuelle d'utilisation du dossier prénatal partagé (DPP) auprès d'un échantillon de mères dans toutes les maternités de la région ;

Les référentiels régionaux (voir chapitre 3.3.2) développés et implantés dans l'ensemble des établissements de soins ne sont pas évalués comme prévu par diffusion de grille d'évaluation.

La production du **rapport annuel d'activité** est l'occasion d'évaluer le niveau des indicateurs d'objectifs triennaux sur lesquels repose en partie le financement FIQCS.

La cellule d'évaluation et d'épidémiologie constituée au sein de la cellule de coordination du réseau¹⁰ produit par ailleurs un **recueil d'indicateurs régionaux** de santé et activité de soins périnataux. Ce recueil collige 21 des 32 indicateurs Euro – Peristat (soit 66 %) dont 9 des 10 indicateurs réputés essentiels, et 55 des 78 de ceux proposés par la DHOS¹¹ (soit 71 %).

¹⁰ Financée au titre d'une Aide à la contractualisation

¹¹ Circulaire DHOS/O1/O3/CNAMTS n° 2006-151 du 30 mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité

3.2 Constats sur la participation et l'intégration des acteurs

"L'existence du réseau doit s'appuyer sur la mobilisation des professionnels ; en outre, le réseau doit disposer d'un crédit auprès de ceux-ci. Parallèlement, le réseau doit être en capacité d'inclure un nombre significatif de patients. Sa réalité doit être ancrée tant chez les professionnels que chez les patients" (ANAES, 2004).

Le RPBN assure une double mission de coordination régionale des professionnels de la santé périnatale, et d'organisation et suivi d'une file active de patients. Sur la période 2010 - 2012, il cible deux principaux publics d'utilisateurs : les femmes en période prénatale (suivi de grossesse) et les enfants nés prématurément à moins de 33 SA.

- Les femmes en période prénatale (suivi de grossesse) bénéficient directement d'une information sur l'offre de soins disponible, et indirectement de l'action de coordination du réseau entre les professionnels de santé, coordination toutefois concrétisée par un dossier médical partagé papier remis aux femmes enceintes ;
- Les nouveau-nés nés prématurément à moins de 33 SA sont médicalement suivis jusqu'à l'âge de sept ans dans le cadre d'une file active organisée et suivie directement par le réseau au moyen du dossier informatisé.

3.2.1 Constats sur l'intégration des usagers : une promotion très active

« La place des usagers au sein des réseaux est essentielle et participative. Les usagers sont associés aux réunions préparatoires de création du réseau ainsi qu'en tant que de besoin aux réunions organisées par le réseau. Un représentant des associations d'utilisateurs concernées doit siéger au minimum dans les instances du conseil d'administration du réseau. Les usagers participent à l'évaluation du réseau. »¹²

3.2.1.1 Promotion régionale du réseau : une stratégie ambitieuse

Les horaires et les congés des salariés de l'équipe de coordination sont organisés de telle manière à assurer une **permanence d'accueil tous les jours ouvrables de l'année de 8h30 à 17h30**. Cette permanence comprend au moins un professionnel de santé coordinateur (sage-femme ou puéricultrice) et une secrétaire¹³.

La **promotion du réseau** auprès des professionnels et des usagers est assurée par trois voies principales :

¹² Circulaire N°DHOS/O1/O3/CNAMTS/2006/151 du 30 mars 2006

¹³ Information déclarée par l'équipe de coordination mais non vérifiée.

- Diffusion de **plaquettes d'information**
 - Une version grand public est donné à chaque femme enceinte lors de l'ouverture de son dossier de grossesse, ainsi qu'aux parents (une seconde fois donc) de nourrissons inclus dans le programme de suivi "petit deviendra grand"
 - Une version est destinée aux professionnels
- Développement et administration d'un **site internet** (voir chapitre 3.2.1.4)
- Mobilisation intense sur le **terrain** des professionnels de santé :
 - Présence formelle (stand) lors de regroupements de professionnels de la périnatalité organisé dans la région ; citons, de manière non exhaustive :
 - Congrès : Société française de médecine périnatale (Deauville, 2010), GYPOM (Deauville 2011, 2012), Assises nationale des sages-femmes (Deauville, 2012)
 - Colloques : Collège des gynécologues de la Normandie (Deauville, 2010, 2011, 2012), Collège des pédiatres de Basse-Normandie (Caen, 2011)...
 - Forum : Forum des naissances de la petite enfance (Caen, 2011)
 - Journées professionnelles organisées par les Conseils ordinaires de sages-femmes des trois départements
 - Organisation d'un colloque annuel depuis 2011 à Caen par le réseau lui-même. Il est ouvert à tous les professionnels de la périnatalité établis en région.
 - Visites régulières d'établissements de soins et instituts de formation professionnels (IFSI...) par les sages-femmes et puéricultrices de la cellule de coordination du réseau.

Dans la Manche et l'Orne¹⁴ les sages-femmes de proximité assurent la mobilisation des professionnels sur leurs lieux d'exercice (maternité, PMI, CPP, CAMSP, cabinets...) :

- Par leurs visites répétées des maternités (chacune doit être visitée deux fois par mois), et leurs participations à certaines réunions de services, elles favorisent la diffusion des outils régionaux développés dans le cadre du réseau (dossiers partagés, protocoles et référentiels...) et leurs évaluations. Elles relaient également les besoins d'informations (remontée d'indicateurs) de la cellule d'observation et épidémiologie du réseau et recueillent les attentes des professionnels.
- Une part importante de leur temps semble consacrée à la rencontre des professionnels libéraux (en priorité médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues) afin de leur présenter les outils régionaux développés dans le cadre du réseau, et favoriser leurs interrelations avec les établissements de soins. En 2012, le RPN recense 75 professionnels rencontrés dans la Manche et 29 dans l'Orne.

Nous ne pouvons évaluer l'imputabilité de ces missions de proximité dans l'adhésion des professionnels de la région aux outils et pratiques promus par le réseau, ni leur rentabilité par rapport à d'autres activités menées par le réseau (partage d'informations sur le site internet, organisation de formations, présence aux réunions professionnelles et colloques...). Une première approche quantitative permet de confronter la centaine de professionnels libéraux visités sur leur

¹⁴ Le poste de sage femme de proximité dans le Calvados n'est pas pourvu

terrain d'exercice en une année de missions, aux quelques dizaines de professionnels rencontrés par l'équipe du réseau en une ou deux journées seulement de présence à des manifestations professionnelles, ou aux deux cents participants qu'attire le colloque régional d'une journée organisé par le réseau depuis 2011.

3.2.1.2 Représentation des usagers dans les instances : prévue mais non effective

La représentation des usagers est statutairement prévue, dans la limite de 4 personnes, comme membre de droit du Conseil d'Administration, avec voix consultative non délibérative. Des invitations à intégrer l'APBN sont adressées¹⁵ en 2010 à plusieurs associations d'usagers implantées en Basse-Normandie ; en l'absence de réponse une sage-femme en retraite, est sollicitée pour assumer ce rôle, en tant que "personne qualifiée". Une nouvelle tentative d'intégration des représentants d'usagers est envisagée pour le renouvellement des instances associatives de l'APBN prévu fin 2013.

3.2.1.3 Un processus d'adhésion des usagers formalisés

Les personnes souhaitant adhérer dans le cadre de leur suivi obstétrical et ou néonatal peuvent adhérer librement et gratuitement au RPBN, sous réserve que leur médecin soit lui-même adhérent. L'adhésion suppose la prise de connaissance et l'acceptation de la charte du réseau, qui doit être signée.

S'agissant du suivi des enfants à risque de séquelles neurologiques (voir chapitre 3.3.1), un consentement doit être signé par les parents lors de l'inclusion de leur enfant. Ce document est archivé par la cellule de coordination du réseau.

3.2.1.4 Un partage d'information facilité par un portail internet exhaustif

Le réseau met à disposition de ses populations cibles une documentation exhaustive, et actualisée accessible librement sur son site internet www.perinat.org créé par un membre de l'équipe de coordination. Elle concerne :

- **L'offre régionale de Santé périnatale** : annuaires exhaustifs des établissements et services de soins, de professionnels médicaux ou paramédicaux, hospitaliers et ambulatoires, privés et publics, associations de soutien, plateforme d'information...
- **Des explications et des conseils** sur tous les aspects (administratifs, médicaux, sociaux, préventifs...) de la grossesse et de la prise en charge du nourrisson. Ces informations sont délivrées sous forme de synthèses le plus souvent rédigées par les professionnels de la cellule de

¹⁵ Communication orale avec le coordinateur général du RPBN le 3/04/2013

coordination du réseau, et volontiers associées à des documents explicatifs produits par d'autres organismes. Elles portent sur :

- Les différentes étapes et examens du suivi de grossesse ;
- Les principales complications et pathologies rencontrées ;
- Les signes annonciateurs et le déroulement de l'accouchement ;
- Les préparatifs et le déroulement de l'hospitalisation en *post-partum* ;
- Les différentes modalités de retour à domicile et l'enregistrement de l'état civil ;
- La période du *post-partum* (déroulement suivi, signes d'alertes, hygiène de vie....) ;
- Les droits et aides disponibles pour les parents et l'enfant (dont les adresses de gardes d'enfant....) ;
- L'impact des addictions (drogues, alcool, tabac...) et prises médicamenteuses maternelles.

Dans la plupart des cas, ces informations sont reliées (par lien hypertexte ou document joint en téléchargement) aux acteurs concernés (établissements, associations, centres d'information...).

La fréquentation mesurée¹⁶ en 2012 est de 4983 visiteurs¹⁷ contre 2165 en 2011. Les trois quart des visites proviennent d'un moteur de recherche ; 17,3 % sont en accès directement. Les 7446 visites enregistrées durent en moyenne près de trois minutes et atteignent plus de 4 pages ; les pages annuaires et articles d'informations sont consultées dans respectivement 15,8 % et 34,2 % des visites. Les deux articles les plus lus sont "consignes lors d'un accouchement" et "présentation d'un service de néonatalogie".

Très occasionnellement les équipes du réseau participent à des évènements d'informations publiques (salon, forum, colloque) : forum de la naissance et de la petite enfance organisé à Caen en avril 2011 par la CPAM 14.

Le réseau ne s'est pas donné pour objectif d'accueillir le public ou de se constituer en plateforme d'écoute ou d'orientation. Il ne dispose de toute façon pas de structure le permettant. Les sollicitations directes du public sont rares et plutôt téléphoniques (six courriels reçus en 2012) ; elles consistent le plus souvent en recherches de professionnels ou services de soins, et en demandes de rendez-vous de consultations¹⁸.

En définitive, les **deux principaux vecteurs d'informations** de l'existence du réseau auprès des usagers sont :

- **Les professionnels de santé** adhérents qui proposent individuellement les inclusions (80% sont des gynécologues s'agissant des femmes enceintes, et 100% sont des pédiatres de néonatalogie s'agissant du suivi des enfants prématurés) ;
- **Le portail internet.**

¹⁶ Ces données sont fournies par le réseau. Nous ne sommes pas en mesure de les vérifier.

¹⁷ Il s'agit de l'ensemble des visites publiques et professionnelles. 93,5 % des visiteurs viennent de France. Nous ne disposons pas d'information géographique plus fine.

¹⁸ Information suggestive et non quantifiée issue d'un entretien avec une secrétaire de la cellule de coordination

3.2.2 Constat sur l'intégration des professionnels de santé : une vraie pluridisciplinarité

3.2.2.1 Un effectif en forte croissance, fruit d'une démarche d'ouverture et de promotion

Depuis sa formalisation en 2010, le RPBN voit son effectif de professionnels adhérents croître très rapidement. Ces adhésions de professionnels sont faites à titre individuel. Trois phases et modalités de recrutement se distinguent :

- Années 2000 : un socle robuste formé par toutes les maternités de la région. Dès l'origine le réseau s'appuie sur les liens étroits tissés entre les médecins des maternités privées et publiques de la région, notamment au travers des revues régionales et semestrielles de morbidité.
- 2008 - 2010 : un lancement par invitations épistolaires systématiques de tous les professionnels concernés dans la région par la santé périnatale. D'emblée l'ouverture vers le secteur libéral, y compris ambulatoire, et les professions paramédicales est recherchée.
- 2010 - 2012 : un minutieux recrutement actif de terrain, consolidé par une offre appréciée de formations professionnelles continues. Ce travail de proximité est mené par les salariés de la cellule de coordination (coordinateur sage-femme, coordinateur puériculture, sages-femmes de proximité), sur les lieux d'exercice ou de formations professionnelles de la région.

Tableau 5 - Effectifs des professionnels de santé adhérent aux RPBN

Effectif 2010	Effectif 2011	Effectif 2012
206	490	679

Tableau 6 - Professionnels de santé adhérent au réseau de périnatalité de Basse-Normandie au 31/12/2012

	Hôpitaux et cliniques	Secteur ambulatoire :		TOTAL	Taux d'adhésion régional*
		PMI ou CAMSP	autres		
Médecins anesthésistes	7	0	0	7	?
Médecins généralistes	0	16	94	110	5,9 %
Médecins gynécologues	84	1	43	128	87,1%
Médecins pédiatres	35	4	16	55	41,1 %
Puéricultrices	43	15	2	60	?
Sages-femmes	167	17	66	250	54,3 %
Autres médecins	8	1	9	18	
Ostéopathes	0	0	3	3	
Orthophonistes	0	1	1	2	
Orthoptistes	0	0	3	3	
Psychologues	5	5	7	17	
Psychomotriciens	0	5	0	5	
Autres professionnels	10	3	7	20	
TOTAUX	359 (53%)	68 (10%)	251 (37%)	678	

*D'après le recensement ARS des professionnels de santé de Basse-Normandie, qu'ils exercent ou non une activité périnatale

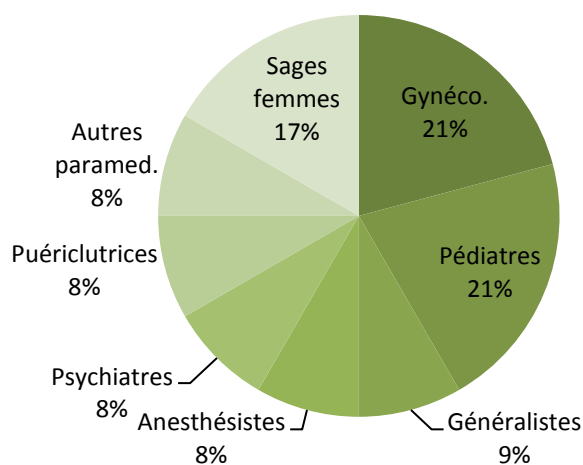
3.2.2.2 Des instances éminemment pluridisciplinaires

Le RPBN se formalise en 2010 à partir d'une initiative inter-hospitalière d'échange d'expériences professionnelles animée par des gynécologues hospitaliers. Dès sa création, **l'association APBN dépasse cet « hospitalo-centrisme » originel :**

- En prévoyant statutairement que la moitié des voix délibératives de son CA soient issues du secteur privé, y compris ambulatoire ;
- En invitant à son Assemblée Constitutive l'ensemble des professionnels de la filière de soins de périnatalité des trois départements de la région, y compris les médecins généralistes sollicités via l'URML, et ce, qu'ils exercent en établissement privés ou publics, ou en secteur libéral ambulatoire.

En 2012, une modification statutaire¹⁹ augmente de 4 places l'effectif des membres élus afin d'inclure spécifiquement des psychiatres et des professionnels paramédicaux non représentés, tels que les psychologues.

Tableau 7 - professions des membres élus au Conseil d'administration de l'APBN (2012)



Dans le même esprit, les porteurs, éminemment hospitaliers, du RPBN appuient dès l'origine l'élection d'un **président d'association issu du secteur libéral**, un obstétricien exerçant en clinique et entamant en 2013 sa troisième année de mandat.

Bien que les statuts ne le prévoient pas, la composition professionnelle du bureau reflète l'ouverture libérale et ambulatoire recherchée : en 2012, la moitié de ses membres ne sont pas médecins ; il y a par ailleurs autant de professionnels libéraux que d'hospitaliers. En revanche tous les membres du

¹⁹ Votée en Assemblée générale extra ordinaire le 3 mai 2011

bureau exercent dans le Calvados. La non représentation de la Manche et de l'Orne s'explique par les contraintes géographiques s'imposant aux adhérents y résidant.

La représentation de tous les établissements de soins concernés et des partenaires institutionnels est prévue dans le Conseil d'Administration comme membre de droit avec voix consultative non délibérative : les directeurs d'établissements assurant l'accueil de femmes enceintes ou de nouveau-nés, les présidents des trois Conseils Généraux, et celui de l'URML. Cette dernière dénomination, toujours mentionnée dans les statuts révisés de 2012, présente une ambiguïté : l'URML, représentation syndicale de médecins libéraux, est remplacée en 2010 par des URPS représentant distinctement jusqu'à dix professions de santé²⁰.

La non représentation formelle de l'ARS est logique compte-tenu de son caractère de financeur quasi exclusif du réseau, via les dispositifs de FIQCS et MIG. Elle est compensée par des échanges techniques entre experts et référents métiers de ces deux organisations, par exemple au sein des groupes de travail d'élaboration du Projet Régional de Santé ou des commissions spécialisées du réseau.

La non représentation directe des établissements et services médico-sociaux est compensée par la représentation des trois Conseils Généraux de la région de Basse-Normandie.

3.2.2.3 Des partenariats essentiellement dans le champ sanitaire

En plus des adhésions individuelles de professionnels, certaines organisations adhèrent au RPBN ; elles le formalisent en signant une convention constitutive :

- La totalité des 16 établissements hospitaliers et cliniques sièges d'un service d'obstétrique, gynécologie ou de pédiatrie de la région de Basse-Normandie,
- Le Centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal du CHU de Caen,
- Cinq Centres d'action médicosociale précoce (CAMSP),
- Le Conseil Général du Calvados.

Si un certain nombre d'associations et réseaux évoluant dans le champ de la périnatalité en Basse-Normandie sont identifiée dans le site internet du RPBN, aucun n'adhère formellement au RPBN.

Hormis les CAMSP, les partenariats hors du champ sanitaire sont quasi inexistant, mais fort d'une assise dorénavant solide dans ce domaine le RPBN souhaite dorénavant s'ouvrir vers ce type d'acteurs, comme en atteste des rencontres récentes ou à venir, y compris avec des organismes mutualistes.

²⁰ Cette évolution est inscrite dans la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Les URPS prévues concernent les médecins, masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers, chirurgiens - dentistes, pharmaciens détenteurs d'officines, pédicures-podologues, orthophonistes, orthoptistes, biologistes et sages-femmes.

3.2.3 Des outils de coordination consensuels et plébiscités

3.2.3.1 Une démarche originelle de partage et d'amélioration des pratiques

Durant les dix années précédant la formalisation du RPBN, une centaine de professionnels de santé (principalement gynécologues, pédiatres, anesthésistes et sages-femmes) exerçant dans une maternité publique ou privée de Basse-Normandie se retrouvent deux fois par an pour une journée d'échange inter-établissements marquée par la tenue d'une revue régionale de morbidité et mortalité. Compte-tenu du succès, en moyenne une centaine de participants par session, un contingent de place est réservé pour chacun des établissements de la région.

Comme nous l'évoquons au chapitre 3.3.2, cette initiative favorise une dynamique de progrès partagé prenant la forme de travaux pluridisciplinaires d'élaboration et diffusion de référentiels et protocoles régionaux, et d'organisation de formations professionnelles continues adaptées au contexte régional de l'offre et de besoins en périnatalité.

3.2.3.2 Des outils de partage de l'information ambitieux

Le suivi spécifique des deux populations cibles du réseau, femmes enceintes et enfants nés prématurés, bénéficie d'un dossier médical partagé spécifique : le "DPP" en papier pour le suivi des grossesses, et l'application en ligne EVAMED pour le suivi neurologique des enfants nés prématurés. Leurs taux d'utilisation en 2012 est estimé respectivement de 48 % des quelques 13 500 grossesses annuelles, et 100 % d'une file active de 370 enfants.

Le portail internet www.perinatbn.org dispose d'un espace accessible aux seuls adhérents. Il comprend trois principaux types d'informations :

- Une description très détaillée de l'offre de santé (y compris l'équipement spécifique et les orientations de certains professionnels de la périnatalité) ;
- Des données épidémiologiques régionales agrégées, et leur détail du seul établissement dont est issu l'adhérent ; ces données sont produites par la cellule d'épidémiologie de la cellule de coordination (financement MIGAC) ;
- Les protocoles et référentiels professionnels élaborés par le réseau.

Notre enquête portant sur un échantillon représentatif de 10% des adhérents constate :

- 86 % des sondés considèrent que le réseau contribue à faciliter l'échange interprofessionnel d'information relatives à leurs patients ;
- 73 % des sondés considèrent que le réseau à faciliter leur identification des professionnels et services susceptibles de participer à la prise en charge pluridisciplinaire de leur patients ;
- 58 % des sondés considèrent que le réseau leur a permis d'identifier des types d'offres et services auxquels ils n'avaient jusque là pas eu recours pour la prise en charge de leurs patients.

Notons enfin que l'importante collection de données traitées par l'équipe d'épidémiologie est mise à profit pour des **travaux et publications** contribuant à l'impact scientifique et bibliographique du CHU de Caen. Ont d'ores et déjà été publiés : 3 articles originaux, 9 thèses de médecines (5 sont par ailleurs en cours d'écriture), 8 abstracts ; une dizaine de mémoires ont par ailleurs été réalisés dans ce cadre (voir liste en annexe 5).

3.3 Constats sur la prise en charge des patients, et l'impact sur les pratiques professionnelles

Le réseau doit être en mesure « d'assurer la sécurité des patients, la continuité sans rupture de la prise en charge ainsi que la qualité de cette prise en charge (qualité des soins et globalité) » (ANAES, 2004).

3.3.1 Prise en charge de patients

3.3.1.1 Enfants nés prématurément : un suivi original et ambitieux

A l'issue de leur hospitalisation, les personnels des services de néonatalogie de Basse-Normandie (tous sont adhérents au RPBN) proposent aux parents d'enfants nés prématurément entre 22 et 36 semaines d'aménorrhées de leur faire bénéficier d'un cycle de dix consultations médicales réparties sur leurs sept premières années de vie afin de dépister précocement d'éventuels déficits neurologiques et de les orienter vers l'offre de prise en charge sanitaire ou médicosociale la plus adaptée.

Chaque consultation médicale de suivi est menée par un médecin référent ayant bénéficié d'une formation spécifique de deux jours organisée par le réseau. La durée de ces consultations spécialisées justifie une compensation financière pour les médecins libéraux les réalisant. Le versement de cette prestation n'est effectué qu'après vérification de la complétude du dossier médical partagé EVAMED.

Cette application génère automatiquement une alerte veillée par l'équipe de coordination, si l'enfant n'a pas eu de consultation spécialisée au moment recommandé. Cette condition, et l'accompagnement des professionnels assuré par l'équipe de coordination de puériculture du réseau, explique l'atteinte de l'objectif d'exhaustivité de ce recueil d'informations.

Indicateur RPBN : % de dérogation tarifaire versée associés à un dossier EVAMED saisis.

Objectifs : 100%

Résultat 2012 : 100%

Ce programme original et ambitieux est progressivement mis en place dans la région en 2010. En 2012, 174 des 215 (80 %) nouveau-nés prématurés à moins de 33 SA sont effectivement inclus²¹. Le cumul des inclusions sur les trois années est de 462. Quatre vingt douze enfants (19,9 %) ont quitté la cohorte (refus d'adhésion, déménagements hors région, perdus de vue ou décès). A trois ans, fin 2012, la file active est de **370 enfants suivis**. Il est en revanche encore trop tôt pour juger de l'efficacité, d'un point de vue clinique, de cette intervention (un indicateur en ce sens est toutefois prévu²²).

²¹ Données communiquées par la cellule d'épidémiologie du réseau

²² Nombre d'enfants diagnostiqués avec un handicap à 2 ans, 4 ans et 6 ans

Compte-tenu d'une durée de suivi de sept années, et en prenant pour hypothèses la constance des critères et de l'efficacité d'inclusion, la stabilité de la natalité régionale et en appliquant un taux de perdus de vue de 20%, la file active constituée et suivie par le réseau pourrait croître jusqu'en 2018 et **atteindre un effectif de l'ordre de 1000 enfants.**

Indicateur RPBN : % de nouveau-nés vulnérables suivis à 3 ans	
Objectifs : 70%	Résultat 2012 : 80%

Indicateur RPBN : % de dossier de suivi saisi dans l'application EVAMED (consultations réalisées par des médecins référents libéraux)	
Objectifs : 100%	Résultat 2012 : 100 %

Les professionnels de la commission "petit deviendra grand" limitent ce programme aux prématurés les plus à risque de séquelles, ceux nés avant 33 SA, soit environ un quart de l'ensemble des prématurés. Une extension aux prématurés nés entre 33 et 36 SA, à risques de séquelles moindres mais réels, implique de disposer de moyens de suivi plus importants (en 2012, seuls 226 des 1097 prématurés sont nés avant 33 SA).

La non prise en compte des autres catégories de nouveau-nés à risques de séquelles neurologiques répond aux mêmes contraintes de moyens (enfants nés à termes mais avec syndrome d'alcoolisation materno-fœtal, syndrome de substitution, infection congénitale à CMV ou toxoplasmose, ou cardiopathie congénitale...).

3.3.1.2 Femmes enceintes : un dossier prénatal partagé consensuel mais peu utilisé

Bien que principales bénéficiaires "finales" des activités du réseau, les femmes enceintes suivies en Basse-Normandie n'en constituent pas à proprement parler une file active. De leurs points de vues, le réseau est concrétisé par le dossier médical de suivi de grossesse (le dossier prénatal partagé, ou DPP) qui leur est remis par les médecins adhérents aux réseaux lorsque leur grossesse est identifiée. Elles sont invitées à en compléter certaines parties. Cette activité est mise en œuvre à partir du dernier trimestre 2010.

La cellule d'évaluation du RPBN mène une enquête annuelle dans les maternités auprès de toutes les femmes ayant accouchées dans la région sur une période d'étude de 5 jours consécutifs. Le taux d'utilisation du DPP est ainsi estimé à 48,5 % en 2012, soit environ 6000 femmes bénéficiaires en extrapolant aux 13 500 accouchements annuels de la région. Le non respect de l'objectif de 70 % défini pour 3 ans est à relativiser compte-tenu de l'année de retard de déploiement de ce dossier.

Paradoxalement, si 45,3 % des femmes interrogées lors de l'enquête menée par le réseau sur la diffusion du DPP utilisent ce document, **seulement 10,2 % déclarent connaître le réseau de périnatalité. Ce résultat doit être relativisé** : s'agissant du suivi des grossesses, le RPBN n'est pas un réseau de proximité, mais un outil de coordination interprofessionnelle : il agit sur les professionnels de santé pour en améliorer l'organisation et les pratiques ; la reconnaissance des usagers semble donc secondaire. De ce point de vue, le fait que 22 % (enquête RPBN 2012 en maternité) à 30,6 %

(enquête grand ouest) des parturientes ont bénéficié d'un entretien prénatal est un bon résultat : il est de 21,4 % en France en 2010²³.

Indicateur RPBN : % de grossesses ayant bénéficié d'un entretien prénatal	
Objectif : 30 %	Résultat 2012 : 30,6% (sur 2 ans)
Indicateur RPBN : % de grossesses suivies en région avec un DPP	
Objectifs : 70% (sur 3 ans)	Résultat 2012 : 48,5% (sur 2 ans)
Indicateur RPBN : % de femmes enceintes connaissant le réseau	
Objectif : 75 %	Résultat 2012 : 10,2 %

3.3.2 Impact du réseau sur les pratiques professionnelles

Les réseaux régionaux de santé "peuvent également être des acteurs de l'évaluation des pratiques professionnelles et de la formation continue" (circulaire DHOS du 2 mars 2007 relative aux réseaux de santé)

Les cinq objectifs spécifiques du réseau (voir chapitre 3.1.2) sont poursuivis par la mise en œuvre intégrée d'un ensemble d'outils et activités dédiés : formations professionnelles continues, revue régionale de morbidité, protocoles et référentiels régionaux et évaluation des pratiques professionnelles.

➤ *Revue de morbidité et mortalité*

Les réunions semestrielles de morbidité et mortalité organisées au CHU de Caen sont pluridisciplinaires et associent les équipes de toutes les maternités de Basse-Normandie. Elles favorisent ainsi l'harmonisation des pratiques professionnelles de prise en charge des parturientes ou des nouveau-nés, et, le cas échéant leur amélioration. L'organisation de ces revues de dossiers s'appuie sur un protocole rédigé respectant les recommandations de l' HAS ; il est accessible sur le site internet du réseau.

L'impossibilité d'accueillir plus de professionnels à ces rencontres, et leur caractère très établissements centrés incitent le réseau à organiser dès 2011 un **colloque régional pluridisciplinaire ouvert à tous les adhérents**.

Indicateur RPBN : nombre annuel de séminaire d'étude de cas complexes	
Objectifs : 4	Résultat 2012 : 2

Cet objectif d'une réunion trimestrielle est celui que s'est assigné le RPBN. L'organisation d'une réunion semestrielle depuis dix ans et selon un référentiel d'organisation formalisé nous semble en soit **une réussite remarquable**.

²³ "Enquête nationale périnatale 2010, les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003", INSERM et DRESS;2011;p.22

➤ *Procédures professionnelles régionales*

Cette dynamique d'échanges interprofessionnels soutenue par le RPBN amène la constitution de groupes de travail pluri disciplinaires associant des représentants de tous les établissements concernés, et poursuivant l'objectif de développer ou actualiser des procédures professionnelles consensuelles. L'adhésion des établissements au réseau leur impose en théorie le respect de ces procédures régionales (article 11 de la convention constitutive). Entre 2010 et 2012, plusieurs protocoles sont ainsi élaborés, puis diffusés dans tous les établissements sièges de maternité dans la région et sur la partie réservée aux adhérents du site internet :

- "Protocole régional de transfert in utéro" (version actuelle : juin 2011) et son dossier de liaison
- "Embolie amniotique, procédure pour le diagnostic biologique" (version actuelle : janvier 2012)
- "Hémorragie du *post partum*" (version actuelle : juin 2011)
 - o prise en charge initiale (version actuelle : février 2012)
 - o "Utilisation du ballon de Bakri » (version janvier 2011)
- "Embolisation utérine"
 - o procédure générale (version actuelle : février 2012)
 - o procédure de transport en SMUR (version actuelle : février 2012)
 - o protocole de transfert destiné aux hôpitaux périphériques
 - o protocole de régulation destiné au SAMU (version actuelle : février 2012)
- "Arrêt cardiaque maternelle " (adaptation des recommandations européennes de 2012))

Indicateur RPBN : % de référentiels bénéficiant d'une évaluation par diffusion de grilles

Objectifs : 90%

Résultat 2012 : 0 %

Notre enquête portant sur un échantillon représentatif de 10% des professionnels adhérents constate un plébiscite pour ces outils :

- 82 % des sondés considèrent que ces échanges de pratiques contribuent à l'amélioration des parcours de santé des patients ;
- 68 % des sondés considèrent les protocoles régionaux comme adaptés à leurs besoins ;
- 87 % des sondés considèrent que les outils développés par le réseau les ont conduit à modifier leurs pratiques ; 62 % d'entre eux citent spécifiquement les protocoles et référentiels (78 % si on ne considère que les professionnels de maternités).

