

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

30/03/2006

Date d'application : immédiate.

Références :

Décret n° 98-899 du 9 octobre 1998 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale ;
Décret n° 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale ;
Décret n° 2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux ;
Décret n° 2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que de l'évaluation des réseaux de santé ;
Circulaire n° DHOS/O3/DSS/CNAMTS n° 2002-610 du 19 décembre 2002 relative aux réseaux de santé ;
Circulaire DHOS/DGS/02/6C n° 2005-300 du 4 juillet 2005 relative à la collaboration médico-psychologique en périnatalité.

Annexe : annexe I : cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité.

Le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, le directeur de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés à Mesdames et Messieurs les directeurs d'agences régionales de l'hospitalisation (pour exécution) ; Mesdames et Messieurs les directeurs des Unions régionales des caisses d'assurance maladie et des caisses générales de sécurité sociale (pour exécution) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département direction départementales des affaires sanitaires et sociales (pour information) ; Mesdames et Messieurs les préfets de région, direction régionale des affaires sanitaires et sociales (pour information).

Le Plan périnatalité 2005-2007 annoncé par le ministre de la Santé et des Solidarités le 10 novembre 2004 comporte un ensemble de mesures visant à améliorer la sécurité et la qualité des soins tout en développant une offre plus humaine et plus proche. Ce plan prévoit notamment l'élaboration d'un cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité.

A cet effet, un groupe de travail pluridisciplinaire, piloté par la DHOS et associant la CNAMTS, a été mis en place début 2005. L'ensemble des professionnels de la périnatalité a également pu participer directement à l'élaboration de ce cahier des charges lors de la journée de travail du 12 septembre 2005. Enfin, ce cahier des charges a été présenté à la Commission nationale de la naissance lors de la séance du 11 octobre 2005.

L'objectif de ce cahier des charges est d'accompagner le développement des réseaux de santé en périnatalité, axe majeur du plan périnatalité et des volets périnatalité des SROS dans lesquels les réseaux de santé doivent être prévus et inscrits. L'objectif est à terme de couvrir l'ensemble du territoire. Ce cahier des charges précise ainsi les missions et objectifs des réseaux de santé en périnatalité, qui doivent proposer, en amont et en aval de la naissance, à l'hôpital et en ville, une prise en charge globale et continue de la femme enceinte et de son enfant par l'intervention coordonnée des professionnels concernés.

Une telle organisation doit permettre, de façon coordonnée avec le médecin traitant, d'assurer le suivi médical de la mère et de l'enfant ainsi que l'identification des facteurs de risque éventuels afin d'orienter la mère avant l'accouchement vers une structure adaptée. Cette organisation doit également permettre le repérage des vulnérabilités psycho-sociales et l'accompagnement s'y rapportant, ainsi que le suivi à long terme des nouveau-nés vulnérables et susceptibles de développer un handicap.

Le développement de ces réseaux de santé en périnatalité doit s'appuyer sur les réseaux de proximité et les réseaux inter-établissements déjà existants, en veillant à ce que les articulations entre ces réseaux permettent d'atteindre de façon progressive l'ensemble des objectifs décrits dans ce cahier des charges. De nouveaux réseaux de santé en périnatalité pourront également être identifiés selon les besoins de chaque région.

Le financement des réseaux de santé en périnatalité relève de la dotation régionale de développement des réseaux sur décision conjointe des directeurs des ARH et des URCAM, conformément à la [circulaire du 19 décembre 2002](#). Les

décisions de financement doivent s'appuyer sur la cohérence du projet de réseau proposé avec les objectifs de ce cahier des charges national, en veillant par ailleurs à ce que la dynamique du projet vise, à terme, à remplir l'ensemble des missions décrites dans ce cahier des charges. Néanmoins, l'ensemble des objectifs requis pourra être atteint dans des délais variables selon les projets proposés.

Nous vous remercions de bien vouloir assurer la diffusion de cette circulaire et de son annexe aux établissements de santé, à la commission régionale de la naissance de votre région ainsi qu'aux réseaux périnatalité existants et aux professionnels libéraux ou à leurs représentants, l'objectif étant que la majorité des professionnels concernés et impliqués par le développement de ces collaborations puissent en prendre connaissance.

Nous vous saurions gré de bien vouloir nous faire part des difficultés éventuelles que vous pourriez rencontrer dans la mise en oeuvre des recommandations de cette circulaire, en prenant contact avec la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, bureau O1 (01 40 56 40 39) ou bureau O3 (01 40 56 44 84) et avec la CNAMTS (01 42 60 24 46).

CAHIER DES CHARGES NATIONAL DES RÉSEAUX EN PÉRINATALITÉ

Introduction

La population concernée

La périnatalité concerne les femmes enceintes, quelle que soit l'issue de leur grossesse, leur conjoint, le nouveau-né durant la période périnatale et tout au long d'un suivi plus prolongé en cas de vulnérabilité repérée ou suspectée.
Données épidémiologiques

On compte près de 800 000 naissances par an. Durant les 30 dernières années, la mortalité périnatale est passée de 35 à 6,5 décès pour 1 000 naissances et la mortalité maternelle de 25 à 9 décès pour 100 000 naissances.
Les objectifs à atteindre

La loi relative à la politique de santé publique fixe pour 2008 l'objectif suivant : réduire la mortalité périnatale à un taux de 5,5 pour 1 000 et la mortalité maternelle à un taux de 5 pour 100 000.

Le plan périnatalité prévoit quant à lui la couverture de l'ensemble du territoire par des réseaux de périnatalité. Ceci implique que chaque maternité devra appartenir à terme à un réseau de santé en périnatalité.

Au travers du développement des réseaux de santé en périnatalité, l'objectif est d'améliorer la sécurité et la qualité de la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés et d'assurer une égale accessibilité à une offre de soins en périnatalité mieux connue et décloisonnée. Le réseau, en organisant la coordination et les relais nécessaires entre tous les acteurs à tous les stades de suivi et de prise en charge, assure la continuité et la traçabilité de la trajectoire de la mère et de l'enfant.