➤ *Evaluation des pratiques professionnelles*

Depuis 2012, des évaluations des pratiques professionnelles (EPP) sont mises en place :

- Dépistage échographique de la trisomie 21 au 1^{er} trimestre, auprès des 93 échographistes agréés dans la région (effectif en 2012) ;
- Evaluations des enfants nés dans une maternité de niveau non conforme à ce qui aurait été attendu (*outborn*) auprès de tous les établissements sièges d'une maternité.

Indicateur RPBN : % des professionnels de chaque catégorie ayant participé à une EPP

Objectifs : > 50 %

Résultat 2012 :

- Echographie T21 : 58 %
- *Outborn* : 100 %

➤ **Formations professionnelles**

Le réseau organise et anime des formations professionnelles dans trois cadres :

- Des enseignements post universitaires ponctuels gratuits ;
- Des formations systématiques et répétées correspondant aux missions principales du réseau (entretien prénatal, DPP, suivi des enfants nés prématurés...). Elles sont gratuites ;
- Un colloque régional annuel (depuis 2011) dont le financement est assuré par des dons de l'industrie pharmaceutique et les inscriptions individuelles payantes (20 € par professionnels).

Un effort particulier est fait pour faciliter l'accès à ces formations à l'ensemble des professionnels de la région :

- Des formations sont répétées à l'identique dans les trois départements de Basse-Normandie ;
- Les formations sont volontiers organisées en soirée voire le samedi ;
- Un dispositif de compensation financière, de l'ordre de 15 C par session, est prévu pour faciliter la participation des médecins libéraux aux formations prioritaires ("entretien prénatal", "réfèrent pour le suivi des nouveaux nés à risques").

Certaines formations, plutôt médicales, se voient attribuer un contingent de places dédiées aux professions paramédicales pour favoriser l'initiation de réseaux pluridisciplinaires locaux informels entre les professionnels ne se connaissant pas forcément (la formation de référents pour le dépistage des séquelles neurologiques du prématuré est par exemple ouverte aux orthophonistes).

Tableau 8 - recensement des formations professionnelles organisées par le RPBN (2010 - 2012)

Sujet traité	Nombre de sessions de formations			Nombre cumulé de participants			Sessions organisées dans la Manche	Sessions organisées dans l'Orne
	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010 - 2012	2010 - 2012
Revue de morbidité	2	2	2	203	199	194	0	0
Suivi neuro des préma.	2	3	2	24	56	38	1	0
Utilisation du DPP	3	13	-	114	328	-	6	2
Entretien prénatal	-	5	4	-	60	52	2	1
EPU divers	-	-	3	-	-	72	1	2
Colloque régional	-	1	1	-	218	182	0	0

Indicateur RPBN : pour chaque thème de formation, % d'adhérents concernés formés

Objectifs : 50 à 80 %

Résultat 2012

- Suivi neurologique des prématurés : 121 / 160 (75%)
- Utilisation du DPP : 336/? (> 50%)
- Entretien prénatal : 107/108 (99 %)

Indicateur RPBN : % de femmes enceintes s'étant vue proposer un dépistage de la trisomie 21

Objectifs : 90%

Résultat 2012 : 97,8%

Notre enquête portant sur un échantillon représentatif de 10% des professionnels adhérents identifie un plébiscite pour ces formations :

- 70 % des sondés les considèrent comme répondant aux problèmes dans leurs pratiques ;
- 61 % des sondés considèrent leurs horaires comme accessibles ;
- 68 % des sondés considèrent géographiquement accessibles.

3.4 Constat sur l'efficience

« Concernant les coûts analytiques, il convient de procéder à une analyse des principales fonctions du réseau : Fonction coordination : frais afférents à la coordination des professionnels, à la coordination générale du réseau et aux moyens d'assurer la continuité et la globalité de la prise en charge des patient - Fonction qualité : frais afférents à la formation, la mise au point des protocoles et des procédures organisationnelles, les actions de révision, d'amélioration de la qualité, les méthodes de l'évaluation, etc. - Fonction soins : frais afférents à la rémunération des professionnels, aux prestations concourant aux soins fournis aux patients, etc. » (ANAES, 2004).

3.4.1 Analyse du budget 2010 - 2012

3.4.1.1 Deux sources de financement... issues de l'ARS

A sa création formelle en 2009, l'APBN obtient un engagement maximal de 720 759 euros répartis en trois années (2010, 2011 et 2012) au titre du FIQCS ; 621 964 euros sont effectivement consommés, l'écart étant principalement dû au temps nécessaire pour recruter effectivement les salariés de l'APBN en 2010.

Le CHU de Caen participe à la mission du RPBN, principalement en mettant à disposition 2,5 ETP et deux bureaux. Il perçoit à ce titre une Aide à la contractualisation annuelle de 136 780 euros versées par l'ARS.

Un document interne du CHU daté de juillet 2012 mais non authentifié, valorise à 128 769²⁴ euros la masse salariale de ces trois employés mis à disposition (0,5 ETP de praticien hospitalier, 1 ETP de secrétaire et 1 ETP d'attaché de recherche clinique) ; ces ordres de grandeurs sont cohérents avec les grilles salariales hospitalières.

La mise à disposition des locaux n'est pas directement valorisée ; elle est comprise dans des charges de structures calculées forfaitairement sur la base de 20% du montant total de l'AC perçue. Ces charges forfaitaires représentent en 2012 près 60 217 € ; la présentation comptable de l'AC, fait donc ressortir un déficit, théorique, de 43 719 euros impacté sur le service de gynécologie obstétrique auquel est rattaché l'UF réseau périnatal.

De manière anecdotique, une participation financière est sollicitée auprès des adhérents (frais d'inscription) et des industriels pour organiser le colloque régional 2012. Aucune autre diversification des recettes n'est recherchée sur l'exercice 2010 - 2012.

²⁴ Les charges de personnels non médicaux sont estimées à 187 693 € dont 110 000 € sont remboursées par l'association APBN qui emploie des agents en disponibilité du CHU ; s'y ajoute 51 660 € de charge pour le praticien hospitalier salarié du CHU mais affecté à temps partiel au réseau.

Tableau 9 - Ressources financières en euros engagées par l'APBN pour les exercices 2010 à 2012

Ressources	Budget réalisé en 2010 / prévisionnel	Budget réalisé en 2011 / prévisionnel	Budget réalisé en 2012 / prévisionnel
FIQCS*	139 122 / 190 344	216 381 / 276 179	266 421 / 254 235
MIG/AC	136 780	136 780	136 780
Total	275 902	353 161	403 201

En faisant abstraction du caractère "théorique" des charges forfaitaires appliquées par l'analyse comptable du CHU à l'enveloppe AC, le **résultat d'exploitation est neutre**. Le trop perçus de 98 935 € au titre du FIQCS est effectivement reversé à l'Assurance Maladie en février 2013.

3.4.1.2 Un coût réel sous estimé

Le coût réel des activités menées par le RPBN ne se limite pas aux dépenses engagées au titre du FIQCS. Nous proposons néanmoins d'en approcher ses coûts pour l'exercice triennal 2010 – 2012, en prenant en compte la masse salariale financée par l'enveloppe MIG-AC, mais sans les charges de structures, car forfaitaires et relativement théoriques (estimées par le CHU à 60 217 € en 2012), ni les charges générales et d'amortissement financier, car négligeables (1513 € en 2012).

Tableau 10 - Budget réel du réseau entre 2010 et 2012

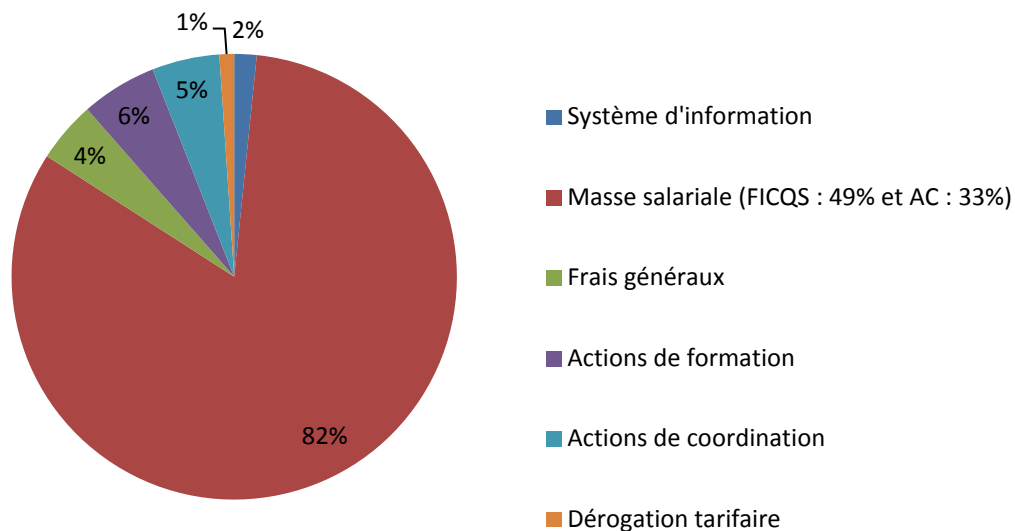
	2010	2011	2012	Total 2010-12
Equipement	5371	574	1 082	7 027
Système d'information	41 575	455	6 350	48 381
Masse salariale FIQCS réelle	42 011	141 921	193 764	377 696
Masse salariale MIGAC estimée	129 353	129 353	129 353	388 059
Formations des adhérents (dont frais de colloque)	27 078	49 511	21 553	98 142
Frais généraux (dont formation des personnels et commissariat aux comptes)	7 781	16 299	16 285	40 365
Promotion du réseau (dont frais de missions des salariés)	15 305	6 631	19 177	41 113
Dérogation tarifaire	0	990	4 185	5 175
Total	268 475	345 734	391 749	1 005 958

L'implantation et le fonctionnement du RPBN consomme près **d'un million d'euros pour ses trois premières années d'exercice**. En ne tenant pas compte de l'année 2010, non représentative car les dépenses y sont limitées par le recrutement tardif des salariés, le coût de fonctionnement du réseau approche les **quatre cent milles euros par an** sur cette période.

En simplifiant la lecture du budget 2012 (agrégation des coûts d'équipement et frais généraux), la répartition des coûts apparaît ci-après. **Le FIQCS représente les 2/3 des ressources financières consommées, l'Aide à la contractualisation 1/3**. Ces deux enveloppes sont attribuées par l'ARS.

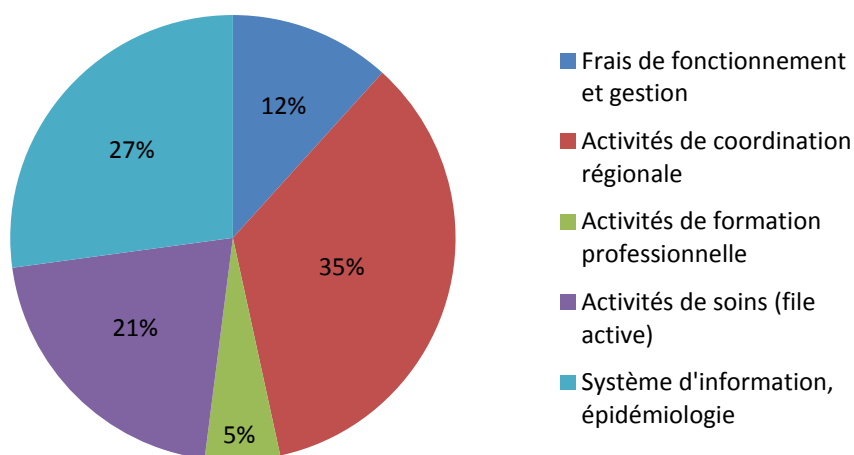
3.4.1.3 Approche analytique simplifiée des coûts du réseau

Tableau 11 - Répartition budgétaire des dépenses engagées par l'APBN en 2012 (FIQCS et MIGAC)



En redistribuant les masses salariales sur les principaux domaines fonctionnels du réseau, d'après la répartition du temps de travail que nous estimons à l'issue de nos entretiens, il est possible d'approcher un ordre de grandeur de la répartition des dépenses engagées par l'APBN par domaine fonctionnels en 2012 :

Tableau 12 - Répartition fonctionnelle des dépenses engagées par l'APBN (budget MIGAC et FIQCS 2012)



Modalités d'agrégation des coûts (sur la base du budget 2012)

- Frais de fonctionnement = frais généraux, équipements, 0,2 ETP comptable, 0,1 ETP de coordination générale, commissariat aux comptes, formation des personnels ;

- Activités de coordination = 0,9 ETP de coordination générale sage-femme, 1 ETP de sage-femme de proximité, 1 ETP de secrétariat, production des supports d'information, hébergement du portail internet ;
- Activités de formations des professionnels de santé : coûts d'organisation, défraiement des orateurs et participants ;
- Activités de soins : 1 ETP de puéricultrice et 0,8 ETP se secrétaire (accompagnement des médecins référents, relance des familles, organisation des formations...), prestations dérogatoires, support technique de l'application EVAMED ;
- Système d'information, épidémiologie (financement MIGAC) : 0,5 ETP médecin et 1 ETP ARC, logiciels divers.

Au-delà des approximations faites pour la construire, une limite de cette représentation est que certaines fonctions se confondent en partie (notamment coordination, organisation des soins et activités de formation). Au moins permet-elle d'identifier trois caractéristiques du RPBN :

- **Ses coûts de fonctionnement internes semblent raisonnables** (12 % du budget), à la réserve près qu'ils n'intègrent aucun frais immobilier (en intégrant un tel coût, estimé à 20 000 €/ans, la part des frais de fonctionnement approcherait 15%) ;
- **Les activités de coordination ne sont pas exclusives** (35% du budget, l'organisation du suivi médical de la cohorte d'enfants prématurés représentant 21%) ;
- **Il dispose de moyens de réels moyens de gestion de l'information notamment statistique et épidémiologique** (27 % du budget). Ceux-ci sont supportés par l'Aide à la contractualisation.

3.4.1.4 Coût du programme "petit deviendra grand"

Il sort du cadre de cette évaluation de réaliser une étude médico-économique de suivi médical des enfants nés à risque de séquelles neurologiques ; le recul manque de toute façon pour en préciser l'impact sur leur santé. Tout au plus pouvons-nous en identifier les coûts directs supportés par le réseau. Ils consistent en :

- Soins : versement d'une prestation dérogatoire pour chaque consultation de suivie réalisée par un médecin référent libéral ;
- Formation des médecins référents (coûts pédagogiques directs, indemnisation des participants, défraiement des formateurs...) ;
- Développement et maintenance de la grille de saisie en ligne EVAMED ;
- Temps d'administration de ces activités (organisation des formations, accompagnement des référents...), évalués à 1 ETP (1 ETP de coordinateur puériculture, et 0,8 ETP de secrétaire).

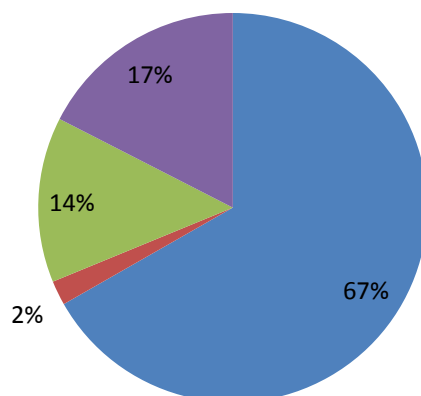
Tableau 13- Recensement des coûts estimés du programme "petit deviendra grand" imputés sur l'association APBN

Tâches	2010	2011	2012	Coût cumulés
Soins (prestations dérogatoires)	0	990	4185	5 175
Formation des professionnels au suivi	7077	19576	8151	34 804
Développement et administration de l'application EVAMED	41166	0	3110	44 266
ETP consacré à l'organisation des formations des référents, et leur accompagnement (puéricultrice et secrétaire)	20041	73899	75156	169 097
Total				253 342

La mise en place en 2010 du programme « petit deviendra grand » et son animation entre 2010 et 2012 coûte à ce jour 253 342 € à l'association APBN, soit 548 € par enfant inclus (462 inclusions).

Tableau 14 - Répartition des coûts supportés par le réseau sur la période 2010 à 2012 pour implanter et animer le programme de suivi des enfants nés prématurés « petit deviendra grand »

■ Coordination régionale ■ Soins ■ Formation ■ SI (EVAMED)

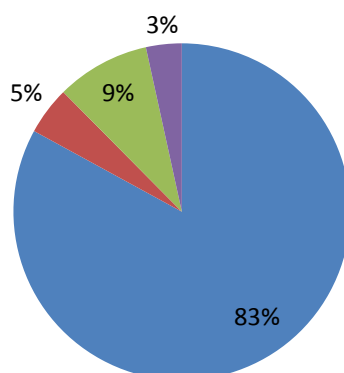


Le système d'information EVAMED étant dorénavant développé, son coût impacte aujourd'hui peu le programme « petit deviendra grand » (3109 € de maintenance en 2012). En 2012, en reprenant les mêmes postes de dépenses utilisés ci-dessus, le **programme « petit deviendra grand » coûte au réseau 90 601 € par an, soit 245 € par enfant** suivi (la file active en 2012 est de 370 individus). La répartition actuelle des coûts imputés sur le réseau apparaît comme suit :

Tableau 15 - Répartition des coûts supportés par le réseau en 2012 pour organiser et animer le programme de suivi des enfants nés prématurés « petit deviendra grand »

Petit deviendra grand : 245 € par enfant

■ Coordination régionale ■ Soins ■ Formation ■ SI (EVAMED)



3.4.2 Prospective : des dépenses non prévues appelées à croître

3.4.2.1 Des frais de missions de coordination non budgétés

Un poste de sage-femme de proximité (0,5 ETP) n'est volontairement pas pourvu. Son enveloppe budgétaire permet de financer les frais de mission des deux autres sages-femmes de proximité recrutées (0,5 ETP chacune).

Ces frais, de l'ordre de 20 000 euros par ans pour l'ensemble des deux sages-femmes en poste, s'expliquent par le caractère nécessairement itinérant de leur mission de terrain. Ils ne sont toutefois pas prévus dans la programmation budgétaire défendue en 2009 en vue d'obtenir un appui au titre du FIQCS. Ce financement n'ayant pas été réévalué en conséquence depuis, cet artifice est mis en œuvre pour garantir le déroulement optimal des missions de proximité dans les deux départements (la Manche et l'Orne) jugés les plus défavorisés en termes de démographie professionnelle, et les plus difficiles à atteindre par le réseau dont le siège est dans le Calvados. En pratique, sur la base des 10 000€ de frais annuels constatés par sage-femme de proximité en 2012, **le recrutement du poste vacant pour le département de l'Orne nécessite un apport budgétaire annuel de l'ordre de 30 000 €** soit une augmentation de 7,65% du budget total (MIGAC et FIQCS) du réseau pour 2012.

3.4.2.2 Des prestations dérogatoires appelées à croître

L'apparition en 2011 de **dépenses pour prestations dérogatoires** correspond à la mise en œuvre des 10 consultations de dépistages des séquelles neurologiques des enfants de la cohorte "petits deviendra grand". Après trois années d'existence, elle cumule aujourd'hui 370 enfants mais devrait croître jusqu'à un millier d'enfants d'ici 2018 (voir chapitre 3.2.1.2). Sur cette base, nous proposons une simulation du coût que pourrait représenter à terme le suivi de cette cohorte ; l'hypothèse basse est une prise en charge libérale d'un enfant sur vingt, l'hypothèse haute celle d'une moitié des enfants suivi en secteur libéral). Cette estimation est très grossière ; elle doit juste attirer l'attention sur la **nécessité de programmer cette dépense amenée à croître**.

Tableau 16 - simulation du coût annuel des prestations dérogatoires du programme "petit deviendra grand" d'ici 2018 (hypothèses : constance de la prévalence régionale de prématurité, taux d'inclusion de 20% sans perdus de vu)

Age des enfants	Effectif de la cohorte (hypothèse : 20% de non inclus puis aucun perdu de vue)	Nombre de consultation prévue dans l'année	Coût unitaire	Coût annuel en € (5 ou 50 % des suivis en libéral)
0 - 2 an	286	6	42	3 603 à 36 036
2 - 4 ans	286	1	42	600 à 6 006
4 - 5 ans	143	1	42	300 à 3 003
5 - 6 ans	143	1	42	300 à 3 003
6 - 7 ans	143	1	42	300 à 3 003
Total	1 001	10		5 105 à 51 051

3.4.2.3 Des frais immobiliers non budgétés

Le réseau ne paie actuellement aucun frais d'hébergement. Cet apport ne semble actuellement valorisé dans aucune des deux comptabilités (MIGAC et FIQCS). Son installation dans un local plus adapté hors du CHU, ou la facturation directe de cette charge par le CHU doivent être envisagées comme un risque possible dans la programmation budgétaire à venir. Sur la base de la norme et selon l'agencement de l'éventuel nouveau siège, un local d'au moins 70 à 100 m² semble requis, représentant un coût locatif annuel probablement inférieur à 20 000 euros soit une augmentation budgétaire inférieure à 5%.

4 Analyse synthétique

4.1 Synthèse des constats : un réseau exemplaire !

Héritier d'une initiative inter-hospitalière d'échanges de pratiques professionnelles vieille de dix ans, le réseau régional périnatalité de Basse-Normandie est formalisé (du point de vue de ses instances associatives) et financé depuis 2010. Il est à la fois réseau régional de coordination professionnelle et promoteur d'une file active de patients (enfants né prématurément). Il assure par ailleurs une mission d'observation épidémiologique.

Abstraction, faite de l'efficience dont l'approche est peu aisée après moins de trois années d'activité, l'évaluation du réseau de périnatalité de Basse-Normandie pour l'exercice 2010 - 2012 est très positive, particulièrement si l'on considère sa rapidité d'implantation en à peine deux ans (ses instances et son équipe salariée n'étant installées que fin 2010).

➤ *Une initiative légitime*

S'appuyant sur un socle ancien formé de professionnels de la périnatalité issus de tous établissements de soins de la région sièges d'une maternité, le réseau s'est d'emblée ouvert à l'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux exerçant en secteur ambulatoire. Cette ouverture caractérise aussi bien les professionnels participant aux activités du réseau, que la composition même de ses instances internes.

L'explosion du nombre de professionnels adhérents (près de 700 adhésions en 3 ans) et l'exhaustivité des établissements de soins privés et public représentés témoignent d'une légitimité confirmée par la remarquable diffusion des formations et outils de prise en charge développés par les commissions techniques pluridisciplinaires du réseau.

➤ *Des objectifs pertinents*

Les objectifs choisis pour la période 2010 à 2012 (amélioration de la qualité du suivi des grossesses, amélioration de la qualité du suivi neurologique des enfants nés prématurés et promotion du partage de l'information) sont cohérents avec les orientations nationales et régionales en matière de périnatalité. Les missions nouvelles et supplémentaires définies fin 2012 témoignent d'une volonté de cohérence avec le nouveau Projet régional de santé de Basse-Normandie.

Chacun de ces objectifs est poursuivi par une rare approche intégrée associant des activités d'échanges d'expériences professionnelles, d'élaborations consensuelles de référentiels régionaux, de formations professionnelles continues standardisées, et une démarche continue d'évaluation interne. La cellule d'évaluation du RPN collige annuellement les indicateurs de suivis choisis : les cibles sont pour la plupart atteintes. Deux des trois échecs sont à relativiser par le choix non pertinent des indicateurs et cibles, et non par un échec des interventions du réseau : voir p. 27).

➤ *Un dispositif cohérent*

Le réseau est supporté par un dispositif associatif représentatif des professionnels de la région et stable dans le temps. La cohérence de ses orientations et choix d'activités repose sur des commissions pluridisciplinaires de professionnels de la santé périnatale, dont les médecins universitaires référents de la région.

La continuité et la performance de ses activités repose sur une cellule de coordination stable et d'envergure composée de 9 salariés, dont 5 professionnels de santé. Deux d'entre eux sont des professionnels de l'évaluation et de l'observation statistique et épidémiologique ; ils appuient une démarche qualité ambitieuse fondée sur l'évaluation interne systématique de toutes activités menées, et animent par ailleurs à ce qui s'apparente à un observatoire de la santé périnatale de la région de Basse-Normandie.

➤ *Une organisation effective et efficace*

L'organisation du réseau est robuste et stable : les documents devant être formalisés le sont (à l'exception d'une autorisation CNIL, en cours) et ce qui est prévu est effectivement réalisé. De plus, ses équipes de volontaires au sein du CA, et de salariés au sein des cellules de coordination et d'évaluation sont stables dans le temps.

Au-delà du volume et de la variété des activités réalisées (formations, protocoles, réunions de morbidité, évaluations des pratiques professionnelles, dossiers médicaux partagés de suivi de grossesse ou des enfants prématurés, portail internet d'information...), et de la croissance rapide de l'effectif pluridisciplinaire des professionnels adhérents, l'impact du réseau sur les pratiques professionnelles est certain en terme d'homogénéisation des pratiques régionales de soins en matière de suivi de grossesse et de surveillance neurologique des enfants nés prématurés. Le recul manque toutefois pour mesurer l'impact de ces actions sur la santé des femmes enceintes et des nouveaux nés.

4.2 Synthèse des éléments améliorables :

4.2.1 Organisation du réseau

➤ *Instances associatives*

Les statuts doivent être actualisés pour prendre en compte le remplacement de l'URML représenté dans le CA par une ou des URPS. A cette occasion une réflexion doit s'engager pour définir la place à donner, ou pas, aux URPS paramédicales.

➤ *Organigramme fonctionnel*

La **multiplication des commissions et groupes de travail** répond à une recherche de cohérence avec l'actualisation des orientations de la politique régionale de Santé. Elle entraîne toutefois un double risque d'essoufflement de ses acteurs (tant les professionnels volontaires les animant, que les salariés les organisant), et de perte de lisibilité des actions du réseau. Ce dernier point est d'autant plus à craindre que les périmètres (thèmes et populations cibles) de ces groupes sont très variables et que certains sujets ne justifient pas nécessairement des travaux prolongés.

Des groupes de travail aux thèmes circonscrits et volontiers limités dans le temps pourraient être intégrés à des commissions plus larges et stables. Par exemple les thèmes "DPP", "hémorragie de la délivrance" et "entretien prénatal" pourraient être traités par des groupes de travail inscrits dans une commission "prise en charge et suivi des grossesses" pérenne.

➤ *Ressources humaines*

Le processus **d'évaluation annuelle des salariés** de la cellule de coordination repose sur le seul coordinateur général. La participation systématique d'un représentant du bureau doit être encouragée :

- Pour faciliter, par un regard externe, l'identification de difficultés organisationnelles internes ;
- Pour faciliter la nécessaire démarche de gestion prévisionnelle des emplois et compétence, celle-ci devant tenir compte des orientations stratégiques envisagées à moyen terme (3 à 5 ans) ;
- Pour réaffirmer la prééminence des instances stratégiques et métiers de l'APBN sur cet outil de mise en œuvre qu'est la cellule de coordination.

Par ailleurs, une démarche de **gestion prévisionnelle des emplois et compétences** doit s'engager en tenant compte des évolutions envisagées du réseau ; par exemple :

- Si la comptabilité n'est pas en totalité externalisée, il faut s'assurer de la disponibilité des compétences requises au sein de l'équipe de coordination (formation continue ou recrutement) ;
- Le recrutement de sages-femmes de proximité doit tenir compte de la réalité et du type de mission qu'elles pourraient être amenées à assumer une fois la phase de promotion du réseau achevée.

➤ *Systeme d'information*

La procédure de demande d'autorisation du traitement informatique EVAMED (dossier patients du programme de suivi des enfants nés prématurés) auprès de la **CNIL** doit absolument être finalisée.

L'analyse annuelle des transferts inter hospitaliers in utéro doit pouvoir être automatisé²⁵.

Enfin, l'opportunité du transfert d'administration du site internet et de l'application EVAMED du RPBN au GCS Télésanté de Basse-Normandie devrait être étudiée. Il peut être source d'économie de moyens, de meilleur sécurité des transferts de données et favoriser le développement mutualisé voir la compatibilité future des outils du RPBN avec d'autres partenaires régionaux.

4.2.2 Intégration des acteurs

➤ *Promotion du réseau*

L'activité de **promotion du réseau** et de ses outils au plus près des acteurs, sur leurs terrains d'exercice, semble mobiliser beaucoup de temps (voir chapitre 3.2.1.1). Une telle approche peut être justifiée en phase d'implantation du réseau (ce qui est le cas de la période 2010 - 2012 étudiée) ; mais dorénavant la pertinence d'une telle mobilisation doit être réévaluée à l'aune de la maturité atteinte par les autres activités du réseau concourant également à sa promotion : portail internet, participation à des événements professionnels en région...

Les objectifs assignés aux sages-femmes de proximité semblent ainsi devoir être révisés : leur temps consacré aux activités de promotions auprès des professionnels des soins pourrait être consacré à la mobilisation d'acteur médicosociaux et ou à d'autres activités (expertise technique, formation...).

➤ *Partenariat*

Le réseau est dorénavant bien implanté dans le champ sanitaire, dans toutes ses composantes disciplinaires. Une **ouverture vers le domaine médicosocial** d'une part, et auprès d'acteurs plus proches **des usagers**, tels que des associations et ou des réseaux de proximités, doit s'engager (ce processus semble initié depuis peu par l'équipe de coordination).

➤ *Partage d'information*

Le **dossier prénatal partagé** semble consensuel et est implanté dans tous les établissements de santé. Il est néanmoins relativement peu utilisé (moins d'une grossesse sur deux) et toujours en sus des dossiers préexistants au sein des établissements et cabinets le mettant en œuvre.

²⁵ L'intérêt du dispositif mis en œuvre en région Rhône-Alpes peut être étudié.

Sans engager le débat sur l'impact du DPP sur la qualité du suivi des grossesses, difficile à mesurer, il semble pragmatique de le considérer comme largement implanté et de ne plus donc y consacrer autant d'énergie que par le passé (travail en commission, missions de terrain...), d'autant que le RPBN s'est récemment assigné des objectifs nouveaux et supplémentaires.

Enfin, le professionnalisme de la cellule d'évaluation et d'épidémiologie doit inciter à réfléchir à l'opportunité de mettre en œuvre d'autres outils d'observation, tel que des **registres** (registre des malformations congénitales, registre de certains handicaps tel que la surdité, registre de mortalité périnatale...).

4.2.3 Impact sur la prise en charge des patients et les pratiques professionnelles

➤ *Protocoles et référentiels régionaux*

La démarche d'élaboration consensuelle et de diffusion de protocoles régionaux mise en œuvre avec succès dans le secteur hospitalier pourrait certainement être **étendue aux professionnels des soins ambulatoires**. Le DPP en est un exemple, mais l'opportunité de protocoles de prise en charge ou d'orientation sur des sujets plus spécifiques précis pourraient être étudiée.

La légitimité scientifique et interprofessionnelle du RPBN en fait par ailleurs un acteur clef de la promotion et du développement des **protocoles de coopération interprofessionnelle** dans le champ de la périnatalité (si tant est que ces acteurs en identifient le besoin en Basse-Normandie).

➤ *Thèmes d'intervention*

Le réseau se concentre jusqu'en 2012 sur deux thèmes d'intervention : le suivi de grossesse et le suivi neurologique des enfants nés prématurés. Ce préalable étant atteint, une **approche populationnelle** sur les groupes à risques pourrait être mise en œuvre pour cibler les groupes les plus à risque de prise en charge insuffisante (femmes handicapée, femmes victimes d'addictions, parents mineurs ou en rupture de droits sociaux...). Cette approche mérite d'être étudiée avec l'ARS. L'ouverture du réseau vers les acteurs du domaine médicosocial trouve là tout son sens.

➤ *Démarche d'évaluation*

Le professionnalisme de la démarche d'évaluation interne mise en œuvre au sein du RPBN invite à recommander d'engager, lorsque c'est pertinent, une approche médico-économique de l'évaluation des projets ayant un impact potentiel sur la santé des patients, tels que le suivi des grossesses ou le diagnostic précoce des handicaps neurologiques des enfants nés prématurés. Cela implique de prévoir le recueil d'indicateurs d'impact sur la santé et non seulement des indicateurs de moyens ; cette précaution est d'ailleurs prise pour le projet "petit deviendra grand".

4.2.4 Approche médico-économique

➤ *Programmation budgétaire*

Les **dépenses non programmées** (charges immobilières en cas de déménagement, frais de missions...), et la progression attendue des prestations dérogatoires doivent être anticipées.

➤ *Ressources financières*

Le réseau repose actuellement sur le seul financement de l'ARS, directement (FIQCS) ou indirectement (MIGAC). Des voies peuvent être explorées pour **diversifier ses ressources** :

- La mise en place d'une activité de registre (mortalités périnatales, handicaps tel que surdités, malformations congénitales...), peut aboutir, sous réserve d'être de qualité, à une **labellisation de l'InVS** accompagnée d'un financement au moins partiel de la cellule d'évaluation et épidémiologie actuellement totalement financée par une AC.
- L'obtention d'un agrément d'organisme formateur permettrait la facturation de prestations de formations auprès d'organisme tels que les URPS, associations de professionnels ou les établissements, sans pour autant remettre en cause le principe de la gratuité individuelle. De manière plus générale, le RPN doit étudier l'opportunité et la possibilité de devenir acteur, et donc éventuellement bénéficiaire, du dispositif de développement personnel continu en cours d'implantation.

5 Recommandations : maintenir le niveau actuel de qualité tout en élargissant les champs d'action !

	Recommandations à court terme (2013)	Recommandations à moyen terme (2015)
Recommandations stratégiques	<ul style="list-style-type: none"> - Restreindre les activités de promotion du réseau sur le terrain, et les orienter vers les acteurs du champ médicosocial. A ce titre la mission des sages-femmes de proximité doit être actualisée : promotion médicosociale ? Renforcement de leurs missions d'expertise technique au détriment des actions de promotion ? - Regrouper les commissions spécialisées dont les thèmes sont circonscrits et les actions limitées dans le temps, au sein d'un nombre restreint de commissions plus larges et pérennes. - Poursuivre l'élargissement des thèmes d'intervention et populations cibles, en phase avec le PRS ; sont engagés les thèmes "allaitement", "IVG", "soutien psychosocial", "hémorragie de la délivrance" ; pourraient être étudiés : "groupes sociaux défavorisés", "aide médical à la procréation", "contraception", "vaccination"... (en cours) 	<ul style="list-style-type: none"> - Intégrer les acteurs du champ médicosocial et les associations d'usagers, pour permettre au RPNB promouvoir et coordonner des parcours de Santé de qualité en périnatalité (en cours). A ce titre, étudier l'opportunité, et, le cas échéant promouvoir des protocoles de coopération interprofessionnelle dans le champ de la périnatalité. - Maintenir voir renforcer la mission d'observation épidémiologique du RPNB (financée actuellement en AC), en appui au suivi des priorités régionales du PRS. A ce titre des registres spécialisés pourraient être développés en concertation avec l'ARS. - Diversifier les ressources financières du réseau : obtention d'un agrément de formation ? Inscription dans le dispositif de DPC ? Labellisation d'une activité de registre ? - Développer une démarche d'évaluation médico-économique pour toutes interventions mises en œuvre par le réseau.
Recommandations opérationnelles	<ul style="list-style-type: none"> - Consolider et alléger la gestion interne des systèmes d'information : <ul style="list-style-type: none"> - Compléter la procédure de déclaration à la CNIL de l'application EVAMED. - Etudier l'opportunité de transférer le site internet et l'application EVAMED au GCS Télésanté de Basse-Normandie. - Ne pas dématérialiser le dossier prénatal partagé (n'est pas envisagé !). - Etudier la faisabilité de l'automatisation de l'analyse des transferts in utéro. - Actualiser les statuts de l'association (substitution de ou des URPS à l'URML au sein du CA). - Systématiser l'implication du Bureau dans le suivi managérial de la cellule de coordination. 	<ul style="list-style-type: none"> - Etudier l'opportunité d'élargir le programme "petit deviendra grand" à d'autres groupes d'enfants à risques (implique une évaluation médico-économique d'impact). - Compléter l'offre de formation professionnelle continue par des outils d'enseignement à distance (en cours)

6 ANNEXE

6.1 Annexe 1 - Grille synthétique de l'évaluation

Ce modèle de cette grille synthétique est proposé dans la circulaire DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007.

RESEAU	Nom organisme évaluateur	Date évaluation	Organisation et fonctionnement du réseau				Participation et intégration des acteurs				Prise en charge du patient par les acteurs et impacts sur les pratiques professionnelles				Evaluation médico-économique Coût/résultats				Evaluation globale du réseau			
			A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D
Réseau de périnatalité de Basse-Normandie	KADRIS Consultants	Mars 2013	X				X				X					X			X			

6.2 Annexe 2 - Liste des personnes interrogées (hors ARS)

Organisation	Nom	Fonction
Association "Réseau de santé du Bessin"	Mme Saguez	responsable
Association Accueillir son enfant	Mme Duteil	président
Association Accueillir son enfant	Mme Dérangère	coordinatrice
Association Souris verte	Mme Françoise	référent
Association RENOAL	Mme Mercier	président (pédiatre)
CHU de Caen	Pr Guillois	pédiatre, chef de service néonatalogie
Conseil général du Calvados	Dr Pham Daubin Châu	DGA de l'action sociale et directeur PMI (pédiatre)
FIDORG	M Beau	commissaire aux comptes
GCS Télésanté	M Angot	directeur du GCS
HAD	HAD 14230 La Cambe	
HAD	HAD 61400 Saint-Langis-lès-Mortagne	
HAD	HAD Centre Maubert 61100 Flers	
HAD	HAD d'Alençon 61250 Condé-sur-Sarthe	
HAD	HAD 14107 Lisieux	
HAD	HAD14400 Bayeux	
HAD	HAD 14610 Colomby sur Thaon	
PMI	Dr Goriaux	médecin départemental
Réseau périnatalité RPBN	Pr Guillois	vice président
Réseau périnatalité RPBN	Mme Boscher	secrétaire comptable
Réseau périnatalité RPBN	Dr Coudray	président (gynécologue)
Réseau périnatalité RPBN	Mme Guerrin	coordinateur puériculture depuis 2013
Réseau périnatalité RPBN	Mme Leroy	secrétaire 2002 - 2012
Réseau périnatalité RPBN	Mme Leroyer Bartolacci	Coordinateur puériculture 2010 - 2012
Réseau périnatalité RPBN	Mme Letardif	coordinateur général
Réseau périnatalité RPBN	M Prime	attaché de recherche clinique
Réseau périnatalité RPBN	Dr Thibon	médecin épidémiologiste
Réseau périnatalité RPBN	Mme Varango	sage-femme de proximité (Manche)
SSIAD		
	SSIAD 50000 Saint-Lô	
SSIAD	SSIAD+B561400 Saint-Langis-lès-Mortagne	
SSIAD & HAD	Croix-Rouge Française 14054 Caen	

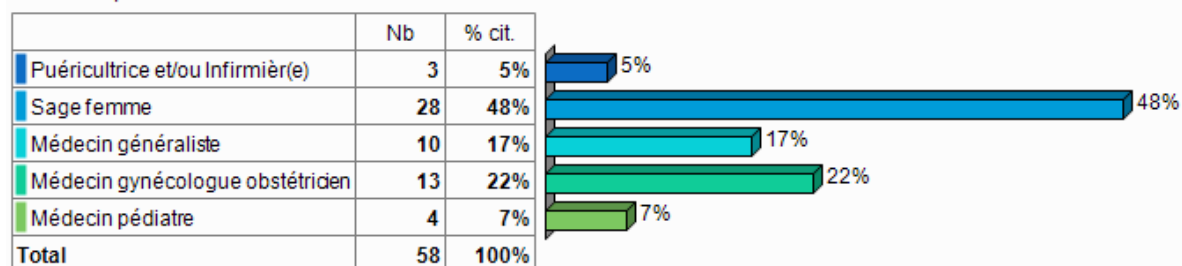
6.3 Annexe 3 - résultats de l'enquête auprès professionnels de santé

6.3.1 Dépouillement de toutes les réponses reçues (n = 70 sur 687)

Caractéristiques du répondant

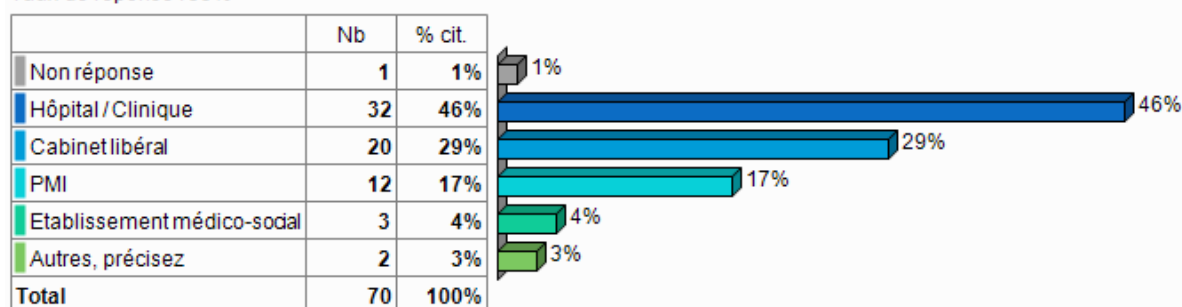
A quelle catégorie professionnelle appartenez-vous ?

Taux de réponse : 100%



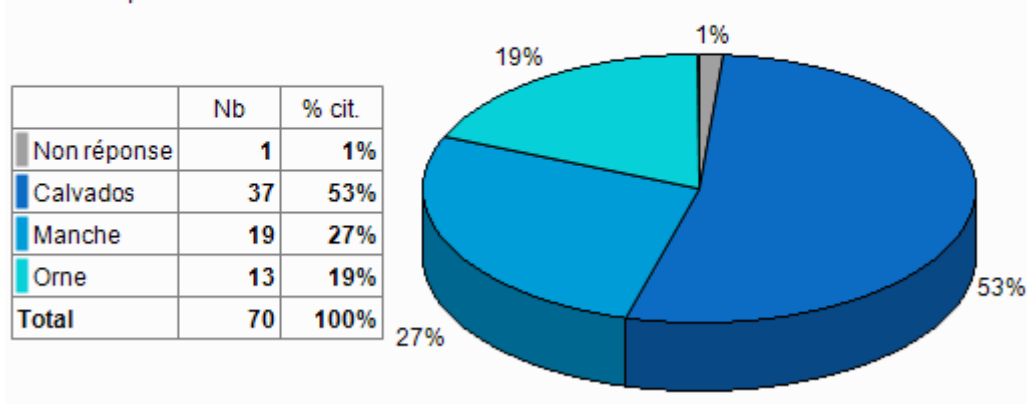
Dans quel cadre exercez-vous principalement ?

Taux de réponse : 99%



Dans quel département exercez-vous principalement votre activité (plus de la moitié de votre temps) ?

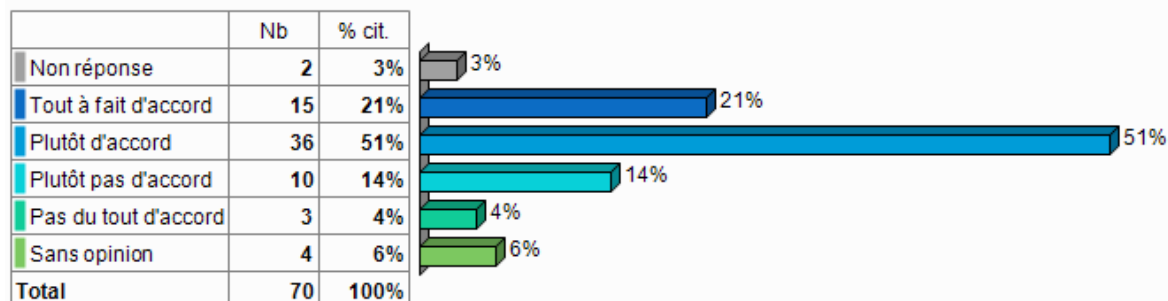
Taux de réponse : 99%



Capacité à rassembler les professionnels

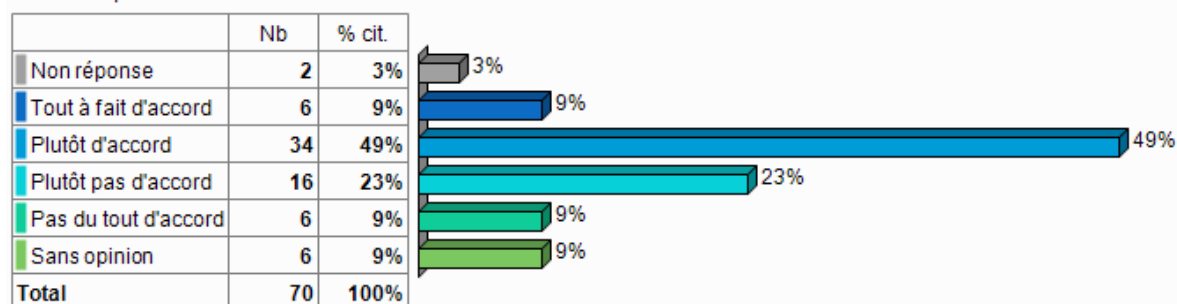
Le réseau vous a aidé à mieux identifier l'offre en professionnels et services de santé susceptibles de participer à la prise en charge pluridisciplinaire de vos patients

Taux de réponse : 97%



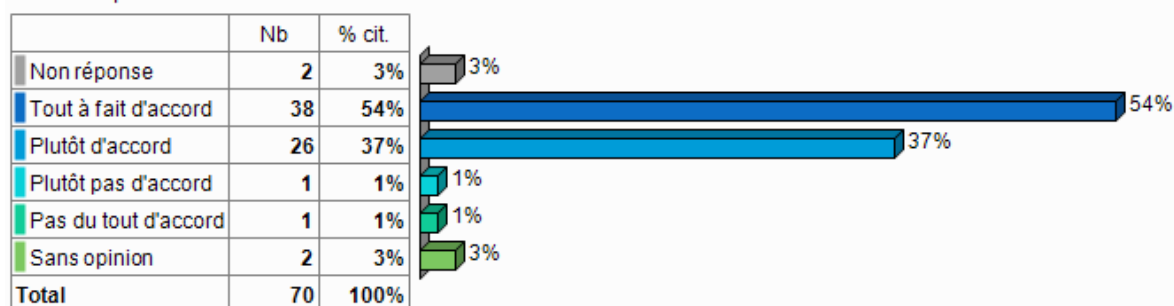
Le réseau vous a permis d'identifier différents types d'offres et de services auxquels vous n'aviez jusque là pas eu recours pour la prise en charge de vos patients

Taux de réponse : 97%



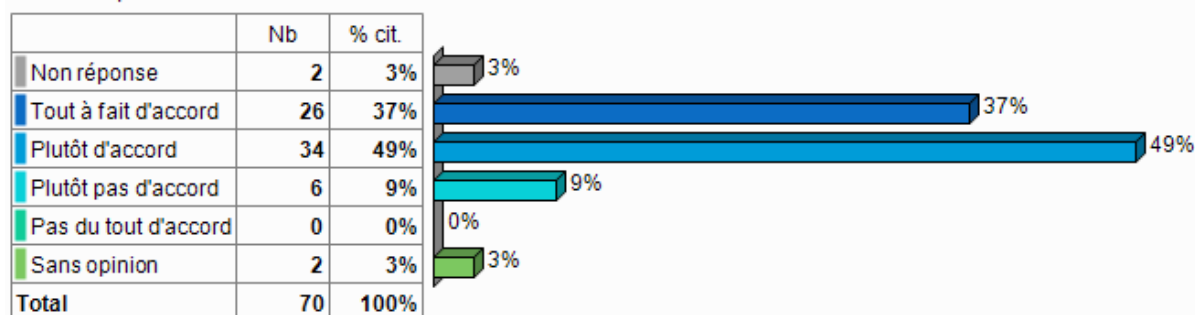
La participation dans le réseau Périnatalité d'autres professionnels de santé (autres que médecins et sages femmes) est utile à l'organisation de la prise en charge de vos patients

Taux de réponse : 97%



Le réseau et ses outils de communication facilitent l'échange interprofessionnel d'informations relatives à la santé de vos patients

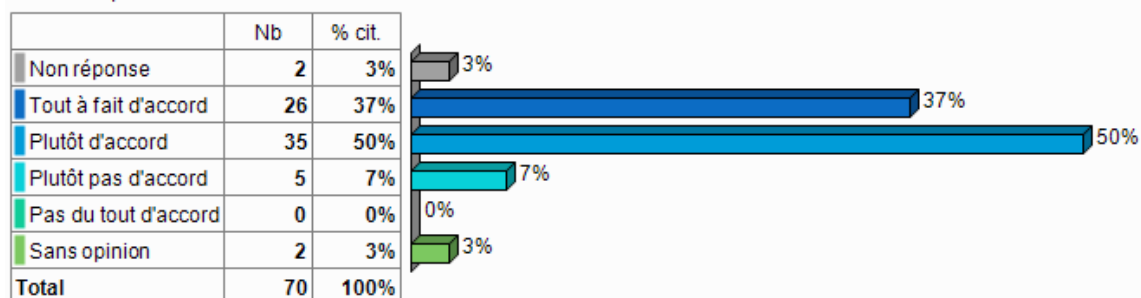
Taux de réponse : 97%



Impact sur la prise en charge des patients

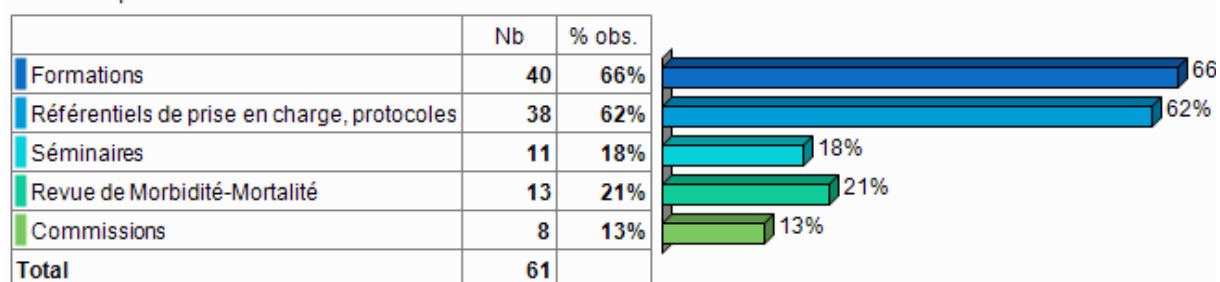
Les outils développés par le réseau (formations, protocoles, ...) vous ont amené à changer au moins une de vos pratiques de soins dans le cadre du suivi et de la prise en charge de vos patients

Taux de réponse : 97%



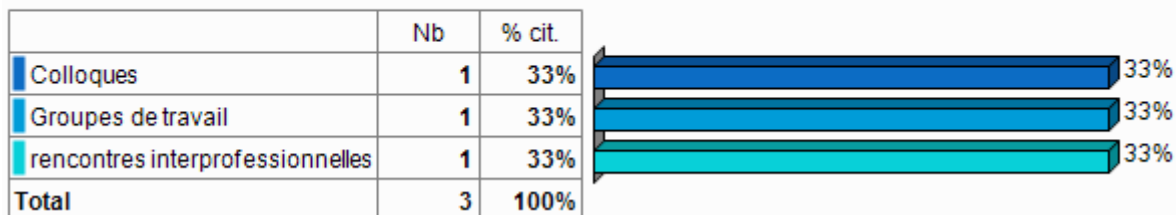
Si vous avez répondu "tout à fait d'accord" ou "Plutôt d'accord", à la question n°8 pourriez-vous spécifier lesquelles ?

Taux de réponse : 100%



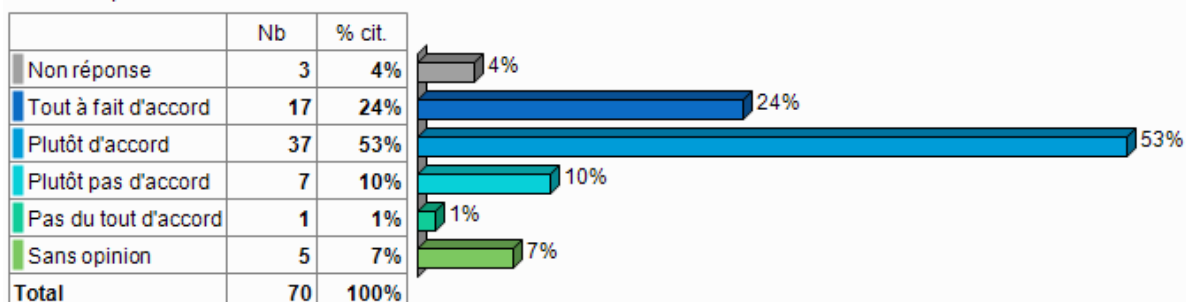
Si 'Autre (précisez)', précisez :

Taux de réponse : 100%



Le réseau et ses outils facilitent l'insertion de vos patients dans un parcours de soins adapté à leurs besoins (qu'ils s'agissent de type de service requis ou de proximité géographique)

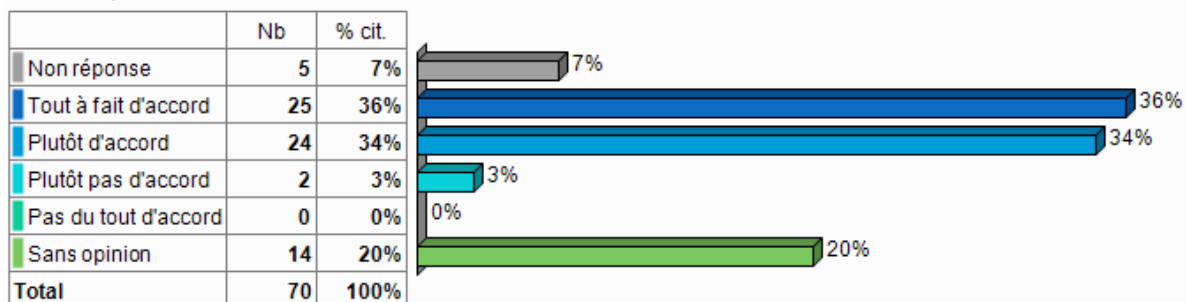
Taux de réponse : 96%



Pertinence des outils disponibles mis à disposition

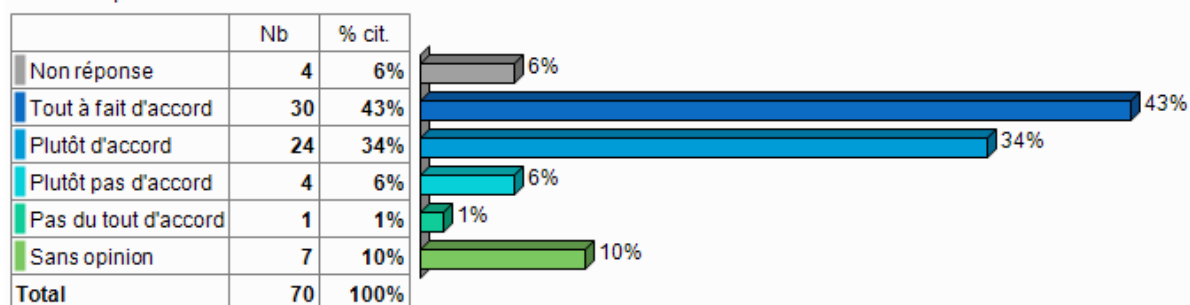
Les formations et séminaires organisés par le réseau répondent à des problèmes que vous rencontrez ou êtes susceptibles de rencontrer dans votre pratique professionnelle (si vous n'avez pas suivi de telles formations, cochez "sans opinion")

Taux de réponse : 93%



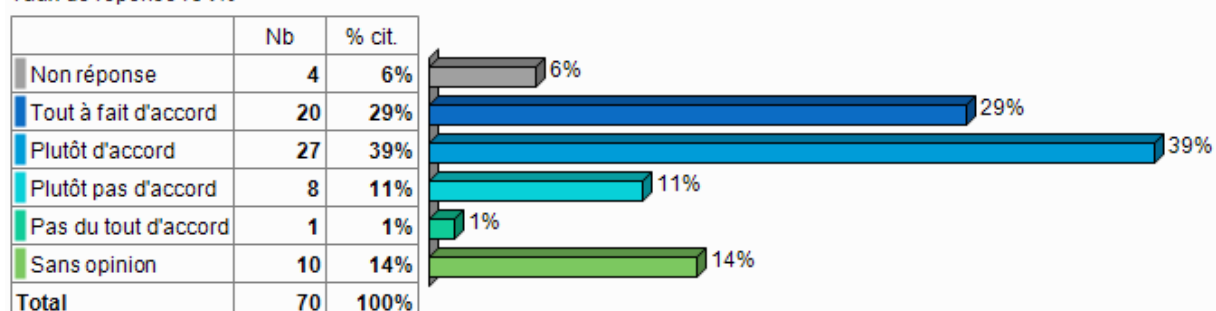
Les formations et séminaires organisés par le réseau vous semblent accessibles concernant les programmes diffusés

Taux de réponse : 94%



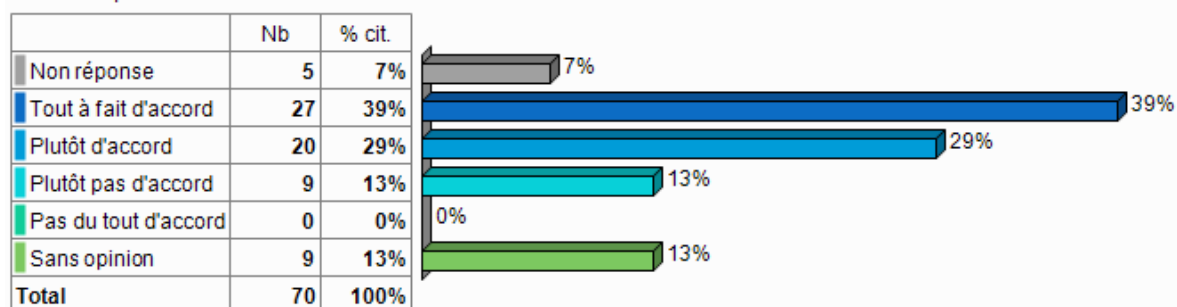
Les formations et séminaires organisés par le réseau vous semblent accessibles concernant les horaires

Taux de réponse : 94%



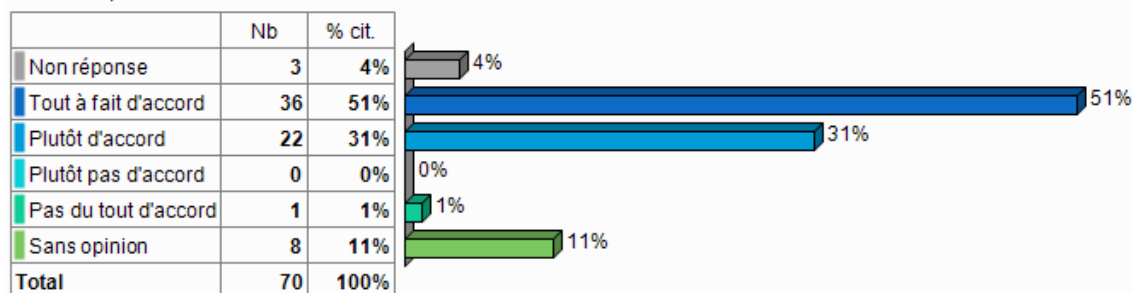
Les formations et séminaires organisés par le réseau vous semblent accessibles concernant l'accessibilité des lieux d'animation

Taux de réponse : 93%



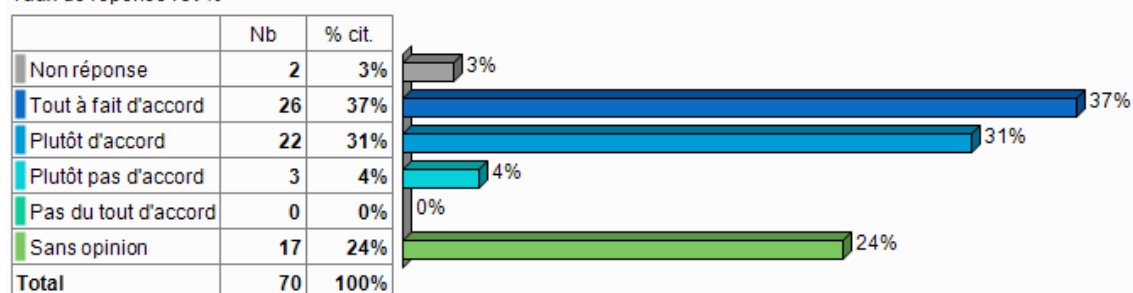
L'organisation de réunions d'échanges de pratiques entre professionnels de santé ambulatoires et hospitaliers est utile à l'amélioration de l'organisation des parcours de santé de vos patients

Taux de réponse : 96%



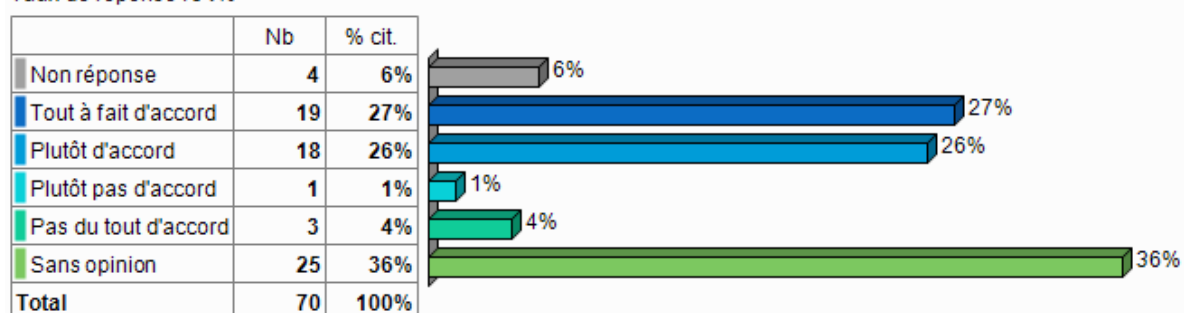
Les protocoles et recommandations professionnelles développés dans le cadre du réseau sont adaptés à vos besoins (si vous n'avez pas accès à de tels protocoles, cochez "sans opinion")

Taux de réponse : 97%



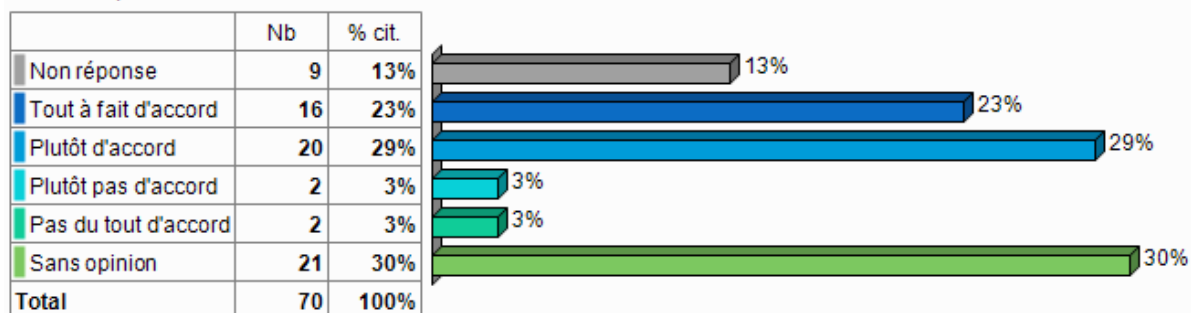
L'utilisation du dossier périnatalité partagé (suivi de grossesse) améliore la qualité médicale de votre prise en charge de vos patients (si vous n'utilisez pas ce dossier, cochez "sans opinion")

Taux de réponse : 94%



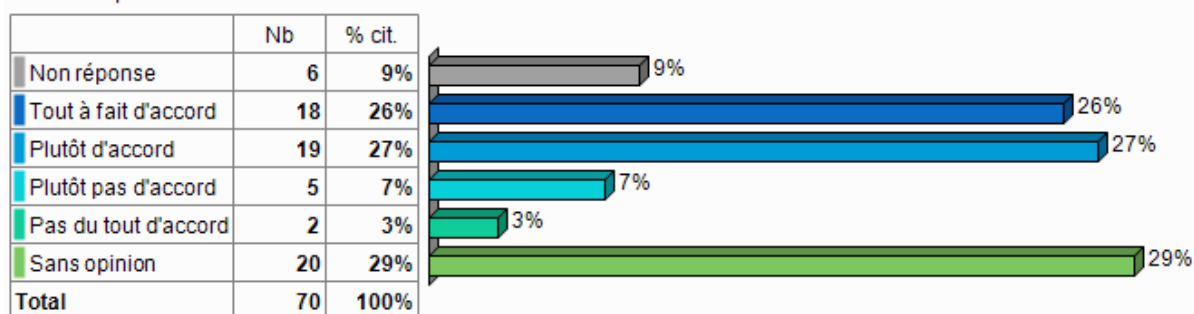
Si vous utilisez le dossier périnatalité partagé, son utilisation facilite votre suivi de vos patients

Taux de réponse : 87%



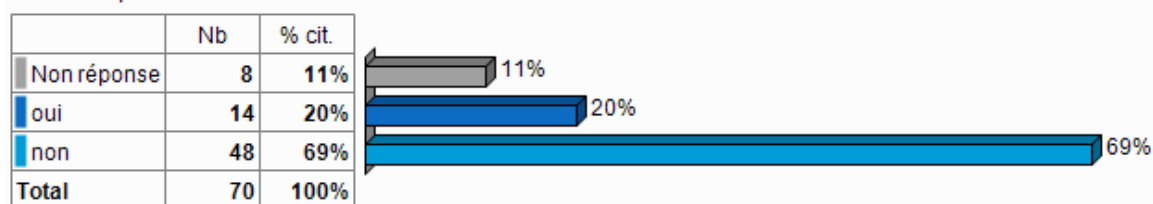
Le dossier périnatalité partagé actuellement en papier doit être complété par une application numérisée accessible en ligne

Taux de réponse : 91%



Etes-vous sollicité ou avez-vous choisi d'utiliser d'autres dossiers médicaux de suivi de grossesse ?

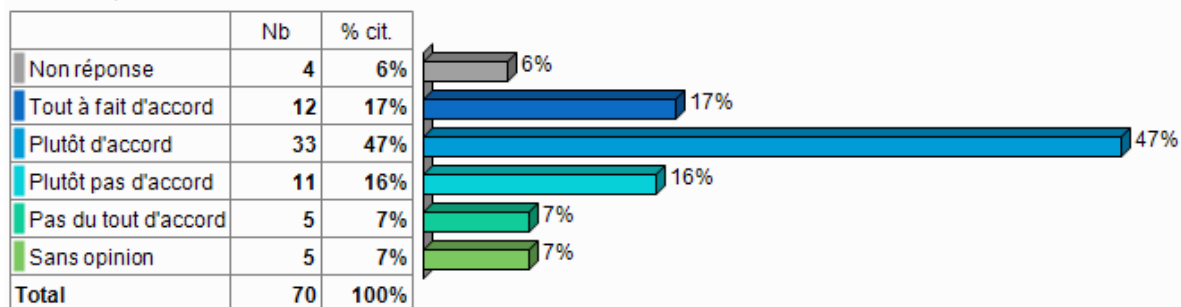
Taux de réponse : 89%



Perspectives

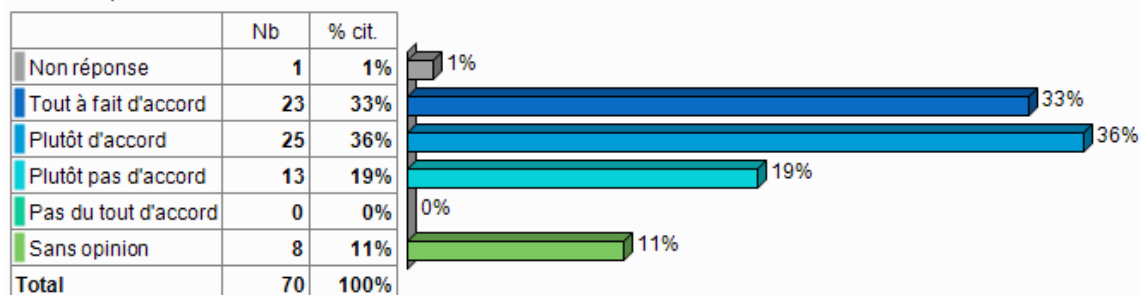
Le réseau doit être le coordinateur du parcours pluridisciplinaire de santé de chacun vos patients

Taux de réponse : 94%



Il vous est facile d'identifier un interlocuteur au sein du réseau pour faire part de vos suggestions sur les activités qu'il pourrait mener (protocole, réunion, annuaire, site internet...)

Taux de réponse : 99%

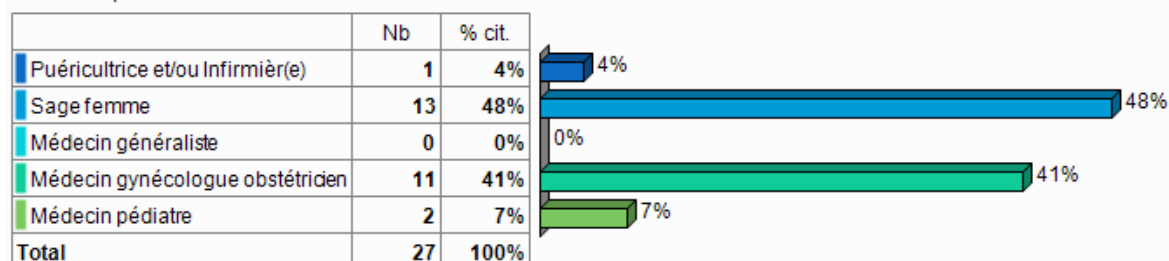


6.3.2 Dépouillement des réponses des personnels hospitaliers (n=32)

Caractéristiques du répondant

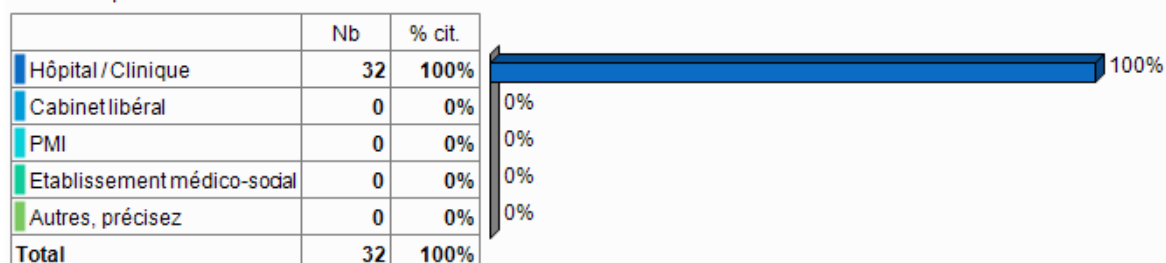
A quelle catégorie professionnelle appartenez-vous ?

Taux de réponse : 100%



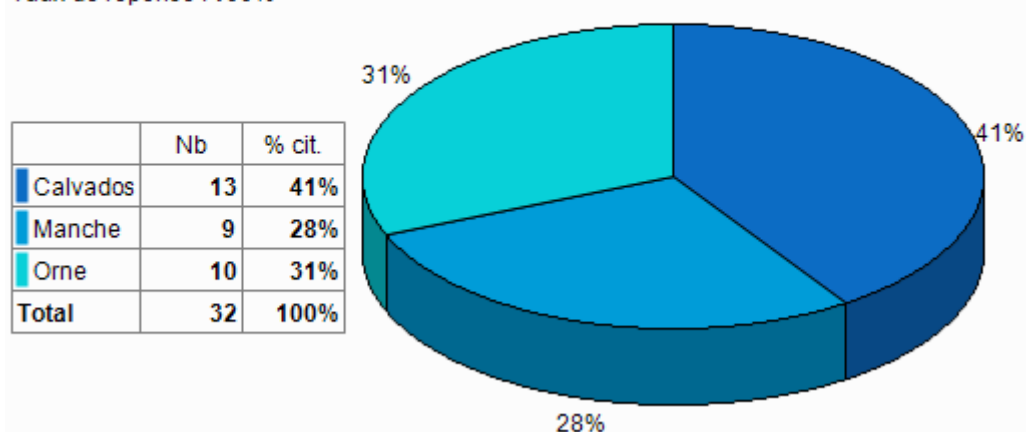
Dans quel cadre exercez-vous principalement ?

Taux de réponse : 100%



Dans quel département exercez-vous principalement votre activité (plus de la moitié de votre temps) ?

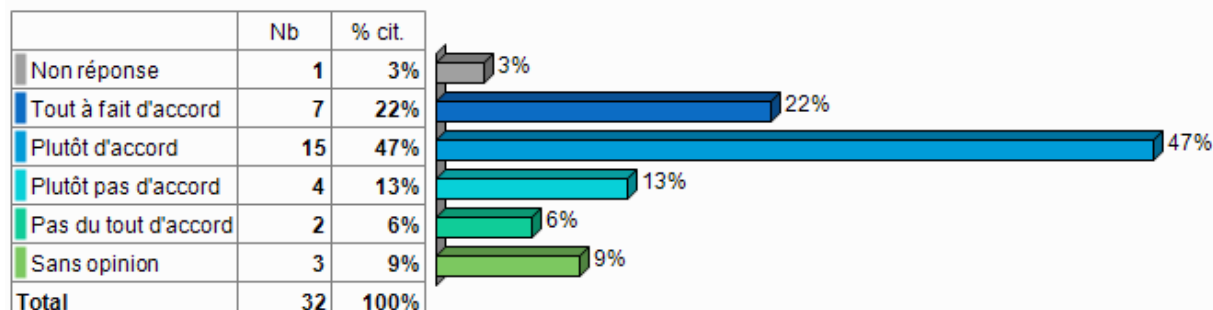
Taux de réponse : 100%



Capacité à rassembler les professionnels

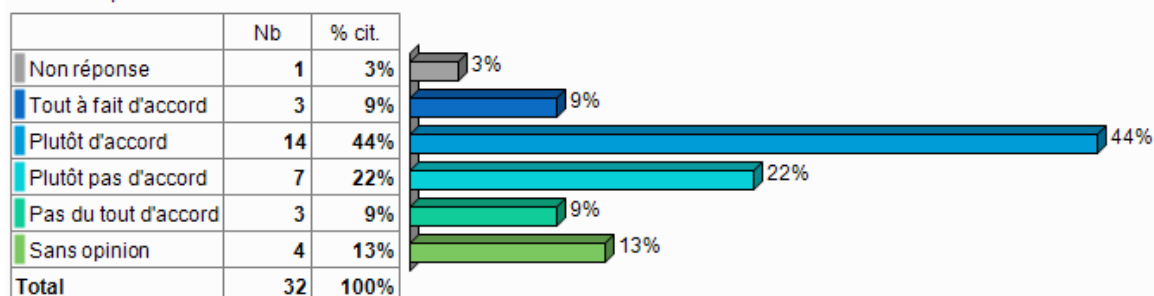
Le réseau vous a aidé à mieux identifier l'offre en professionnels et services de santé susceptibles de participer à la prise en charge pluridisciplinaire de vos patients

Taux de réponse : 97%



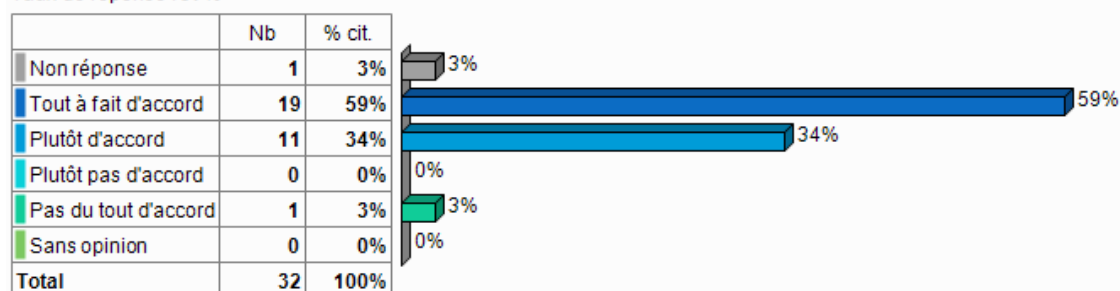
Le réseau vous a permis d'identifier différents types d'offres et de services auxquels vous n'aviez jusque là pas eu recours pour la prise en charge de vos patients

Taux de réponse : 97%



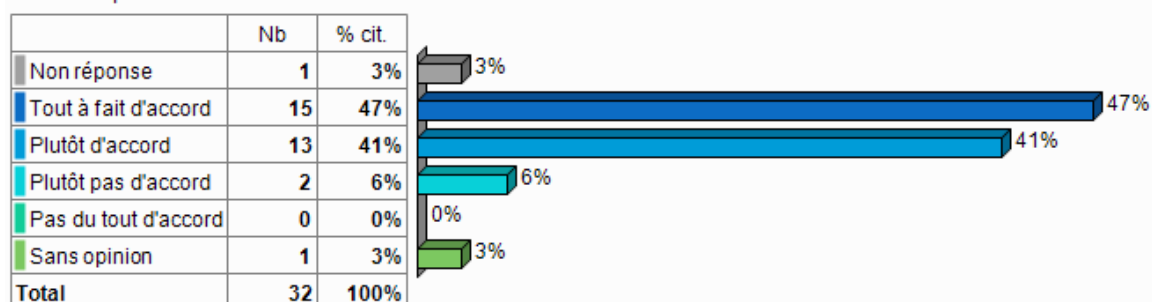
La participation dans le réseau Périnatalité d'autres professionnels de santé (autres que médecins et sages femmes) est utile à l'organisation de la prise en charge de vos patients

Taux de réponse : 97%



Le réseau et ses outils de communication facilitent l'échange interprofessionnel d'informations relatives à la santé de vos patients

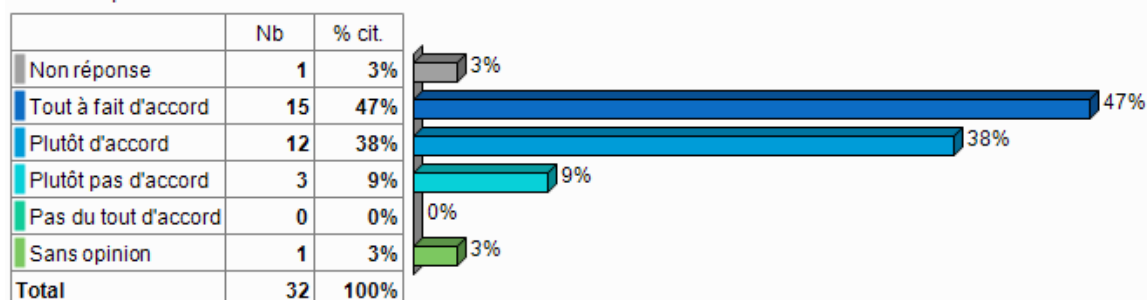
Taux de réponse : 97%



Impact sur la prise en charge des patients

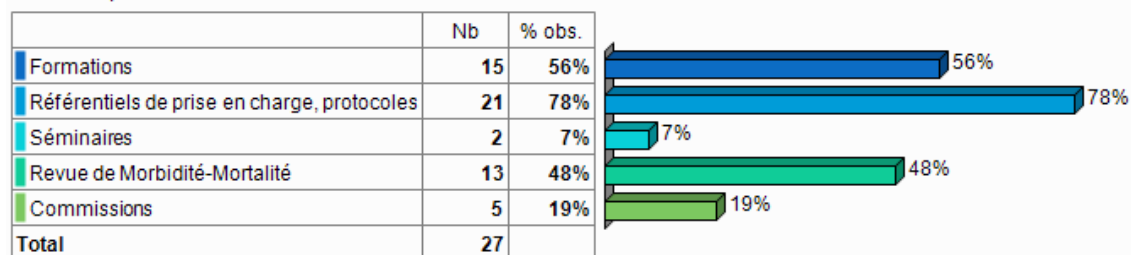
Les outils développés par le réseau (formations, protocoles, ...) vous ont amené à changer au moins une de vos pratiques de soins dans le cadre du suivi et de la prise en charge de vos patients

Taux de réponse : 97%



Si vous avez répondu "tout à fait d'accord" ou "Plutôt d'accord", à la question n°8 pourriez-vous spécifier lesquelles ?

Taux de réponse : 100%



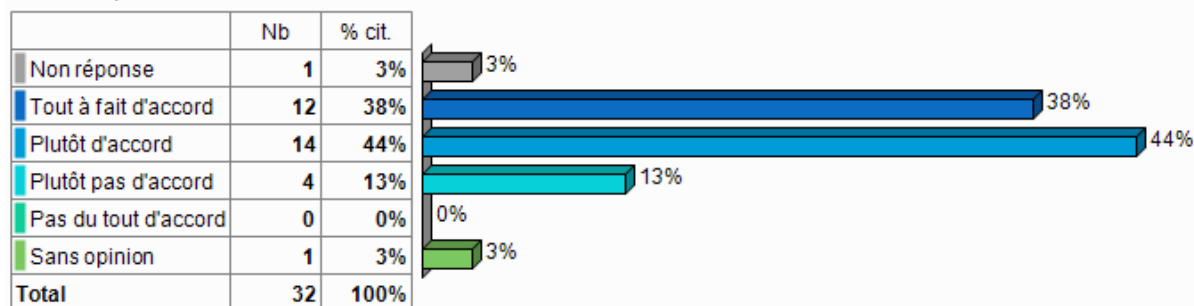
Si 'Autre (précisez)', précisez :

Taux de réponse : 100%



Le réseau et ses outils facilitent l'insertion de vos patients dans un parcours de soins adapté à leurs besoins (qu'ils s'agissent de type de service requis ou de proximité géographique)

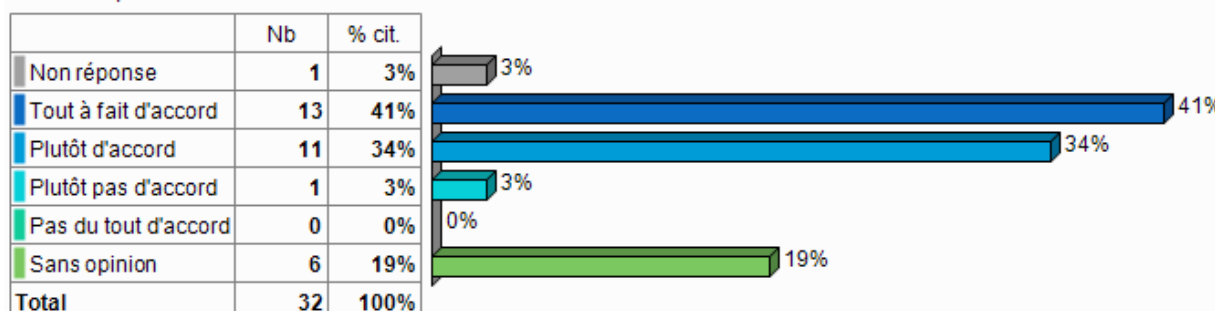
Taux de réponse : 97%



Pertinence des outils disponibles mis à disposition

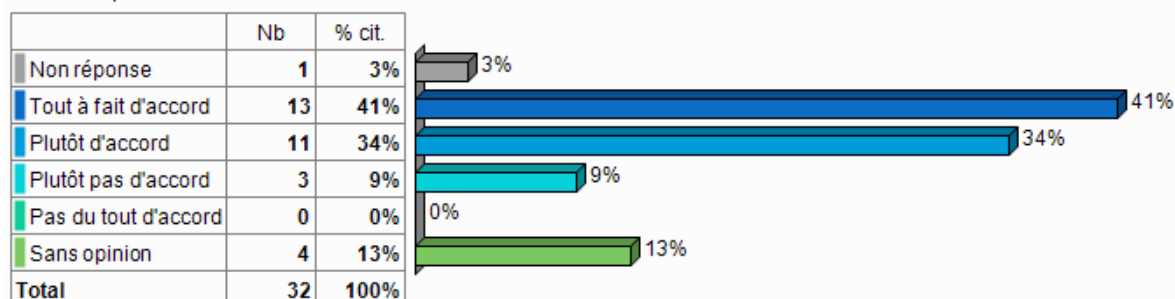
Les formations et séminaires organisés par le réseau répondent à des problèmes que vous rencontrez ou êtes susceptibles de rencontrer dans votre pratique professionnelle (si vous n'avez pas suivi de telles formations, cochez "sans opinion")

Taux de réponse : 97%



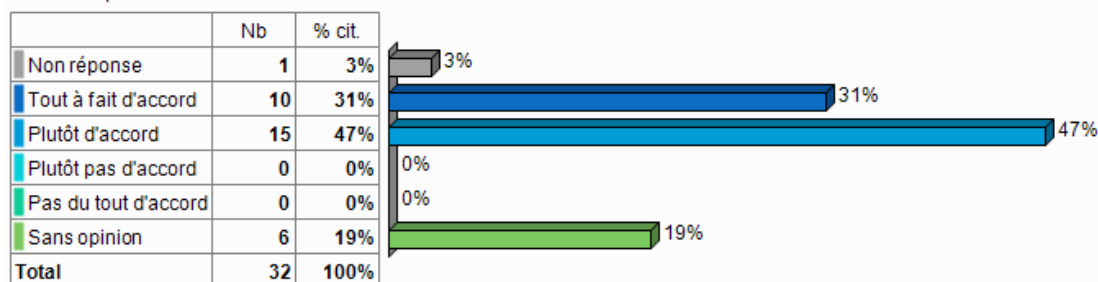
Les formations et séminaires organisés par le réseau vous semblent accessibles concernant les programmes diffusés

Taux de réponse : 97%



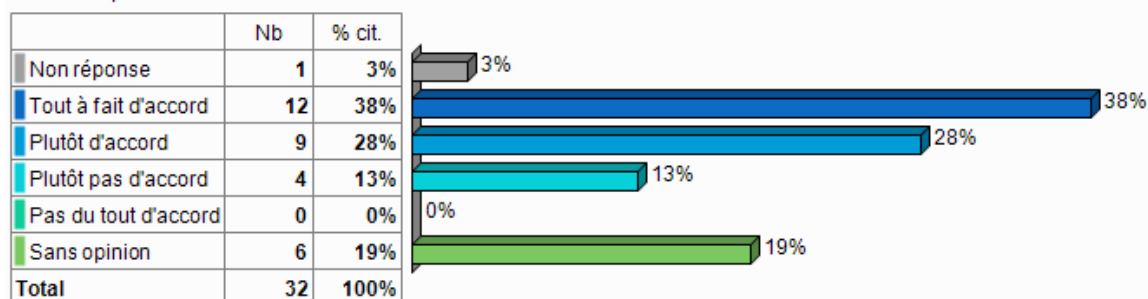
Les formations et séminaires organisés par le réseau vous semblent accessibles concernant les horaires

Taux de réponse : 97%



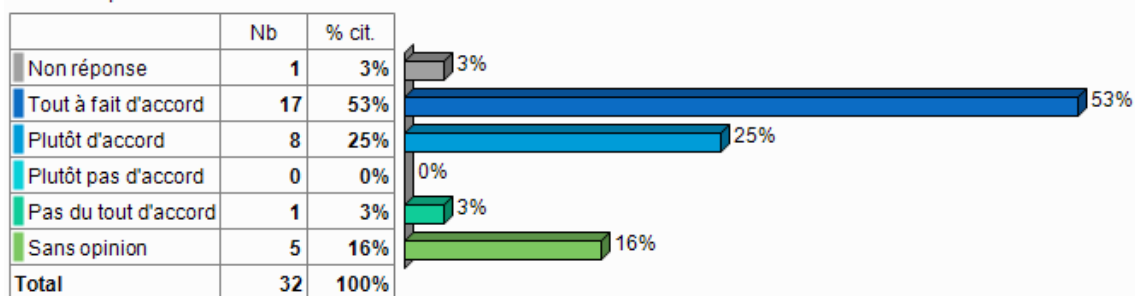
Les formations et séminaires organisés par le réseau vous semblent accessibles concernant l'accessibilité des lieux d'animation

Taux de réponse : 97%



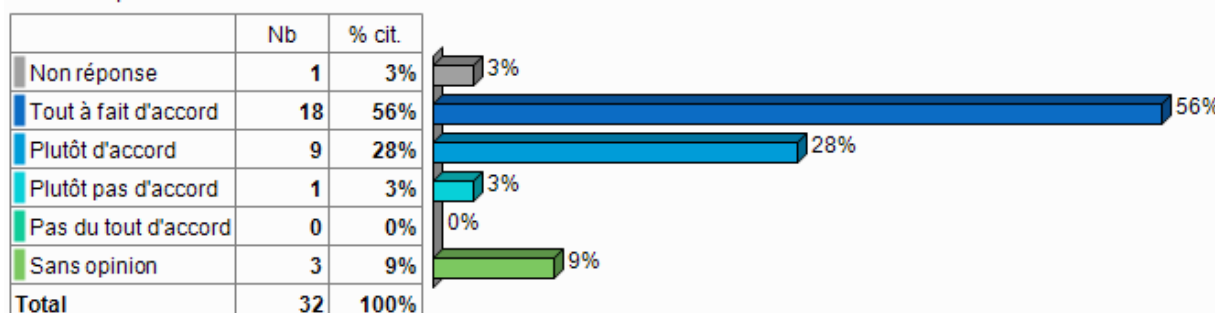
L'organisation de réunions d'échanges de pratiques entre professionnels de santé ambulatoires et hospitaliers est utile à l'amélioration de l'organisation des parcours de santé de vos patients

Taux de réponse : 97%



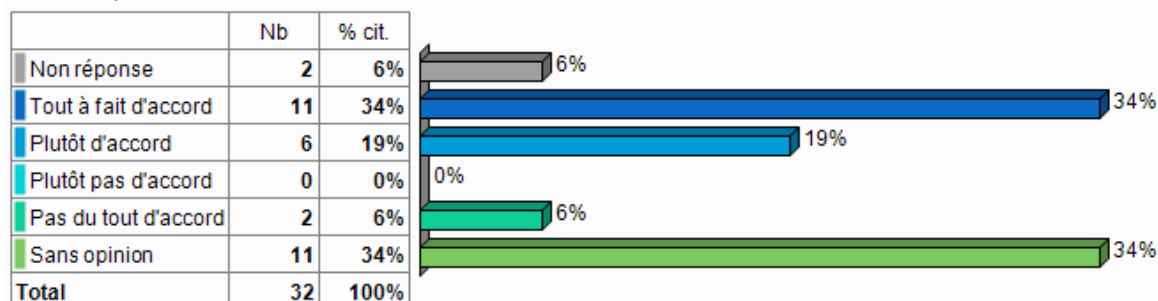
Les protocoles et recommandations professionnelles développés dans le cadre du réseau sont adaptés à vos besoins (si vous n'avez pas accès à de tels protocoles, cochez "sans opinion")

Taux de réponse : 97%



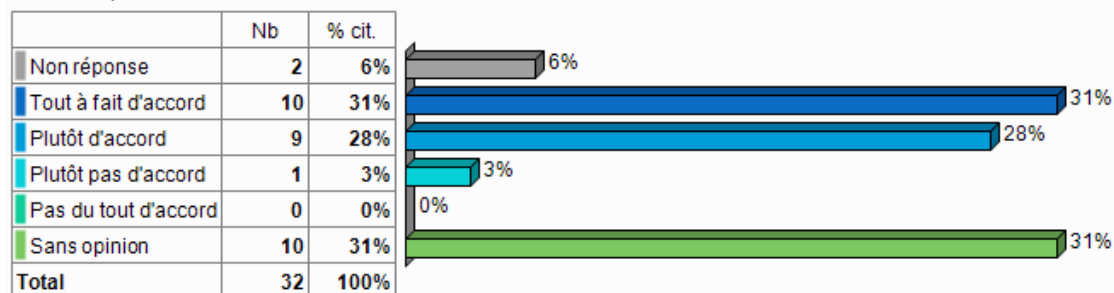
L'utilisation du dossier périnatalité partagé (suivi de grossesse) améliore la qualité médicale de votre prise en charge de vos patients (si vous n'utilisez pas ce dossier, cochez "sans opinion")

Taux de réponse : 94%



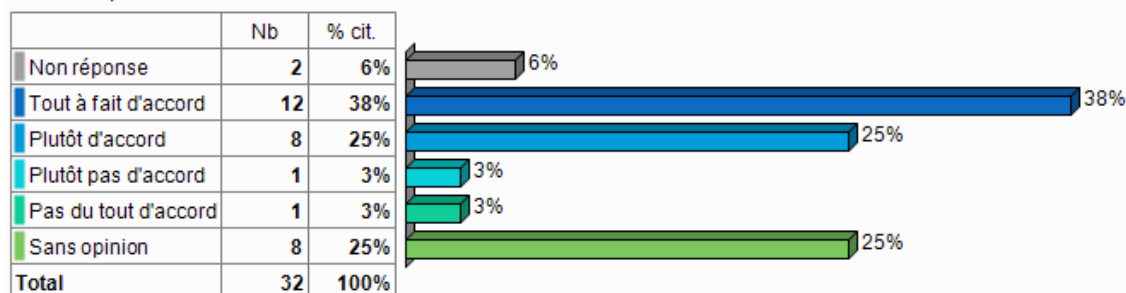
Si vous utilisez le dossier périnatalité partagé, son utilisation facilite votre suivi de vos patients

Taux de réponse : 94%



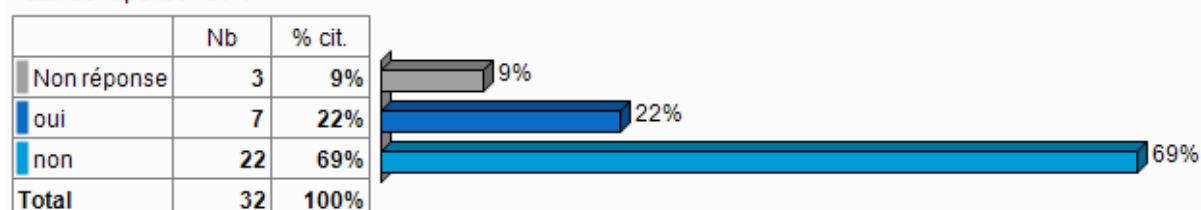
Le dossier périnatalité partagé actuellement en papier doit être complété par une application numérisée accessible en ligne

Taux de réponse : 94%



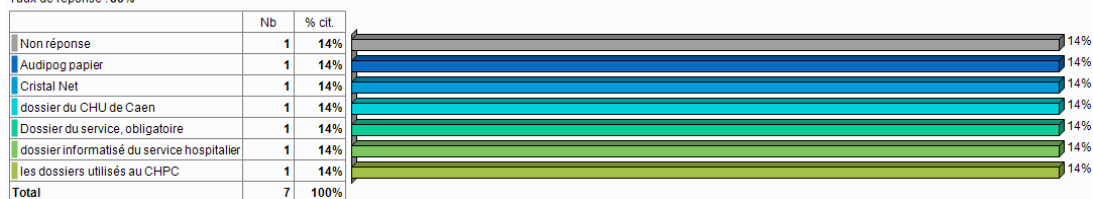
Etes-vous sollicité ou avez-vous choisi d'utiliser d'autres dossiers médicaux de suivi de grossesse ?

Taux de réponse : 91%



Si oui, lesquels?

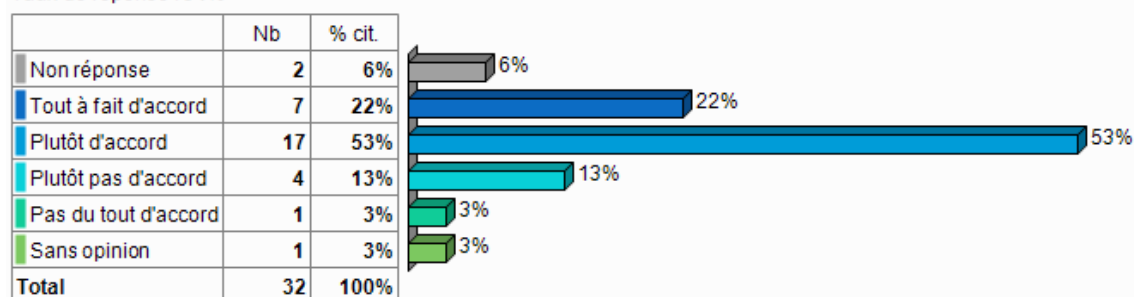
Taux de réponse : 86%



Perspectives

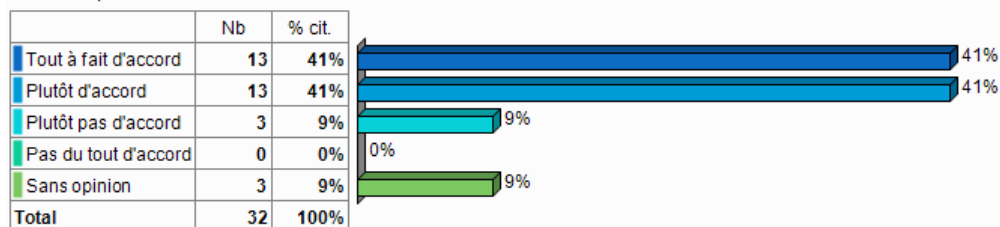
Le réseau doit être le coordinateur du parcours pluridisciplinaire de santé de chacun vos patients

Taux de réponse : 94%



Il vous est facile d'identifier un interlocuteur au sein du réseau pour faire part de vos suggestions sur les activités qu'il pourrait mener (protocole, réunion, annuaire, site internet...)

Taux de réponse : 100%



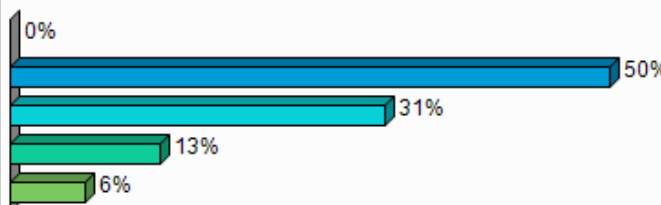
6.3.3 Dépouillement des réponses des personnels exerçant en cabinet libéral (n=20)

Caractéristiques du répondant

A quelle catégorie professionnelle appartenez-vous ?

Taux de réponse : 100%

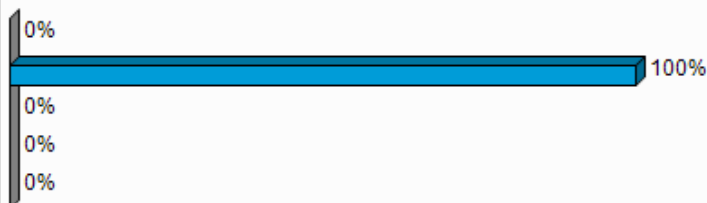
	Nb	% cit.
Puéricultrice et/ou Infirmier(e)	0	0%
Sage femme	8	50%
Médecin généraliste	5	31%
Médecin gynécologue obstétricien	2	13%
Médecin pédiatre	1	6%
Total	16	100%



Dans quel cadre exercez-vous principalement ?

Taux de réponse : 100%

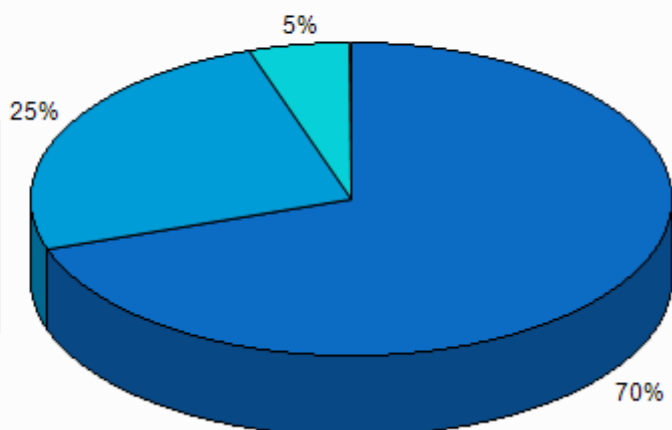
	Nb	% cit.
Hôpital / Clinique	0	0%
Cabinet libéral	20	100%
PMI	0	0%
Etablissement médico-social	0	0%
Autres, précisez	0	0%
Total	20	100%



Dans quel département exercez-vous principalement votre activité (plus de la moitié de votre temps) ?

Taux de réponse : 100%

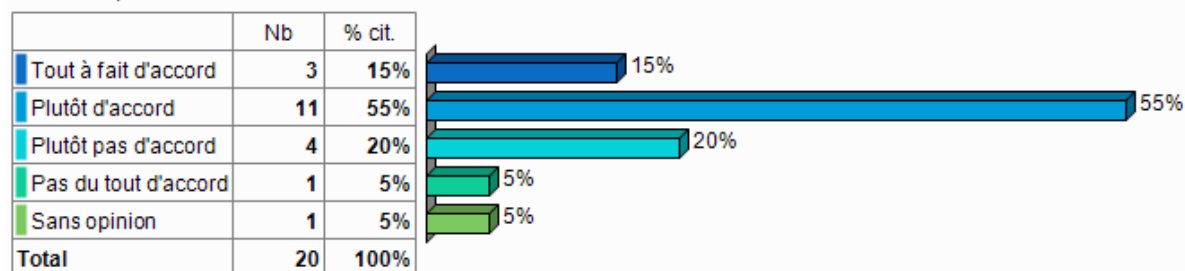
	Nb	% cit.
Calvados	14	70%
Manche	5	25%
Orne	1	5%
Total	20	100%



Capacité à rassembler les professionnels

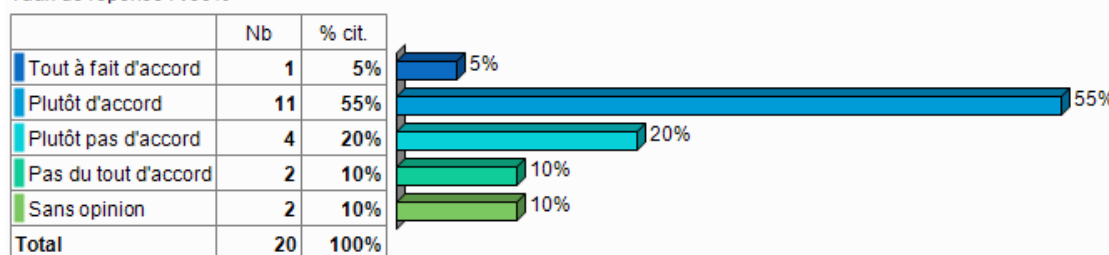
Le réseau vous a aidé à mieux identifier l'offre en professionnels et services de santé susceptibles de participer à la prise en charge pluridisciplinaire de vos patients

Taux de réponse : 100%



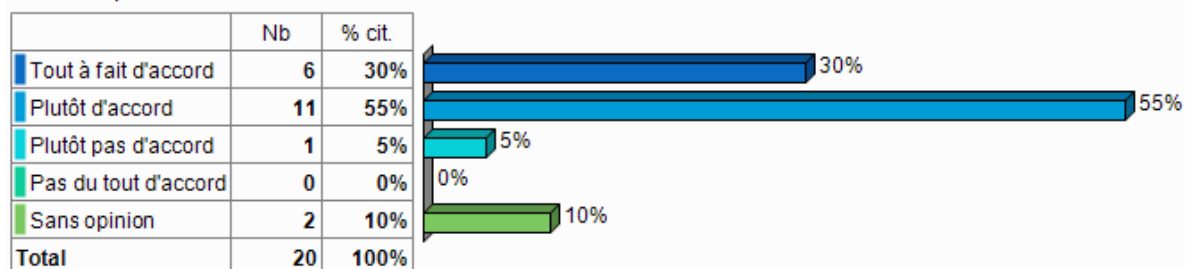
Le réseau vous a permis d'identifier différents types d'offres et de services auxquels vous n'aviez jusque là pas eu recours pour la prise en charge de vos patients

Taux de réponse : 100%



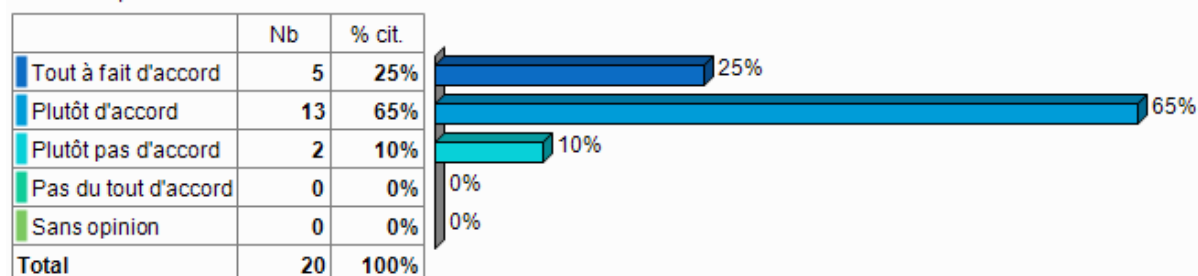
La participation dans le réseau Périnatalité d'autres professionnels de santé (autres que médecins et sages femmes) est utile à l'organisation de la prise en charge de vos patients

Taux de réponse : 100%



Le réseau et ses outils de communication facilitent l'échange interprofessionnel d'informations relatives à la santé de vos patients

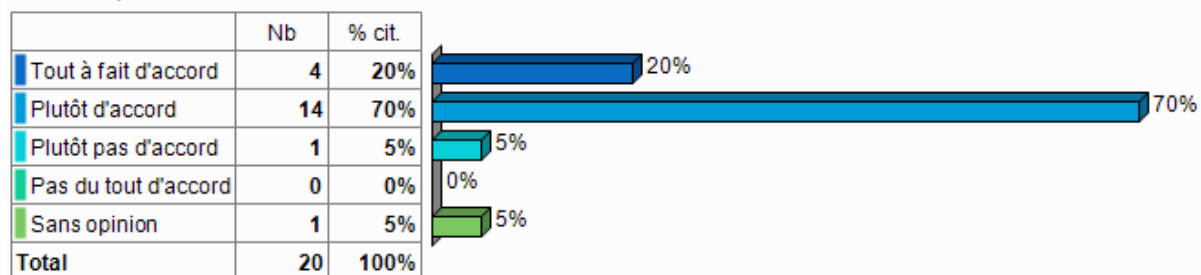
Taux de réponse : 100%



Impact sur la prise en charge des patients

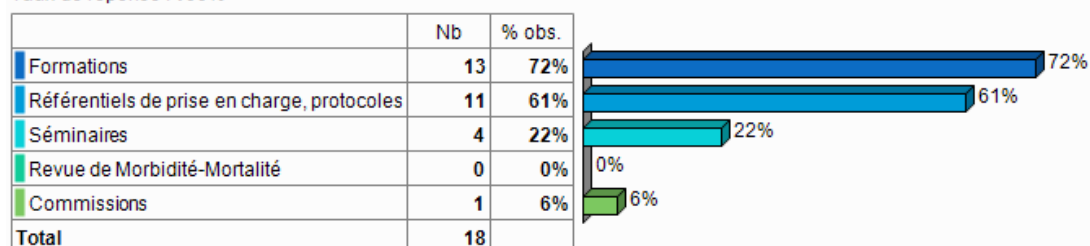
Les outils développés par le réseau (formations, protocoles, ...) vous ont amené à changer au moins une de vos pratiques de soins dans le cadre du suivi et de la prise en charge de vos patients

Taux de réponse : 100%



Si vous avez répondu "tout à fait d'accord" ou "Plutôt d'accord", à la question n°8 pourriez-vous spécifier lesquelles ?

Taux de réponse : 100%

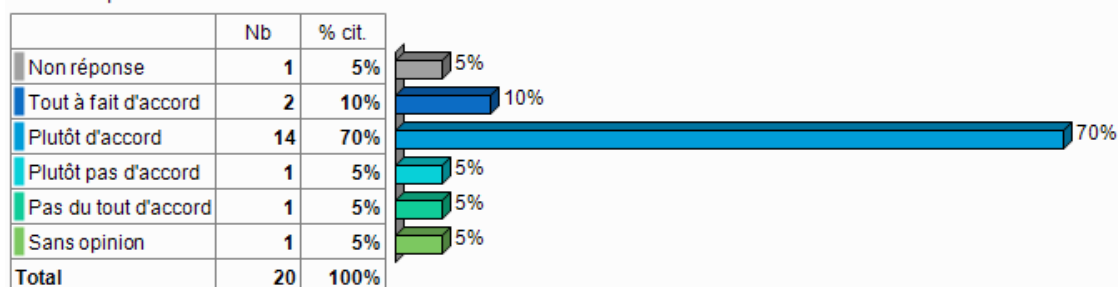


Si 'Autre (précisez)', précisez :

Taux de réponse : 0%

Le réseau et ses outils facilitent l'insertion de vos patients dans un parcours de soins adapté à leurs besoins (qu'ils s'agissent de type de service requis ou de proximité géographique)

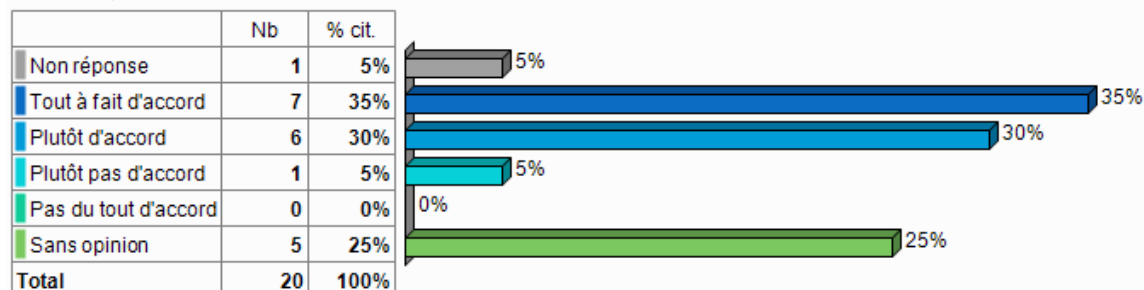
Taux de réponse : 95%



Pertinence des outils disponibles mis à disposition

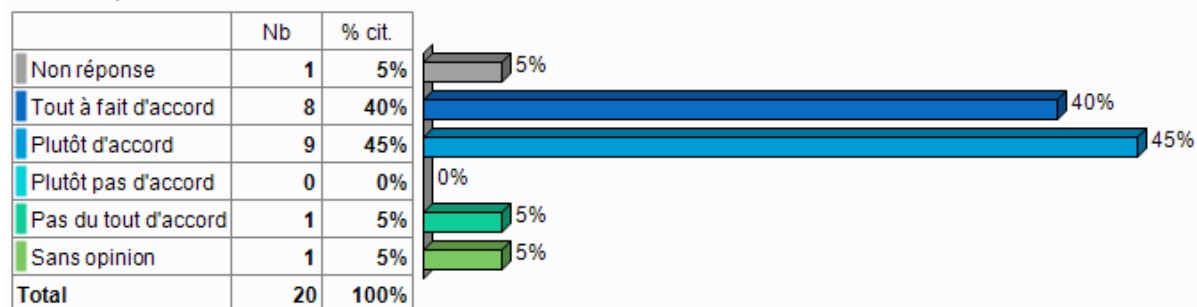
Les formations et séminaires organisés par le réseau répondent à des problèmes que vous rencontrez ou êtes susceptibles de rencontrer dans votre pratique professionnelle (si vous n'avez pas suivi de telles formations, cochez "sans opinion")

Taux de réponse : 95%



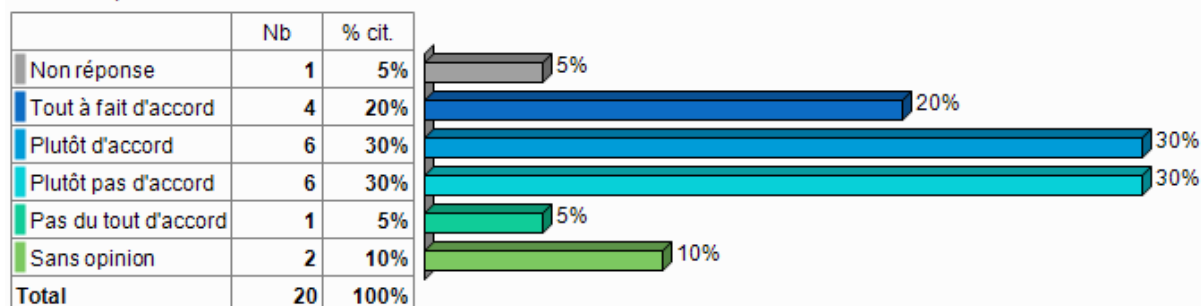
Les formations et séminaires organisés par le réseau vous semblent accessibles concernant les programmes diffusés

Taux de réponse : 95%



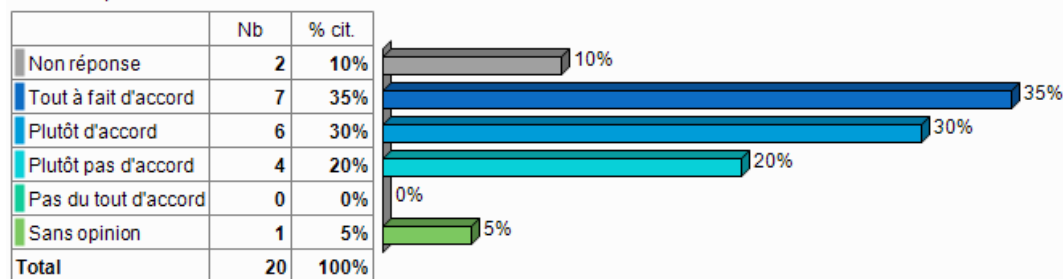
Les formations et séminaires organisés par le réseau vous semblent accessibles concernant les horaires

Taux de réponse : 95%



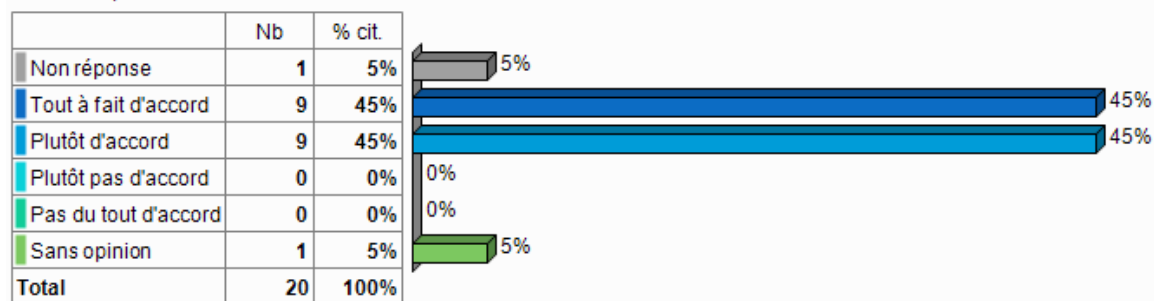
Les formations et séminaires organisés par le réseau vous semblent accessibles concernant l'accessibilité des lieux d'animation

Taux de réponse : 90%



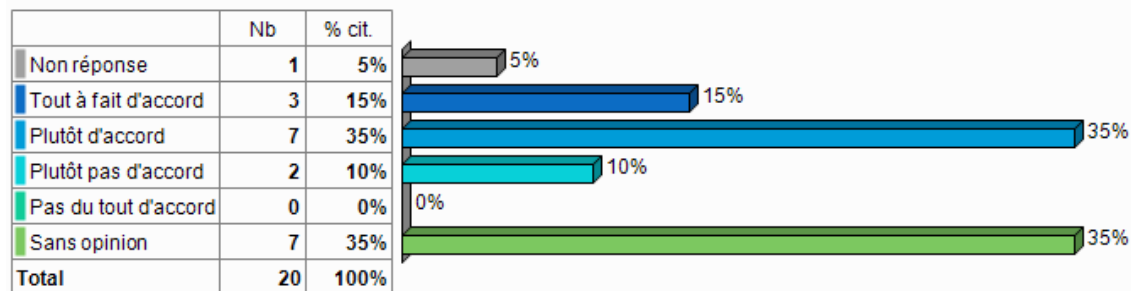
L'organisation de réunions d'échanges de pratiques entre professionnels de santé ambulatoires et hospitaliers est utile à l'amélioration de l'organisation des parcours de santé de vos patients

Taux de réponse : 95%



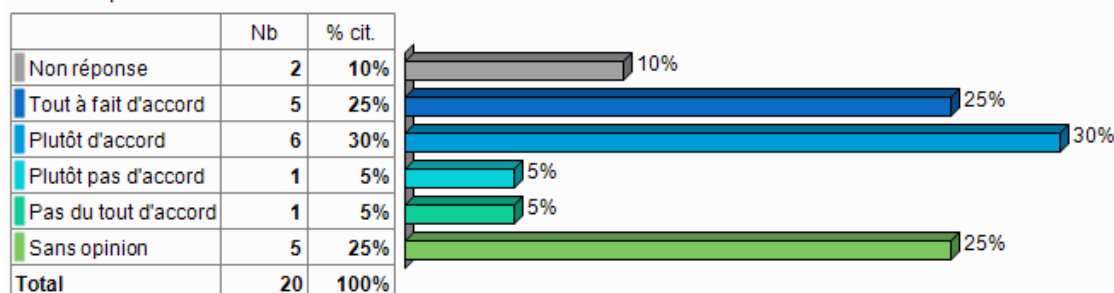
Les protocoles et recommandations professionnelles développés dans le cadre du réseau sont adaptés à vos besoins (si vous n'avez pas accès à de tels protocoles, cochez "sans opinion")

Taux de réponse : 95%



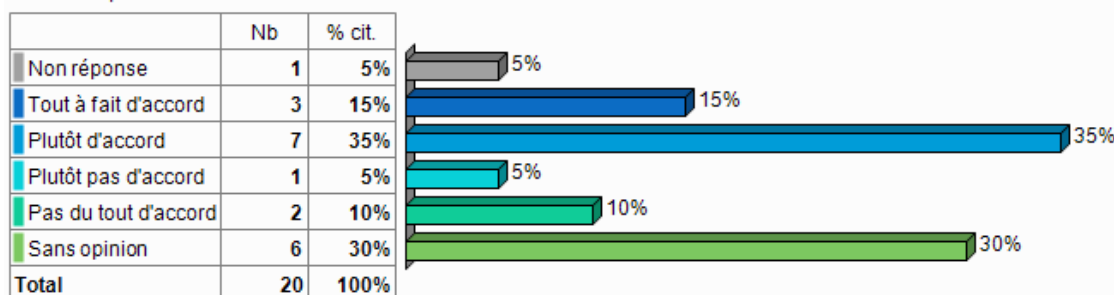
L'utilisation du dossier périnatalité partagé (suivi de grossesse) améliore la qualité médicale de votre prise en charge de vos patients (si vous n'utilisez pas ce dossier, cochez "sans opinion")

Taux de réponse : 90%



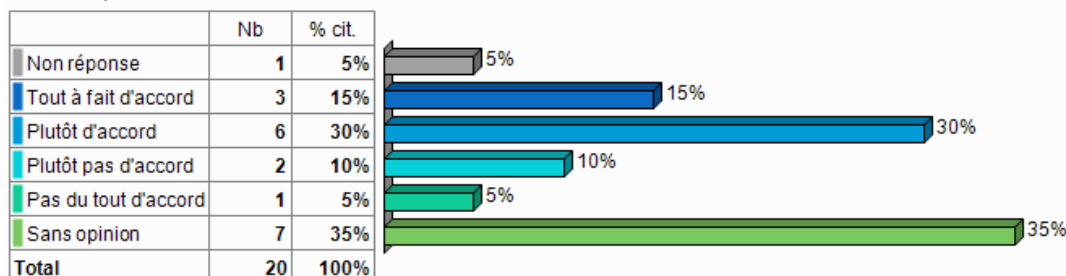
Si vous utilisez le dossier périnatalité partagé, son utilisation facilite votre suivi de vos patients

Taux de réponse : 95%



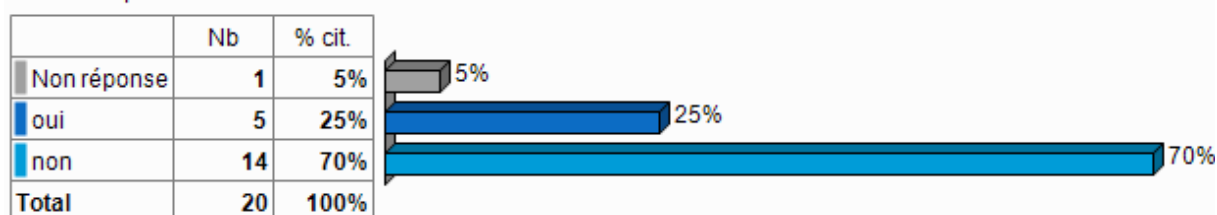
Le dossier périnatalité partagé actuellement en papier doit être complété par une application numérisée accessible en ligne

Taux de réponse : 95%



Etes-vous sollicité ou avez-vous choisi d'utiliser d'autres dossiers médicaux de suivi de grossesse ?

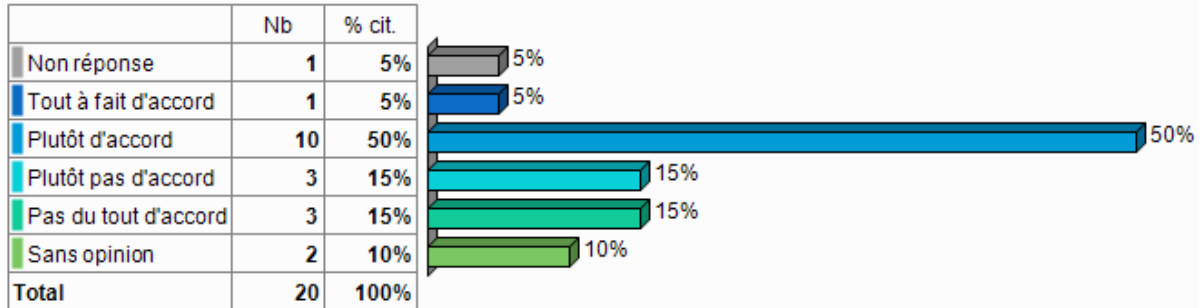
Taux de réponse : 95%



Perspectives

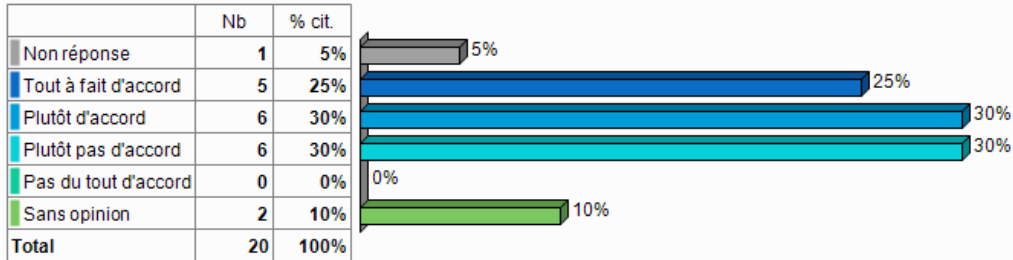
Le réseau doit être le coordinateur du parcours pluridisciplinaire de santé de chacun vos patients

Taux de réponse : 95%



Il vous est facile d'identifier un interlocuteur au sein du réseau pour faire part de vos suggestions sur les activités qu'il pourrait mener (protocole, réunion, annuaire, site internet...)

Taux de réponse : 95%

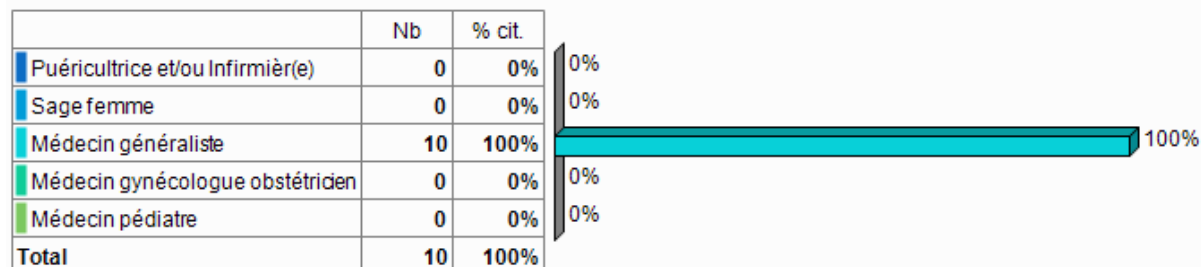


6.3.4 Dépouillement des réponses des médecins généralistes libéral (n=10)

Caractéristiques du répondant

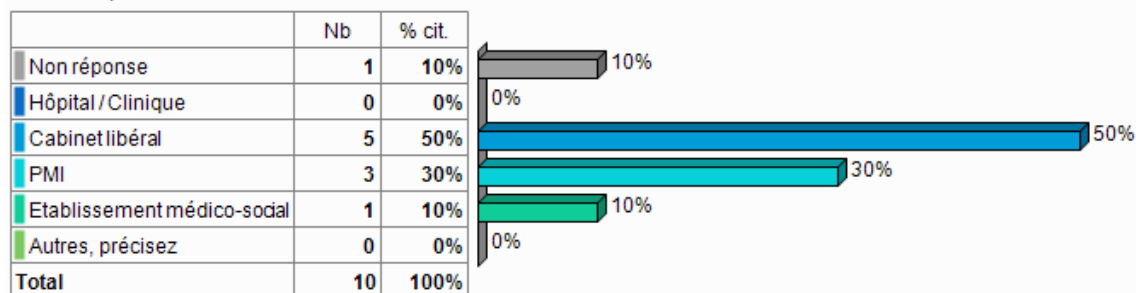
A quelle catégorie professionnelle appartenez-vous ?

Taux de réponse : 100%



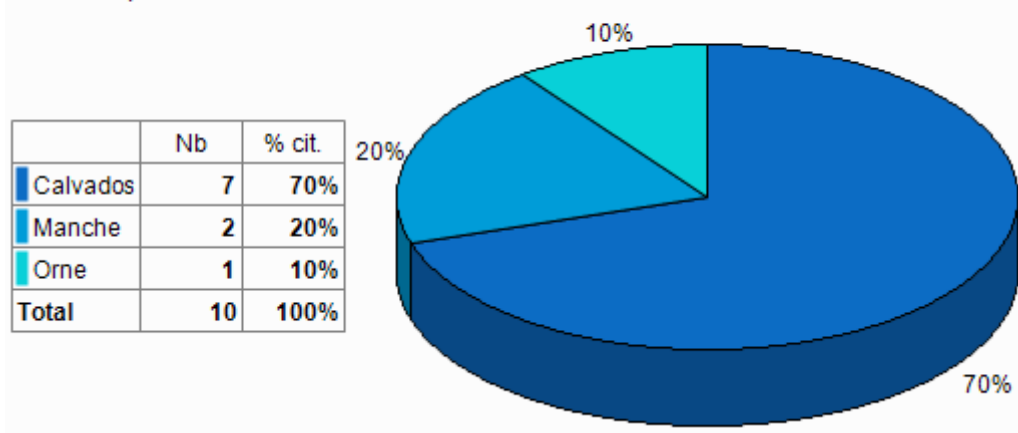
Dans quel cadre exercez-vous principalement ?

Taux de réponse : 90%



Dans quel département exercez-vous principalement votre activité (plus de la moitié de votre temps) ?

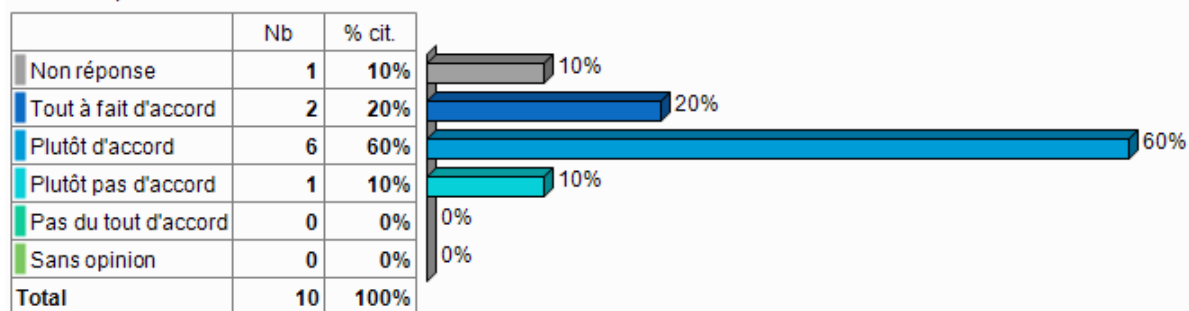
Taux de réponse : 100%



Capacité à rassembler les professionnels

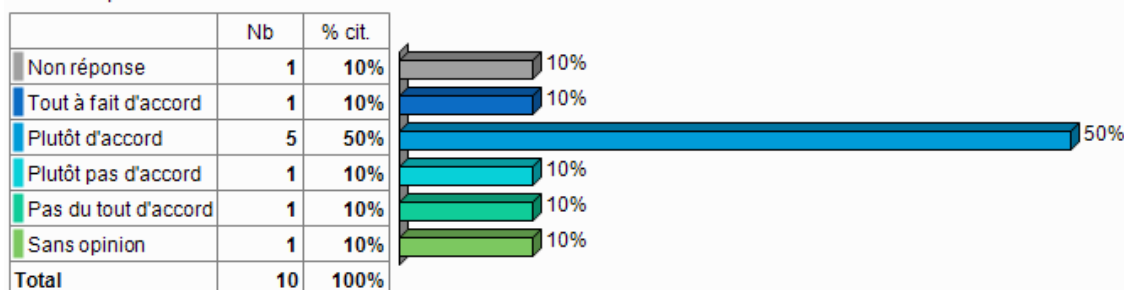
Le réseau vous a aidé à mieux identifier l'offre en professionnels et services de santé susceptibles de participer à la prise en charge pluridisciplinaire de vos patients

Taux de réponse : 90%



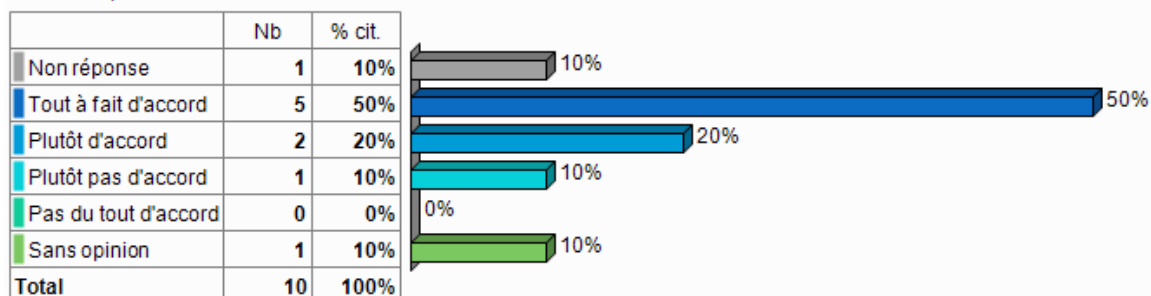
Le réseau vous a permis d'identifier différents types d'offres et de services auxquels vous n'aviez jusque là pas eu recours pour la prise en charge de vos patients

Taux de réponse : 90%



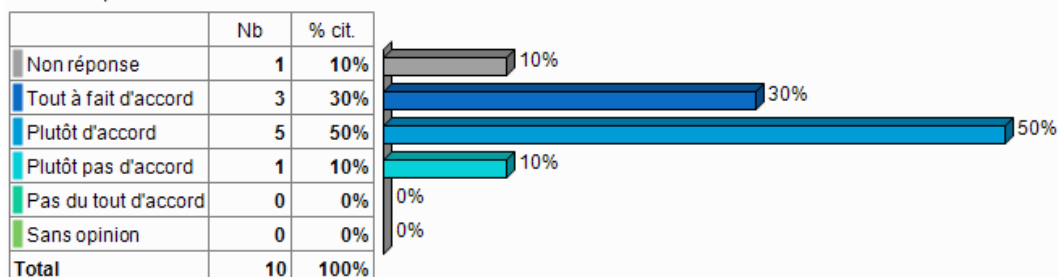
La participation dans le réseau Périnatalité d'autres professionnels de santé (autres que médecins et sages femmes) est utile à l'organisation de la prise en charge de vos patients

Taux de réponse : 90%



Le réseau et ses outils de communication facilitent l'échange interprofessionnel d'informations relatives à la santé de vos patients

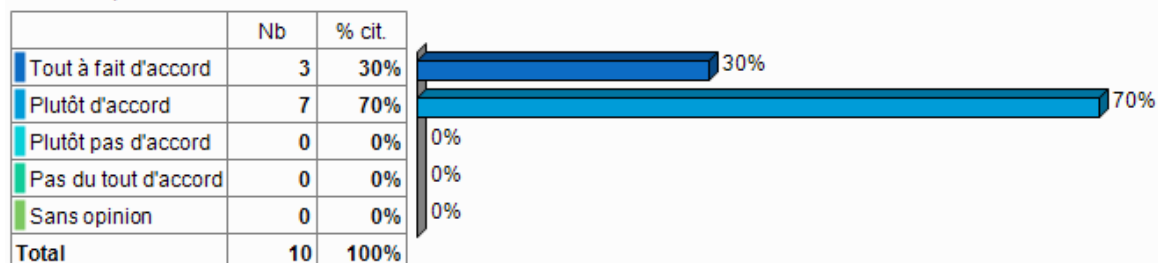
Taux de réponse : 90%



Impact sur la prise en charge des patients

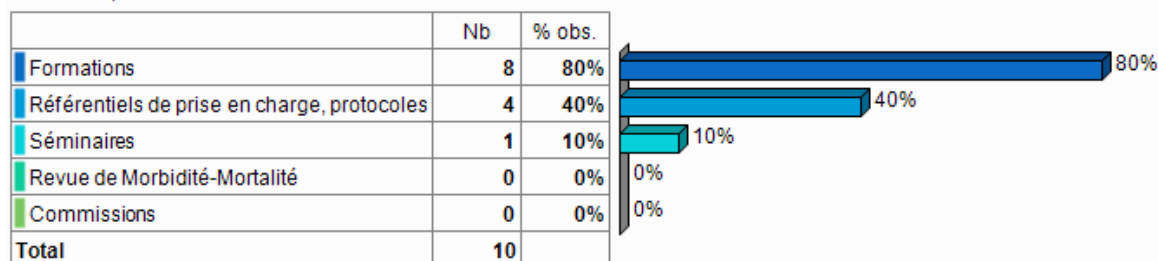
Les outils développés par le réseau (formations, protocoles, ...) vous ont amené à changer au moins une de vos pratiques de soins dans le cadre du suivi et de la prise en charge de vos patients

Taux de réponse : 100%



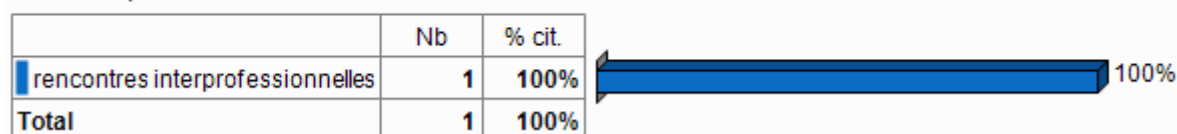
Si vous avez répondu "tout à fait d'accord" ou "Plutôt d'accord", à la question n°8 pourriez-vous spécifier lesquelles ?

Taux de réponse : 100%



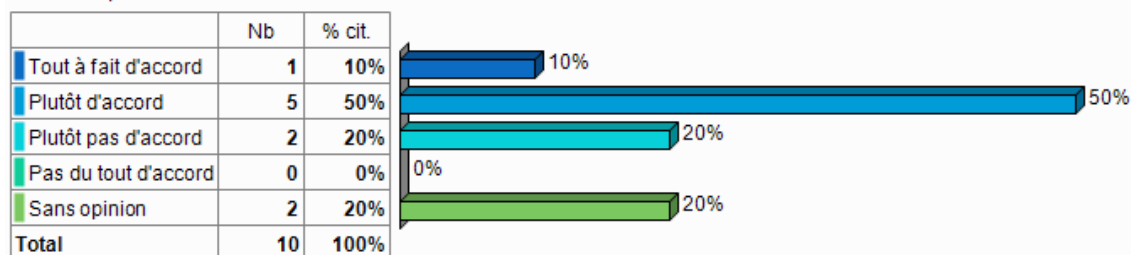
Si 'Autre (précisez)', précisez :

Taux de réponse : 100%



Le réseau et ses outils facilitent l'insertion de vos patients dans un parcours de soins adapté à leurs besoins (qu'ils s'agissent de type de service requis ou de proximité géographique)

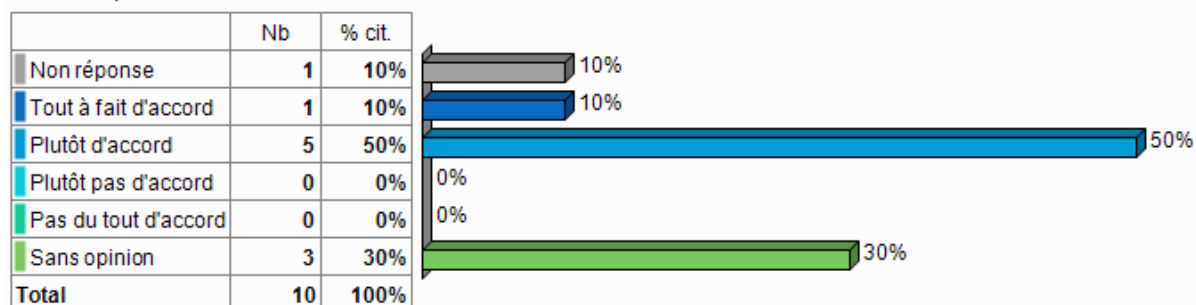
Taux de réponse : 100%



Pertinence des outils disponibles mis à disposition

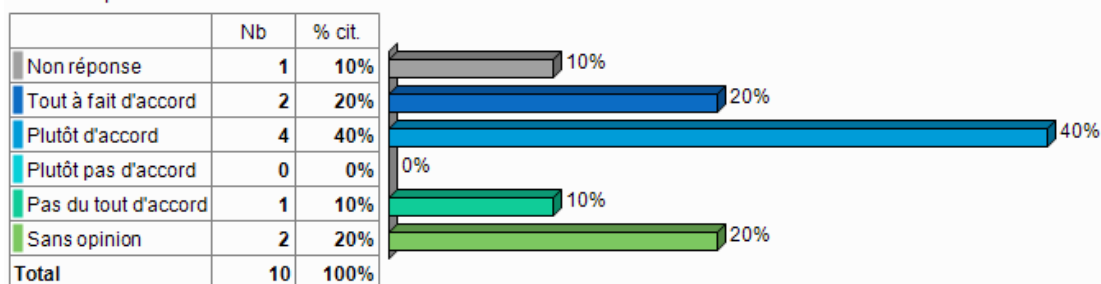
Les formations et séminaires organisés par le réseau répondent à des problèmes que vous rencontrez ou êtes susceptibles de rencontrer dans votre pratique professionnelle (si vous n'avez pas suivi de telles formations, cochez "sans opinion")

Taux de réponse : 90%



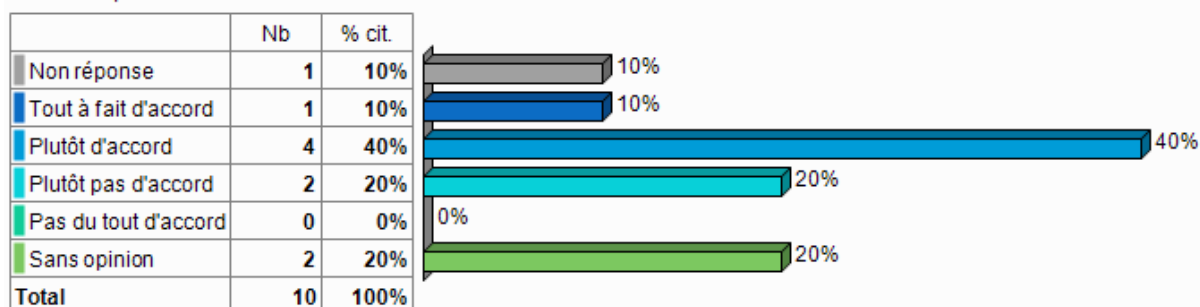
Les formations et séminaires organisés par le réseau vous semblent accessibles concernant les programmes diffusés

Taux de réponse : 90%



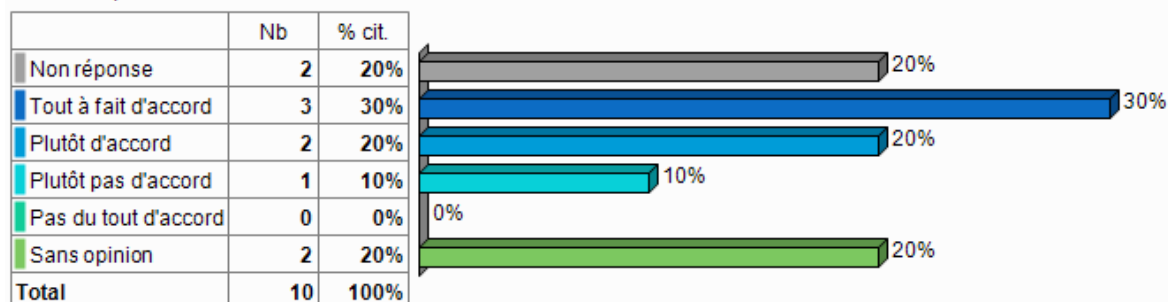
Les formations et séminaires organisés par le réseau vous semblent accessibles concernant les horaires

Taux de réponse : 90%



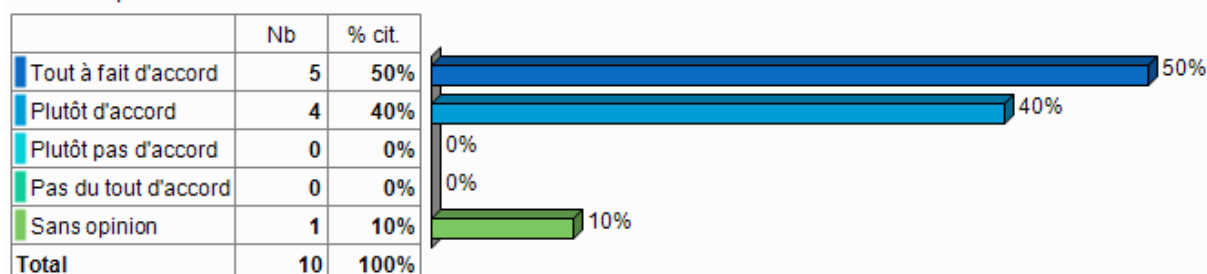
Les formations et séminaires organisés par le réseau vous semblent accessibles concernant l'accessibilité des lieux d'animation

Taux de réponse : 80%



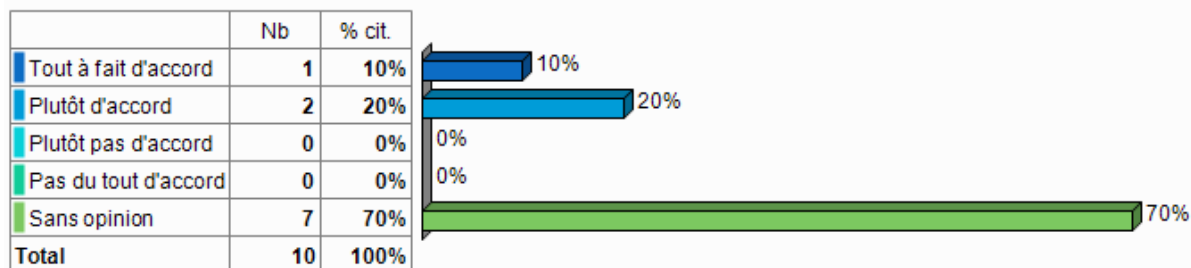
L'organisation de réunions d'échanges de pratiques entre professionnels de santé ambulatoires et hospitaliers est utile à l'amélioration de l'organisation des parcours de santé de vos patients

Taux de réponse : 100%



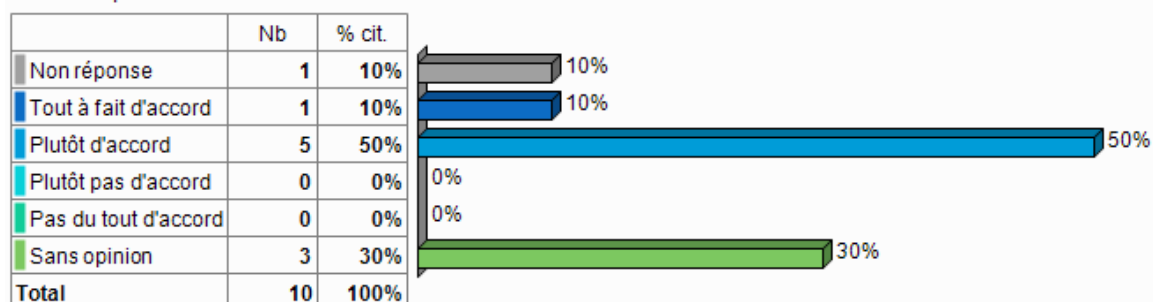
Les protocoles et recommandations professionnelles développés dans le cadre du réseau sont adaptés à vos besoins (si vous n'avez pas accès à de tels protocoles, cochez "sans opinion")

Taux de réponse : 100%



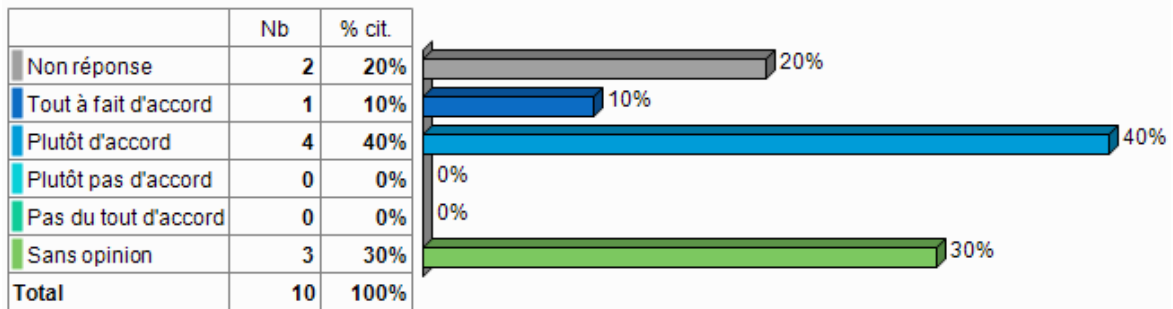
L'utilisation du dossier périnatalité partagé (suivi de grossesse) améliore la qualité médicale de votre prise en charge de vos patients (si vous n'utilisez pas ce dossier, cochez "sans opinion")

Taux de réponse : 90%



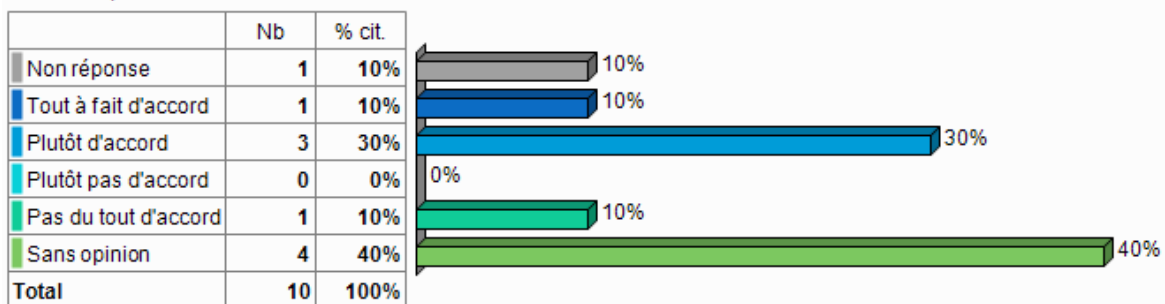
Si vous utilisez le dossier périnatalité partagé, son utilisation facilite votre suivi de vos patients

Taux de réponse : 80%



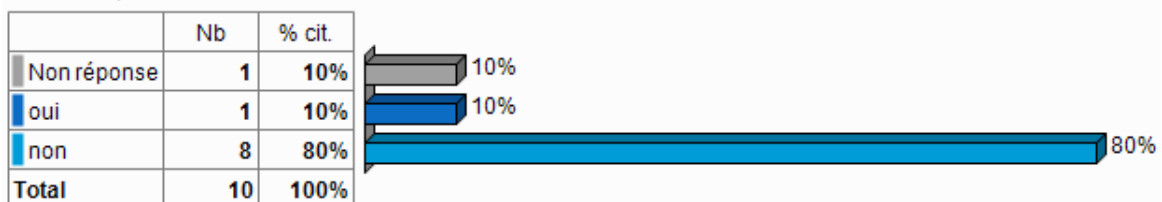
Le dossier périnatalité partagé actuellement en papier doit être complété par une application numérisée accessible en ligne

Taux de réponse : 90%



Etes-vous sollicité ou avez-vous choisi d'utiliser d'autres dossiers médicaux de suivi de grossesse ?

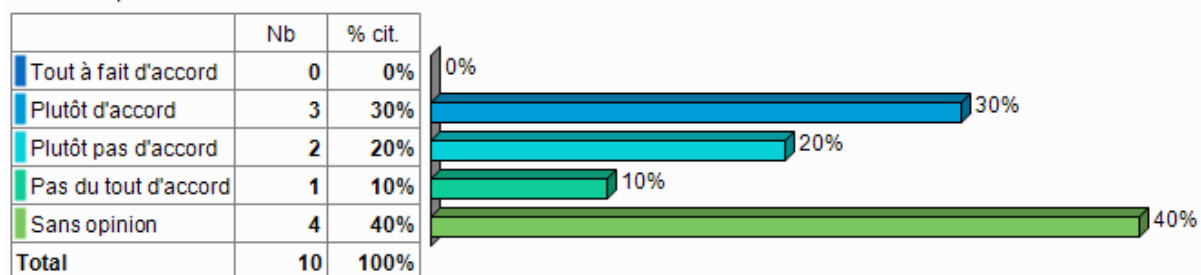
Taux de réponse : 90%



Perspectives

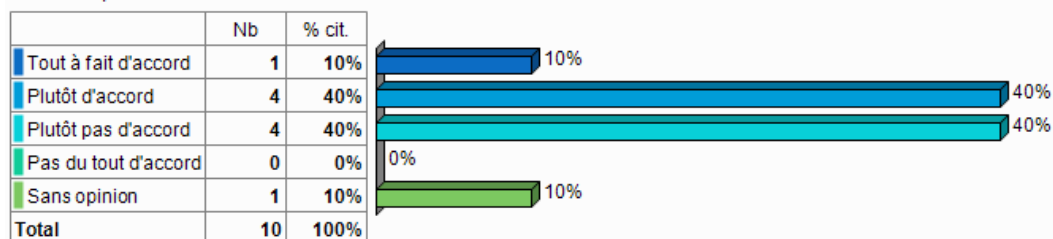
Le réseau doit être le coordinateur du parcours pluridisciplinaire de santé de chacun vos patients

Taux de réponse : 100%



Il vous est facile d'identifier un interlocuteur au sein du réseau pour faire part de vos suggestions sur les activités qu'il pourrait mener (protocole, réunion, annuaire, site internet...)

Taux de réponse : 100%



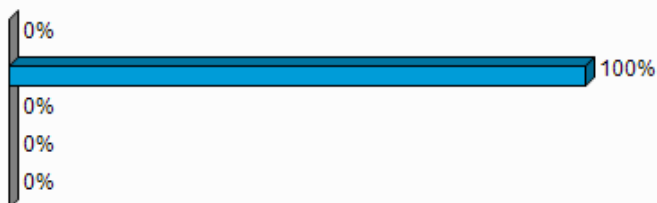
6.3.5 Dépouillement des réponses des sages-femmes (n=28)

Caractéristiques du répondant

A quelle catégorie professionnelle appartenez-vous ?

Taux de réponse : 100%

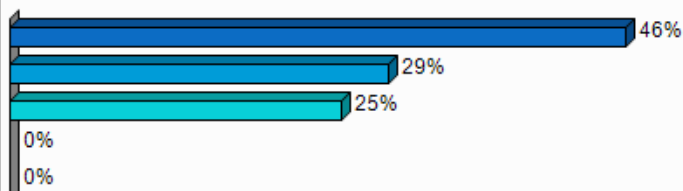
	Nb	% cit.
Puéricultrice et/ou Infirmière(e)	0	0%
Sage femme	28	100%
Médecin généraliste	0	0%
Médecin gynécologue obstétricien	0	0%
Médecin pédiatre	0	0%
Total	28	100%



Dans quel cadre exercez-vous principalement ?

Taux de réponse : 100%

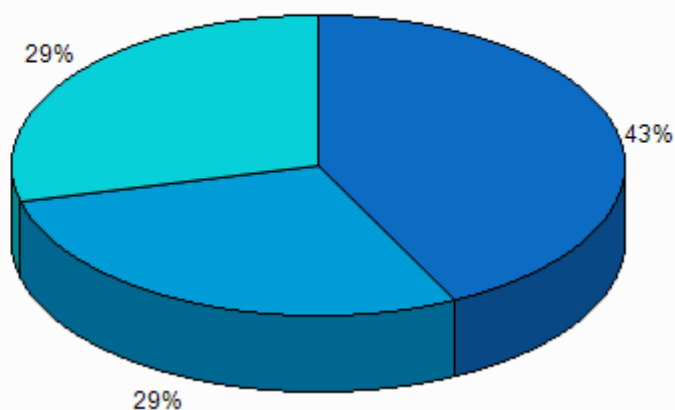
	Nb	% cit.
Hôpital / Clinique	13	46%
Cabinet libéral	8	29%
PMI	7	25%
Etablissement médico-social	0	0%
Autres, précisez	0	0%
Total	28	100%



Dans quel département exercez-vous principalement votre activité (plus de la moitié de votre temps) ?

Taux de réponse : 100%

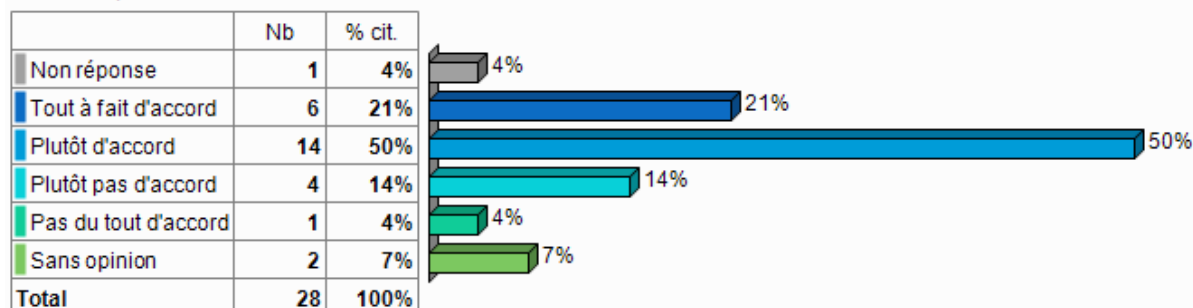
	Nb	% cit.
Calvados	12	43%
Manche	8	29%
Orne	8	29%
Total	28	100%



Capacité à rassembler les professionnels

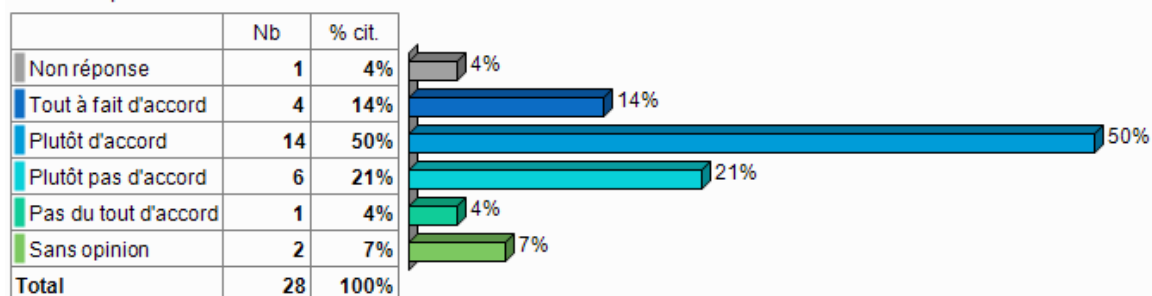
Le réseau vous a aidé à mieux identifier l'offre en professionnels et services de santé susceptibles de participer à la prise en charge pluridisciplinaire de vos patients

Taux de réponse : 96%



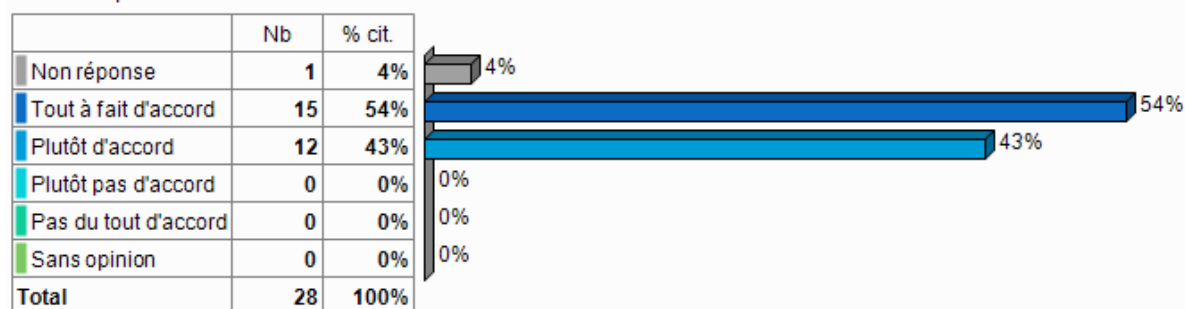
Le réseau vous a permis d'identifier différents types d'offres et de services auxquels vous n'aviez jusque là pas eu recours pour la prise en charge de vos patients

Taux de réponse : 96%



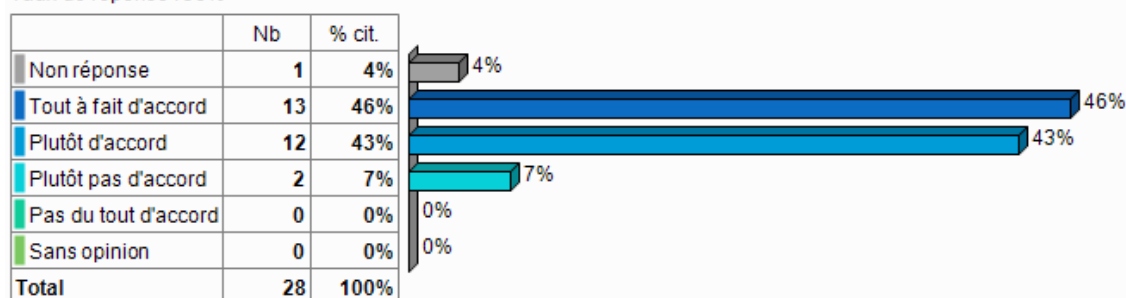
La participation dans le réseau Périnatalité d'autres professionnels de santé (autres que médecins et sages femmes) est utile à l'organisation de la prise en charge de vos patients

Taux de réponse : 96%



Le réseau et ses outils de communication facilitent l'échange interprofessionnel d'informations relatives à la santé de vos patients

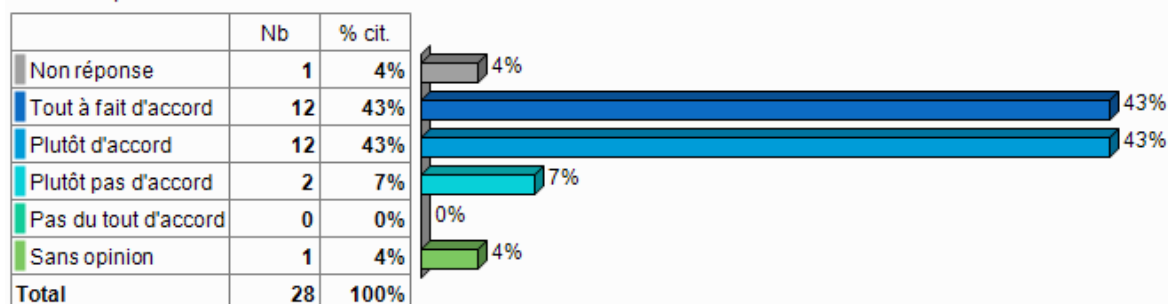
Taux de réponse : 96%



Impact sur la prise en charge des patients

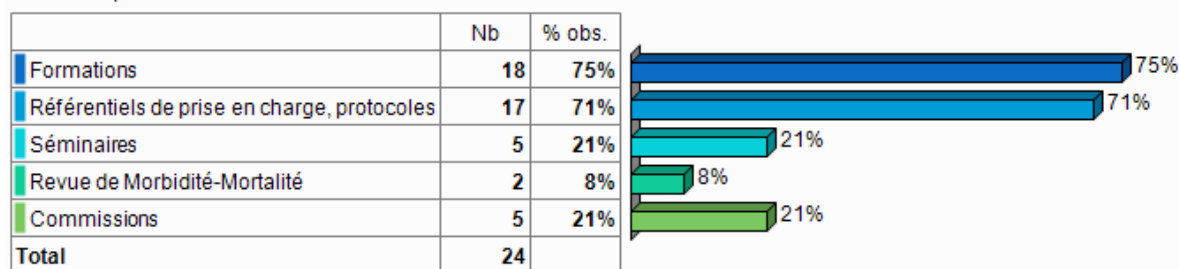
Les outils développés par le réseau (formations, protocoles, ...) vous ont amené à changer au moins une de vos pratiques de soins dans le cadre du suivi et de la prise en charge de vos patients

Taux de réponse : 96%



Si vous avez répondu "tout à fait d'accord" ou "Plutôt d'accord", à la question n°8 pourriez-vous spécifier lesquelles ?

Taux de réponse : 100%



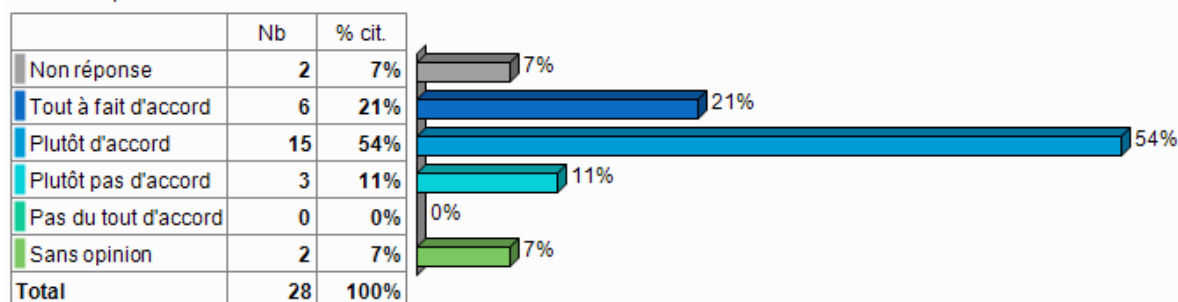
Si 'Autre (précisez)', précisez :

Taux de réponse : 100%



Le réseau et ses outils facilitent l'insertion de vos patients dans un parcours de soins adapté à leurs besoins (qu'ils s'agissent de type de service requis ou de proximité géographique)

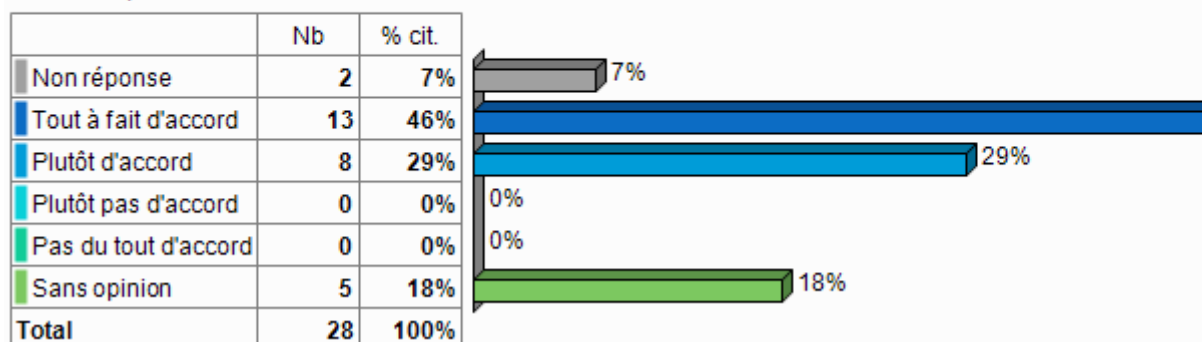
Taux de réponse : 93%



Pertinence des outils disponibles mis à disposition

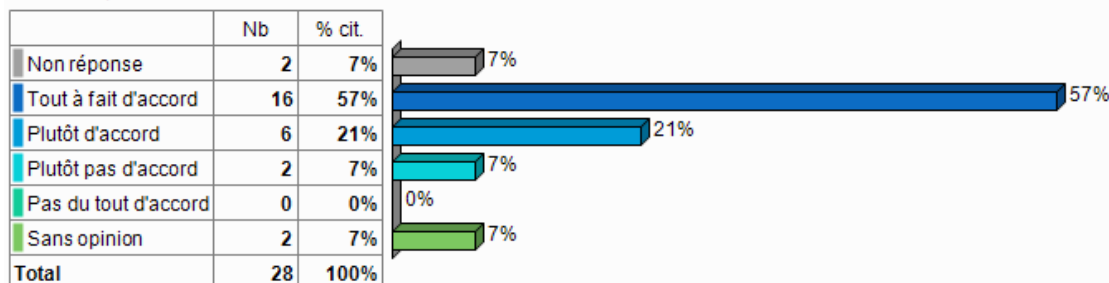
Les formations et séminaires organisés par le réseau répondent à des problèmes que vous rencontrez ou susceptibles de rencontrer dans votre pratique professionnelle (si vous n'avez pas suivi de telles formations cochez "sans opinion")

Taux de réponse : 93%



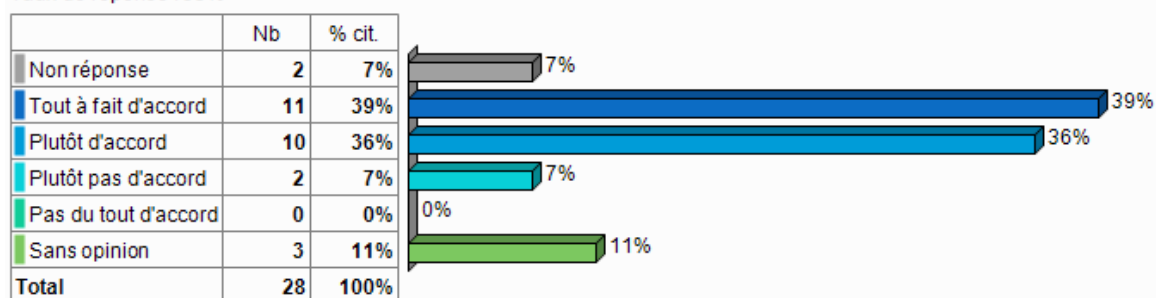
Les formations et séminaires organisés par le réseau vous semblent accessibles concernant les programmes diffusés

Taux de réponse : 93%



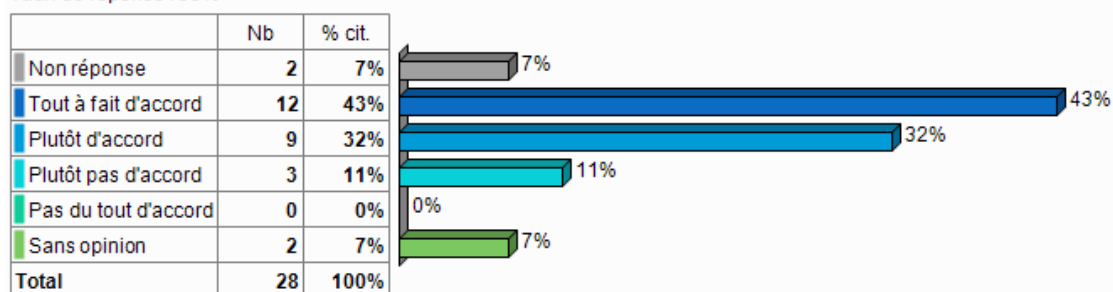
Les formations et séminaires organisés par le réseau vous semblent accessibles concernant les horaires

Taux de réponse : 93%



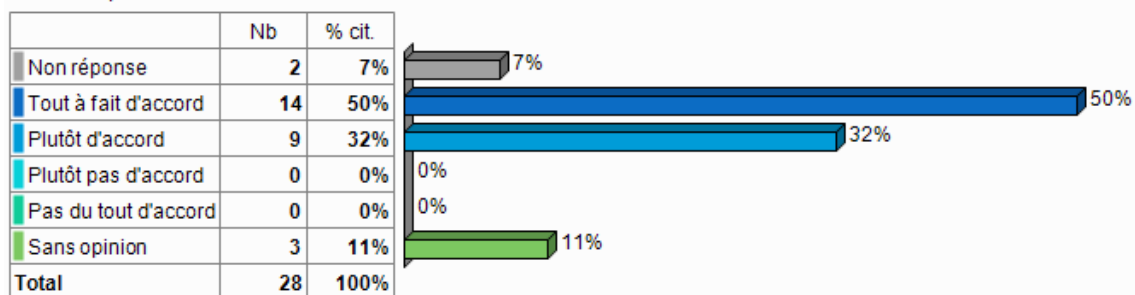
Les formations et séminaires organisés par le réseau vous semblent accessibles concernant l'accessibilité des lieux d'animation

Taux de réponse : 93%



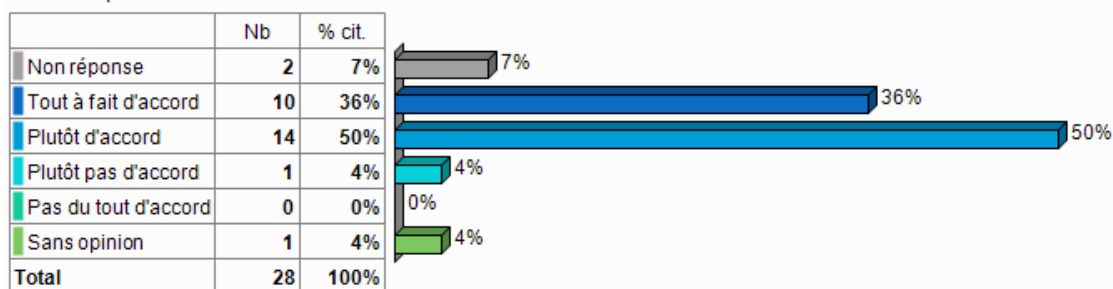
L'organisation de réunions d'échanges de pratiques entre professionnels de santé ambulatoires et hospitaliers est utile à l'amélioration de l'organisation des parcours de santé de vos patients

Taux de réponse : 93%



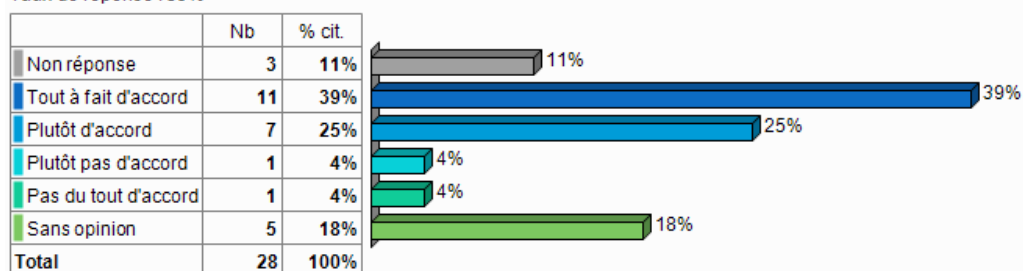
Les protocoles et recommandations professionnelles développés dans le cadre du réseau sont adaptés à vos besoins (si vous n'avez pas accès à de tels protocoles, cochez "sans opinion")

Taux de réponse : 93%



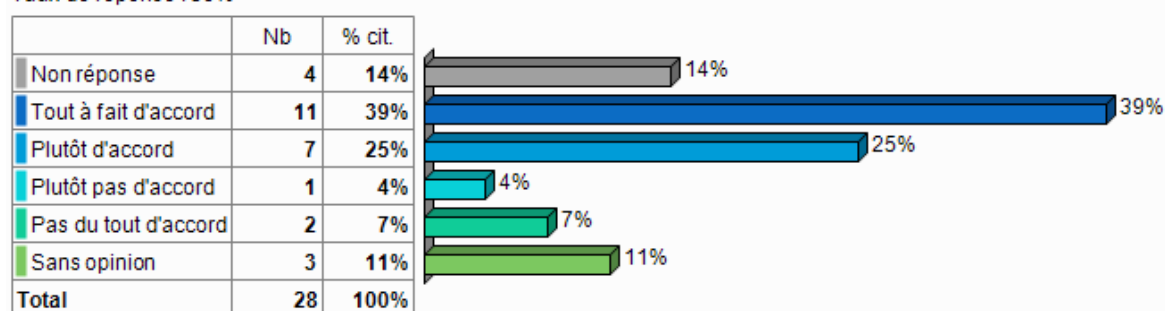
L'utilisation du dossier périnatalité partagé (suivi de grossesse) améliore la qualité médicale de votre prise en charge de vos patients (si vous n'utilisez pas ce dossier, cochez "sans opinion")

Taux de réponse : 89%



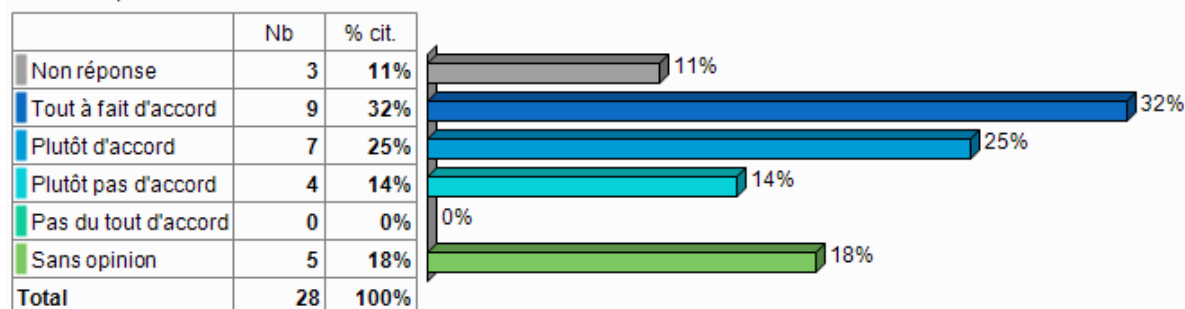
Si vous utilisez le dossier périnatalité partagé, son utilisation facilite votre suivi de vos patients

Taux de réponse : 86%



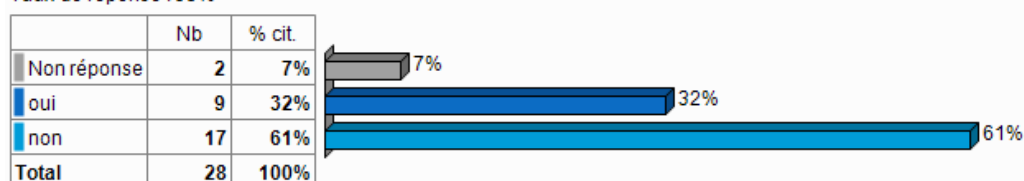
Le dossier périnatalité partagé actuellement en papier doit être complété par une application numérisée accessible en ligne

Taux de réponse : 89%



Etes-vous sollicité ou avez-vous choisi d'utiliser d'autres dossiers médicaux de suivi de grossesse ?

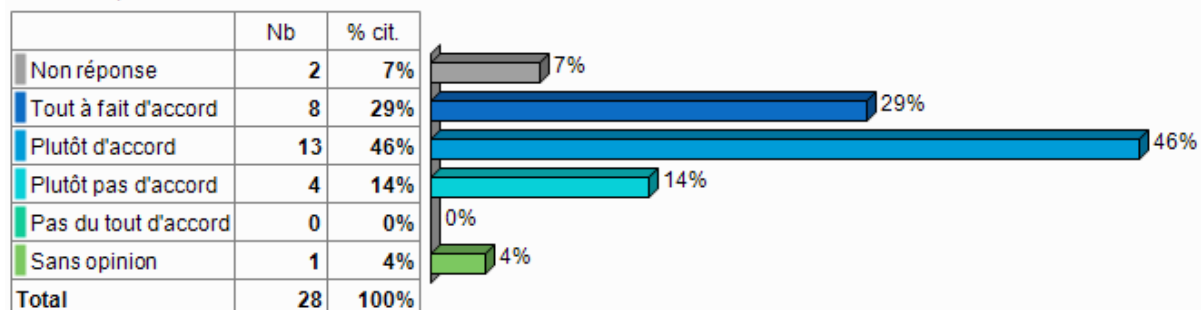
Taux de réponse : 93%



Perspectives

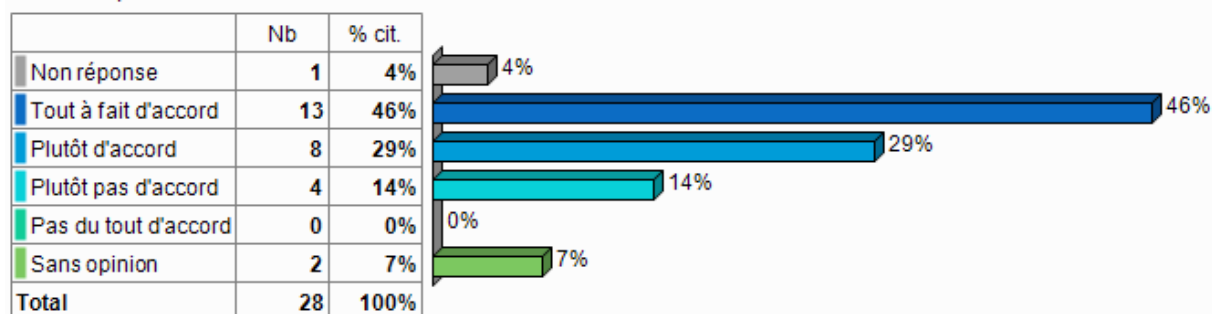
Le réseau doit être le coordinateur du parcours pluridisciplinaire de santé de chacun vos patients

Taux de réponse : 93%



Il vous est facile d'identifier un interlocuteur au sein du réseau pour faire part de vos suggestions sur les activités qu'il pourrait mener (protocole, réunion, annuaire, site internet...)

Taux de réponse : 96%

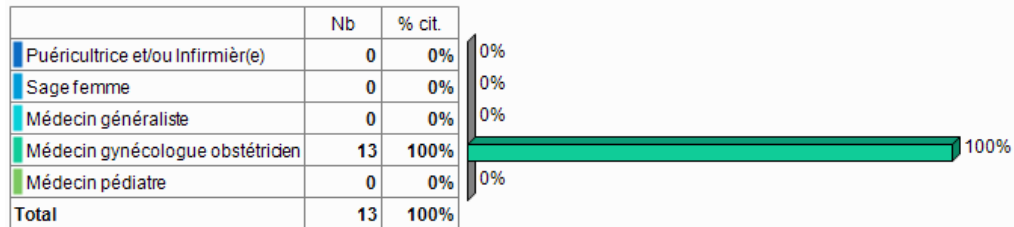


6.3.6 Dépouillement des réponses des gynécologues obstétriciens (n=13)

Caractéristiques du répondant

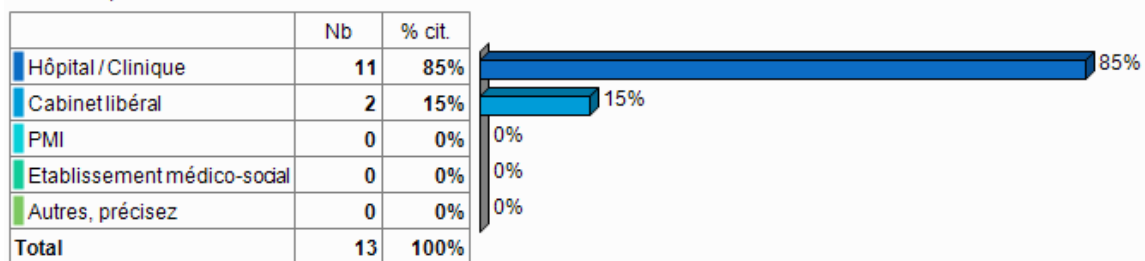
A quelle catégorie professionnelle appartenez-vous ?

Taux de réponse : 100%



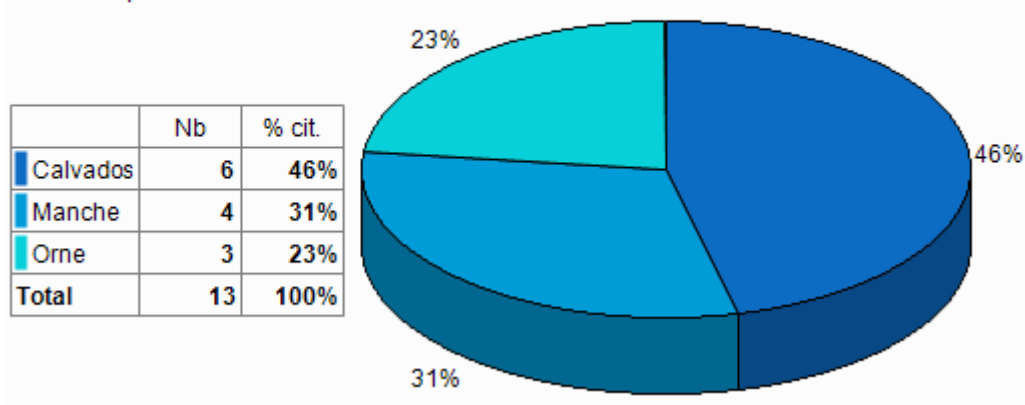
Dans quel cadre exercez-vous principalement ?

Taux de réponse : 100%



Dans quel département exercez-vous principalement votre activité (plus de la moitié de votre temps) ?

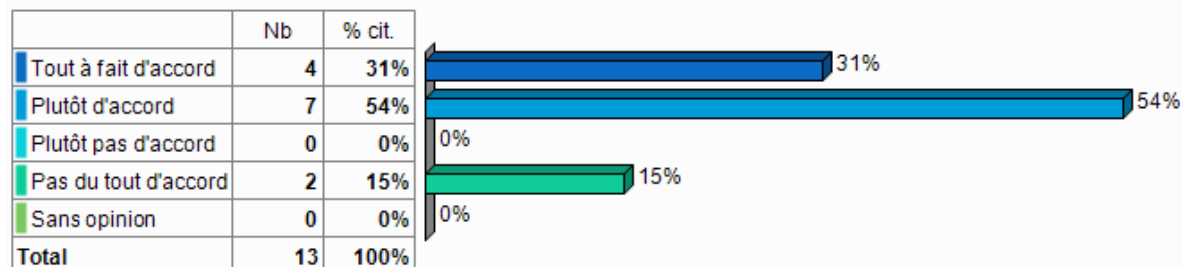
Taux de réponse : 100%



Capacité à rassembler les professionnels

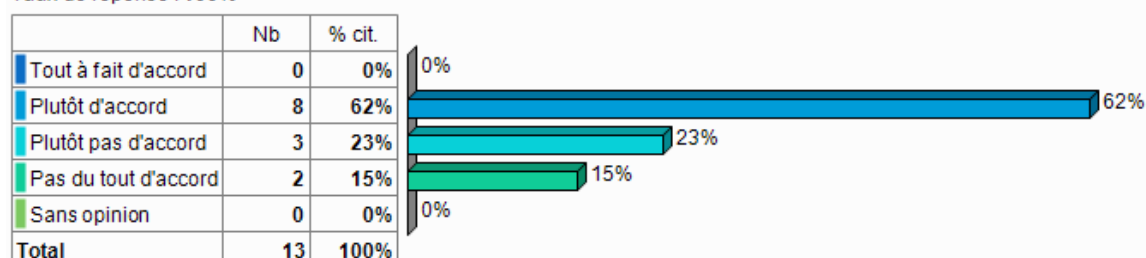
Le réseau vous a aidé à mieux identifier l'offre en professionnels et services de santé susceptibles de participer à la prise en charge pluridisciplinaire de vos patients

Taux de réponse : 100%



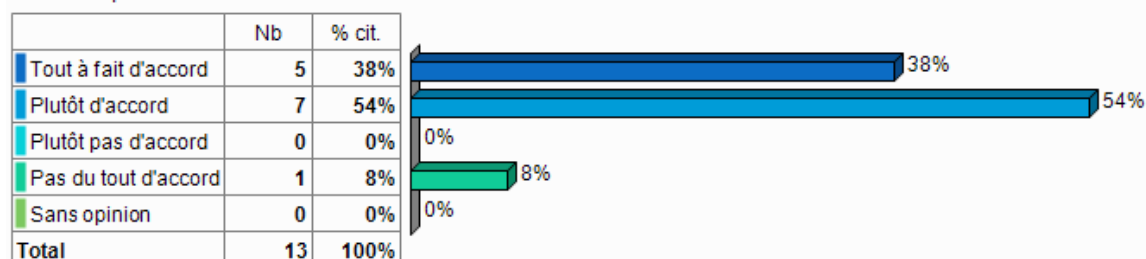
Le réseau vous a permis d'identifier différents types d'offres et de services auxquels vous n'aviez jusque là pas eu recours pour la prise en charge de vos patients

Taux de réponse : 100%



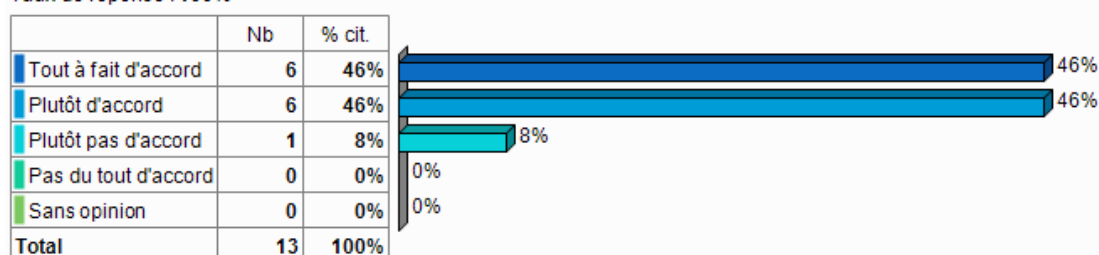
La participation dans le réseau Périnatalité d'autres professionnels de santé (autres que médecins et sages femmes) est utile à l'organisation de la prise en charge de vos patients

Taux de réponse : 100%



Le réseau et ses outils de communication facilitent l'échange interprofessionnel d'informations relatives à la santé de vos patients

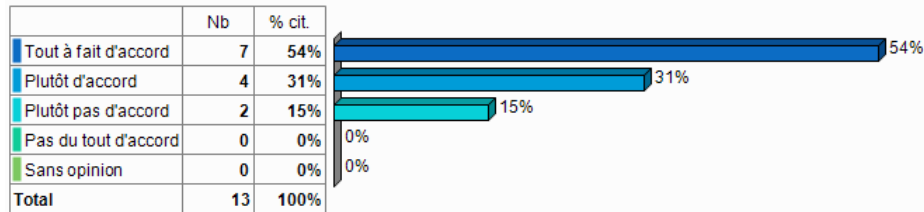
Taux de réponse : 100%



Impact sur la prise en charge des patients

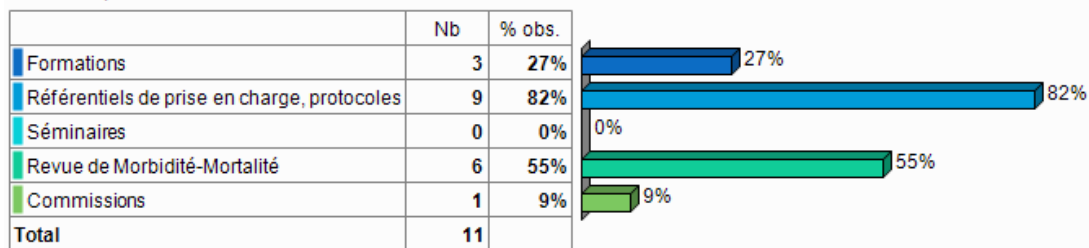
Les outils développés par le réseau (formations, protocoles, ...) vous ont amené à changer au moins une de vos pratiques de soins dans le cadre du suivi et de la prise en charge de vos patients

Taux de réponse : 100%



Si vous avez répondu "tout à fait d'accord" ou "Plutôt d'accord", à la question n°8 pourriez-vous spécifier lesquelles ?

Taux de réponse : 100%

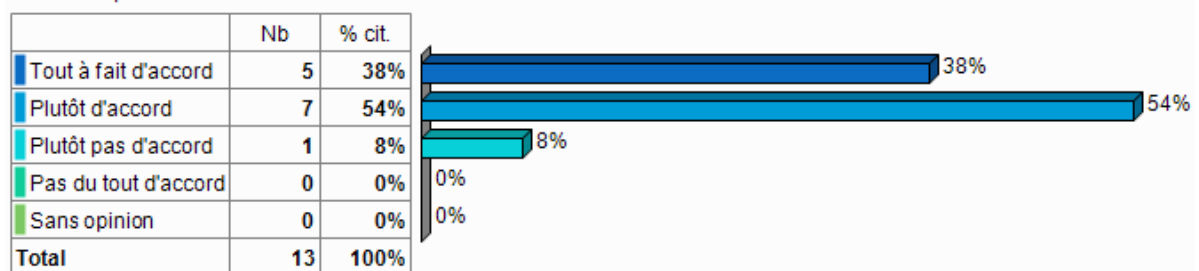


Si 'Autre (précisez)', précisez :

Taux de réponse : 0%

Le réseau et ses outils facilitent l'insertion de vos patients dans un parcours de soins adapté à leurs besoins (qu'ils s'agissent de type de service requis ou de proximité géographique)

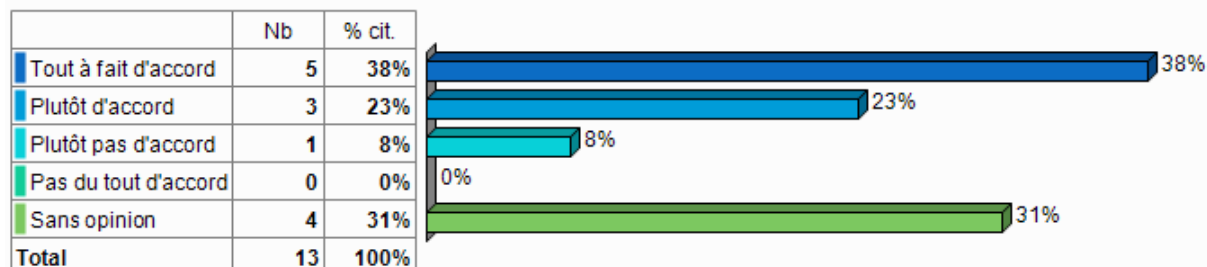
Taux de réponse : 100%



Pertinence des outils disponibles mis à disposition

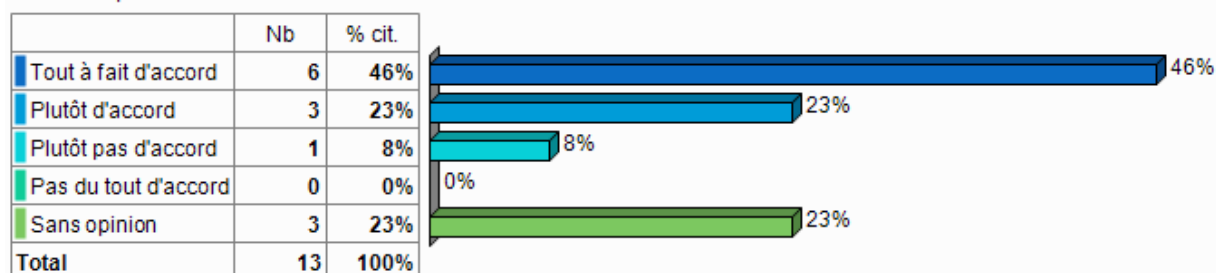
Les formations et séminaires organisés par le réseau répondent à des problèmes que vous rencontrez ou êtes susceptibles de rencontrer dans votre pratique professionnelle (si vous n'avez pas suivi de telles formations, cochez "sans opinion")

Taux de réponse : 100%



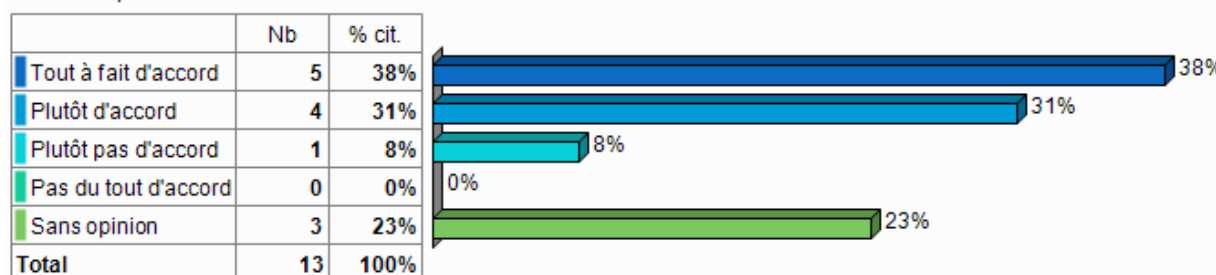
Les formations et séminaires organisés par le réseau vous semblent accessibles concernant les programmes diffusés

Taux de réponse : 100%



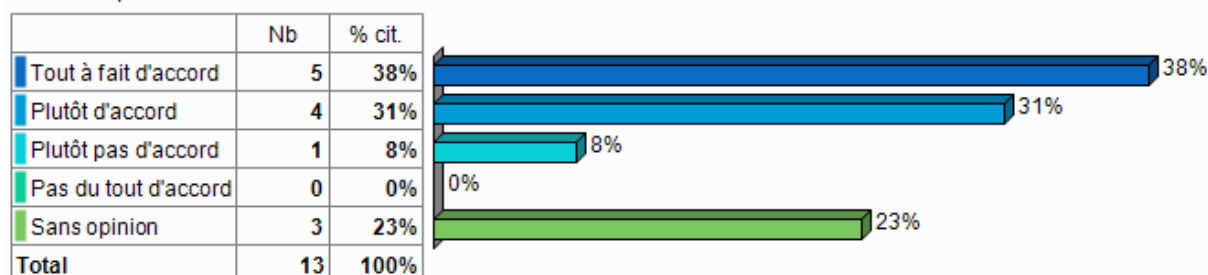
Les formations et séminaires organisés par le réseau vous semblent accessibles concernant les horaires

Taux de réponse : 100%



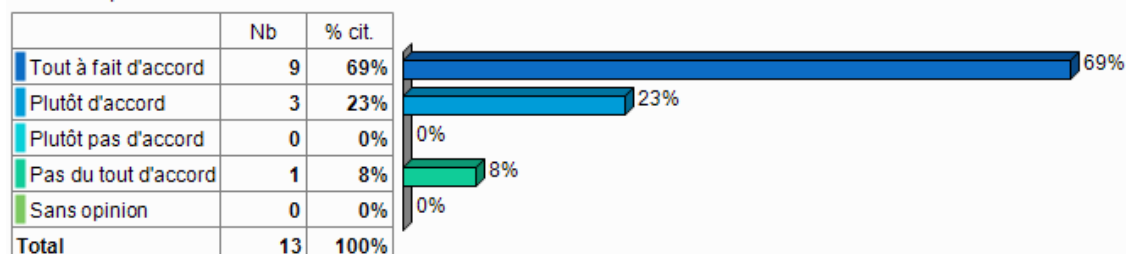
Les formations et séminaires organisés par le réseau vous semblent accessibles concernant l'accessibilité des lieux d'animation

Taux de réponse : 100%



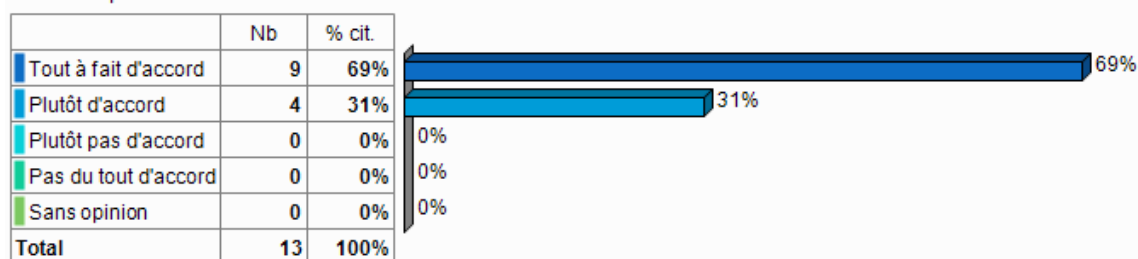
L'organisation de réunions d'échanges de pratiques entre professionnels de santé ambulatoires et hospitaliers est utile à l'amélioration de l'organisation des parcours de santé de vos patients

Taux de réponse : 100%



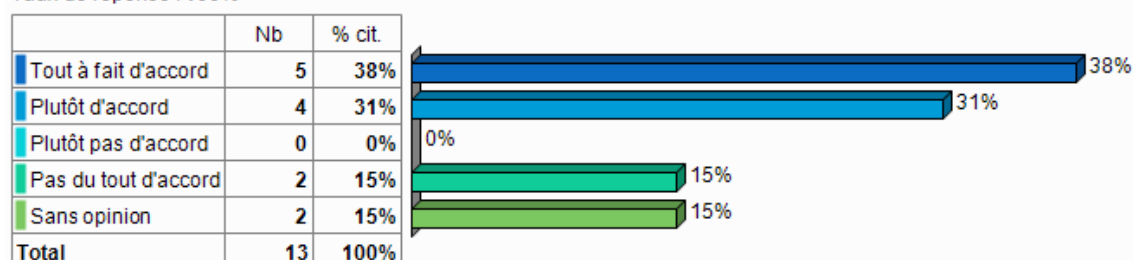
Les protocoles et recommandations professionnelles développés dans le cadre du réseau sont adaptés à vos besoins (si vous n'avez pas accès à de tels protocoles, cochez "sans opinion")

Taux de réponse : 100%



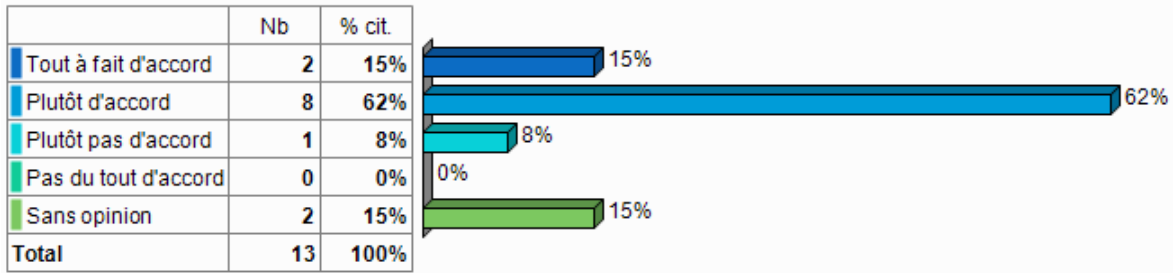
L'utilisation du dossier périnatalité partagé (suivi de grossesse) améliore la qualité médicale de votre prise en charge de vos patients (si vous n'utilisez pas ce dossier, cochez "sans opinion")

Taux de réponse : 100%



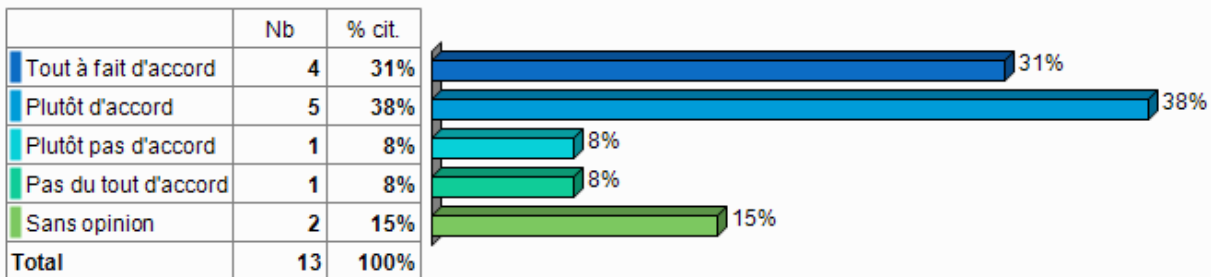
Si vous utilisez le dossier périnatalité partagé, son utilisation facilite votre suivi de vos patients

Taux de réponse : 100%



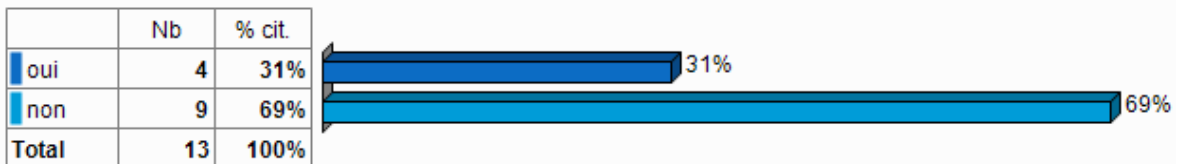
Le dossier périnatalité partagé actuellement en papier doit être complété par une application numérisée accessible en ligne

Taux de réponse : 100%



Etes-vous sollicité ou avez-vous choisi d'utiliser d'autres dossiers médicaux de suivi de grossesse ?

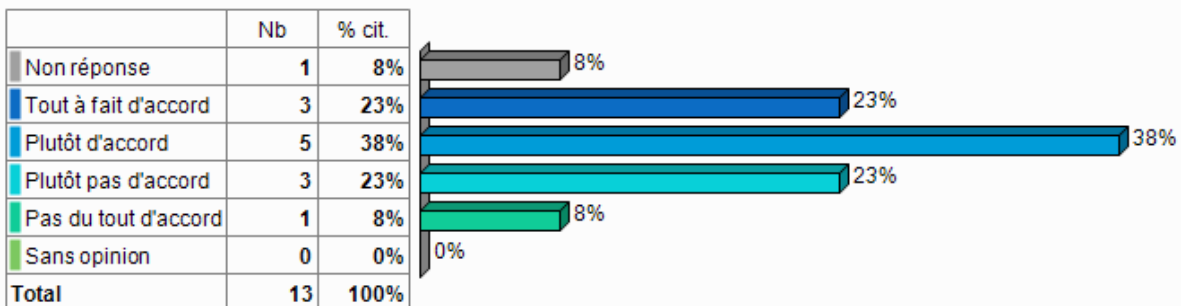
Taux de réponse : 100%



Perspectives

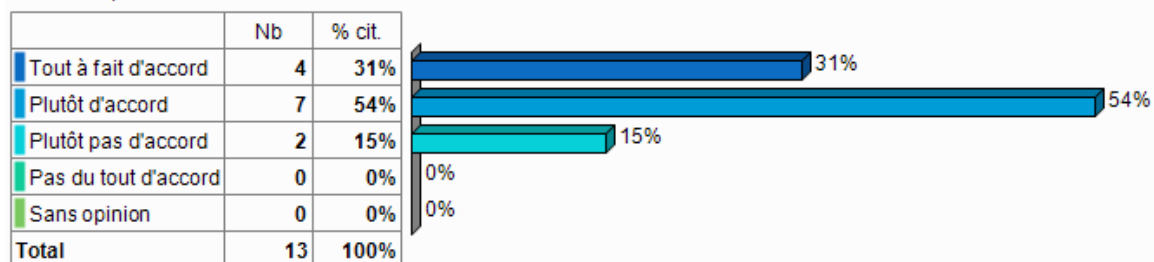
Le réseau doit être le coordinateur du parcours pluridisciplinaire de santé de chacun vos patients

Taux de réponse : 92%



Il vous est facile d'identifier un interlocuteur au sein du réseau pour faire part de vos suggestions sur les activités qu'il pourrait mener (protocole, réunion, annuaire, site internet...)

Taux de réponse : 100%



6.4 Annexe 4 - Commentaires libres rapportées lors de l'enquête

Quelles sont vos attentes et ou suggestions vis-à-vis du réseau (missions, activités, outils, thèmes prioritaires) ?

- Hiérarchiser et coordonner les parcours de soins pendant la grossesse et ses suites. Former les professionnels à ces fins.
- Trouver enfin LE dossier de suivi de grossesse qui convienne à tout le monde...
- Continuité des missions et activités déjà engagées, ainsi que la pluridisciplinarité. Les liens entre les professionnels "en institution" et les professionnels "en libéral" sont insuffisamment développés.
- Uniformisation des prises en charge (généralisation des protocoles pour 1 même chance pour chaque patiente)
- Continuer à créer du lien réfléchir à la création de liens avec les médecins généralistes pour qu'ils connaissent mieux la profession de sage-femme et travaillent avec nous
- Une association plus importante des professionnels non médicaux au travail du réseau.
- Inciter tous les gynécos et médecins de ville et hospitaliers à utiliser le dossier médical partagé...
- Temps de formations qui permettent de rencontrer des professionnels et d'échanger
- Mettre le dossier partagé en réseau informatisé
- Que chaque partenaire utilise le dossier périnatalité alité ce qui est loin d'être le cas actuellement. Ou au moins le remplisse lorsque la femme lui présente afin de mieux communiquer entre nous.
- Nouvelles formations Entrer effectivement dans le réseau en suivant des patients...
- Super les protocoles partagés ! A quand les formations à Cherbourg ?
- Rencontre pluridisciplinaire (gynéco, généraliste, SF...) sur un secteur donné, pour un thème (par ex diabète gestationnel, grossesse gémellaire...) afin d'harmoniser les discours et les pratiques
- Je n'en sais trop rien = j'ai plutôt une patientèle âgée et donc peu de suivi de grossesse
- Poursuivre les séminaires et formations toujours utiles pour avancer et partager les pratiques
- Informations précises concernant le fonctionnement du réseau et un listing des professionnels y participant

- Entretenir les rencontres interprofessionnelles, faciliter les échanges entre professionnels pour une meilleure cohérence dans la prise en charge des patients, élargir mon domaine de "compétences" professionnelles
- Poursuite des groupes de travail (formation allaitement maternel, ...), élaboration des recommandations communes pour la prise en charge néonatale notamment
- Davantage de partenariat
- Lorsque le CHU met en place de nouveau protocole ce sera très bien si le réseau de périnatalité pouvait nous les envoyer sur notre adresse mail professionnel.
- Se conférer au volet périnatalité du SROS
- Parcours de soins bien identifié, contact avec partenaire réseau facile et sécurisant
- L'attente est que le service qui est une unité de néonatalogie de niveau 2a sur le plan des compétences médicales et du matériel et des locaux soit considéré comme tel, en fonction de la réalité actuelle, et ne soit plus traité comme une unité de niveau 1, selon les classements vieux de 20 ans qui en rigidité de l'ARS et du professeur de pédiatrie néonatalogie font perdurer pour des raisons politiques discutables. Tout ceci concourt à la désertification et à l'abandon des populations
- Une plus grande réciprocité dans l'échange d'informations entre ville/hôpital exemple: des dossiers partagés que je remplis pour le suivi d'une patiente n'est pas toujours rempli quand celle-ci est hospitalisée
- Mission d'échange et de formation des différents interlocuteurs
- Création d'un groupe d'intercadres afin d'élaborer des outils communs sur certaines recommandations gros décalage avec les possibilités dans les établissements périphériques (manque de moyens humains notamment)
- Aider à la mise en place de réseaux de proximité dans les bassins de naissance
- Aider au repérage et prise en charge de la dépression du post-partum
- Mission de formation continue des professionnels, en particulier dans les structures non universitaires.
- Il manque la transparence dans les dossiers obstétricaux ou obstétrico-pédiatriques. Certains dossiers de décès néonataux après césarienne et échec de réanimation sont classés dans les morts fœtales in utéro dans certaines maternités et les parents ne sont pas informés sur cela

- Poursuivre la réflexion du réseau en tant que "esprit de réseau", "culture de réseau" (le réseau me permet de mieux identifier les autres professionnels et d'orienter plus vite les patients)

Avez-vous des commentaires à ajouter ?

- Pour les libéraux toutes les actions de formation et séminaires devraient être accessibles gratuitement, dans la mesure où ces actions se déroulent sur du temps personnel
- Attention au réseau sur les maternités limitrophes : intérêt d'évaluer la situation pour transfert in utéro au + près géographiquement alors dans 1 niveau adapté même si hors réseau (facilité ensuite pour le conjoint et la famille)
- Texte d'évaluation très imprécis on ne peut pas répondre que si l'équipe obstétricale n'utilise pas le dossier de réseau, ça ne sert pas à grand chose de le remplir le dossier n'est pas consulté
- Sur le point 22 il est impossible de répondre tout le temps que la notion de coordination n'a pas été clairement définie
- Il n'y a toujours des listes d'attente pour la prise en charge en CAMSP, consultation....
- Le réseau contribue largement à un travail en partenariat
- Sage-femme référent PMSI et statistiques, ne prends pas en charge de patientes donc questionnaire non adapté à mon activité
- Le dossier prénatal partagé est bien fait (si ce n'est que je n'aime pas l'idée de signer un consentement pour " entrer dans le réseau ". Le réseau c'est une évidence, c'est implicite, pas besoin de signer pour s'engager de quoi que ce soit.) Par contre, pour l'instant il ne me rend pas service dans le sens où à chaque consultation :
 - o je le complète pour que la femme puisse le présenter aux autres interlocuteurs qu'elle verra pendant sa grossesse ;
 - o je complète le dossier de mon cabinet la concernant pour que j'ai une trace du suivi que j'opère (double tâche chronophage, donc) ;
 - o et malheureusement, l'application que je mets à remplir le dossier prénatal partagé n'est pas récompensée, puisque la structure hospitalière ou l'échographiste qui suivent aussi cette dame ne le remplissent quasiment jamais.
 - o Effort unilatéral décourageant !
- Le réseau est trop étiqueté CHU, les réunions s'y font, la plupart des protocoles proposés par eux

et les intervenants la plupart du temps sont des médecins du chu Faire participer des médecins d'autres centres hospitaliers public ou privé est important D'autre part le dossier maternité honnêtement ne sert à rien, beaucoup ont leur propre dossier et celui du conseil général, existant déjà, est très bien, celui du réseau fait doublon

- le dossier est un outil très utile, malheureusement encore peu utilisé par d'autres professionnels en particulier (hospitaliers ou au sein des structures privées)
- Je participe au réseau de Périnatalité BN depuis moins d'un an mais j'apprécie le dynamisme qui se dégage lors des séances de travail ou de rencontres entre les membres du réseau avec cette même envie d'avancer
- Réseau de proximité, facilement à l'écoute et disponible
- mission du réseau de Basse-Normandie de Périnatal répondant tout à fait nos attentes, réseau particulièrement efficace et dynamique, coordinatrice toujours disponible et répondant toujours a nos demandes !
- J'ai mis une évaluation assez négative pour le dossier partagé car il est très utile pour transmettre des informations des libéraux vers l'hôpital en revanche mes patiente provenant de l'hôpital n'ont aucun dossier, ou bien rien a été transcrit dans le dossier partagé, donc ca n'a aucune utilité pour ma propre prise en charge des patientes. En revanche, le réseau est de grande qualité en matière de communication et de formation.
- Nécessité d'une coordination avec les 3 services de PMI Nécessité de garder un dossier papier confiée à la femme. Nécessité d'un remplissage soigneux et complet notamment des coordonnées en 1ère page Manque de renvois aux bonnes pratiques HAS et aux recommandations des sociétés savantes
- Dossier médical partagé très utile s'il est rempli par tous les médecins lors des visites des femmes
- Formations proposées par le réseau pertinentes mais impossibles à faire prendre en charge par la formation continue car trop onéreuses
- Notre réseau a prouvé sa vitesse de croisière, sa présence est incontournable pour la qualité de la médecine périnatale

6.5 Annexe 5 - Valorisation scientifique du réseau

6.5.1 Articles dans des revues indexées

Articles publiés

Thibon P, Cornu M, Lamendour N, Guillois B, Dreyfus M. [Regionalisation of perinatal care in Basse-Normandie, France: evolution over 5 years]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). **2011** Apr;40(2):156-61.

Duroy E, Dupont-Chauvet P, Hamon Poupinel V, Thibon P, Guillois B. [Medical and economic evaluation of neonatal hospital at home structure]. Arch Pediatr. **2012** Sep;19(9):907-12.

Articles en cours de soumission

THIBON P, HUANG Y, BEUCHER G, PORNET C, PRIME L, ROD A, REZNIK Y, DREYFUS M. Geographical variations in gestational diabetes mellitus in a French region, and their association with area-level socioeconomic characteristics

Articles en cours de rédaction

LECOEUR C, THIBON P, PRIME L, LE COUTOUR X, GUILLOIS B, DREYFUS M for the outborn study group. Frequency and causes of outborn births in a French regional perinatal network

6.5.2 Thèses de médecine

Thèses soutenues

Le dossier périnatal partagé : état des lieux et élaboration d'un dossier au sein du réseau périnatalité de Basse-Normandie. LEMONNIER Benjamin. Thèse de Médecine Générale. 2 Juin 2010

Motifs de recours aux urgences pédiatriques : étude prospective réalisée dans le service d'urgences pédiatriques de Saint-Lô de mars à mai 2010. BENEST Adeline. Thèse de Médecine Générale. 18 janvier 2011

Adéquation entre lieu d'accouchement et terme des naissances prématurées : les naissances *outborn* sont-elle évitables au sein du réseau de périnatalité bas-normand ? LE BRUN-LECOEUR Christelle. Thèse de Gynécologie-Obstétrique. 15 octobre 2012

Dépistage et suivi du diabète de type 2 après un diabète gestationnel. Prise en charge au sein d'un service hospitalier et en médecine générale. LEPY Flore. Thèse de Médecine Générale. 13 novembre 2012.

Evaluation des causes d'échec de la contraception orale à partir d'une étude rétrospective comprenant 241 femmes. Delphine SUFFISSAIS-GOUWY. Thèse de Médecine Générale. 10 décembre 2012

Evaluation de la satisfaction des médecins généralistes référents du réseau bas-normand de suivi des enfants vulnérables. KERN Florence. Thèse de Médecine Générale. 26 mars 2013

Thèses en cours

Bilan de l'utilisation du dossier prénatal partagé régional dans le secteur d'Avranches-Granville. HATTE Estelle. Thèse de Médecine Générale. Soutenance prévue le 19 avril 2013

Evaluation de l'utilisation d'un dossier prénatal partagé en Basse-Normandie. LEHOUCQ Audrey. Thèse de Médecine Générale. Soutenance prévue le 17 mai 2013

Le raccourcissement des durées de séjour en maternité s'accompagne-t-il d'une augmentation de la fréquence des hospitalisations néonatales ? Etude prospective au CH de Cherbourg. SAUVEY Baptiste. Thèse de Pédiatrie. Travail en cours.

Devenir neurologique à 5 ans des anciens prématurés nés entre 24 et 32 semaines complètes d'aménorrhée au CHU de Caen entre 1998 et 2006. RAFFESTIN Agnès. Thèse de Pédiatrie. Travail en cours.

Devenir à 8 ans des enfants grands prématurés de la cohorte bas-normande Préma32. LEROY Chloë. Thèse de Pédiatrie. Travail en cours.

6.5.3 Communications orales (congrès, journées scientifiques)

COUDRAY J, THIBON P. Le dossier prénatal partagé de Basse-Normandie. Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité – 3 juin 2010 – Lille

THIBON P., LEROY V., JEANNE-PASQUIER C., DREYFUS M., GUILLOIS B. et le Réseau de Périnatalité de Basse-Normandie. Observatoire des décès foeto-infantiles en Basse-Normandie. 40èmes Journées de la Société Française de Médecine Périnatale, Deauville, les 20 - 22 octobre 2010

THIBON P., CORNU M., LAMENDOUR N., GUILLOIS B., DREYFUS M. et le Réseau de Périnatalité de Basse-Normandie. Régionalisation des soins périnataux en Basse-Normandie : évolution sur 5 ans. 40èmes Journées de la Société Française de Médecine Périnatale, Deauville, les 20 - 22 octobre 2010

MERCIER P.Y., THIBON P., LETARDIF A. Articulation Réseau de Proximité et Réseau Régional. Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité – Journée de travail – 20 octobre 2010 - Deauville

THIBON P, LEROYER-BARTOLACCI MF, BOSCHER D. Suivi des nouveau-nés vulnérables : Petit...deviendra grand : une application Internet partagée. Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité – 10 janvier 2012 – Lyon

THIBON P, CORNU M, LAMENDOUR N, GUILLOIS B, DREYFUS M. Régionalisation des soins périnataux en Basse-Normandie : évolution sur 5 ans. 3^{ème} Journée de la Recherche du CHU de Caen, 18 mars 2012

THIBON P, GUILLOIS B. Bilan de la première année d'activité du réseau de suivi des nouveau-nés à risque de handicap en Basse-Normandie. 24^{ème} séminaire de pédiatrie bas-normand, 5 avril 2012.

JEANNE-PASQUIER C. Intérêt étiologique du bilan foetopathologique. 13^{èmes} Journées de Gynécologie, de Pédiatrie Néonatale, d'Obstétrique et de Médecine prénatale, GYPOM. Deauville, les 11 et 12 avril 2013

6.5.4 Mémoires

➤ **Mémoires pour l'obtention du diplôme d'Etat de sage-Femme**

Organisation des transferts maternels en Basse-Normandie et étude des transferts in utero entre 2004 et 2008. CORNU Maud. Année 2010

➤ **Mémoire du DIU Epidémiologie clinique en pédiatrie (Université Paris 5)**

Classification des morts fœtales tardives : comparaison d'une procédure de routine à une procédure structurée. Laureline DUBRAY – 2012

Stagiaires

Master 1 « Mathématiques appliquées aux sciences sociales » (Université de Caen). Thème du stage : répartition géographique du diabète gestationnel en Basse-Normandie, étude de la relation avec les facteurs socio-économiques locaux. HUANG Yuwei. 2012 (4 mois).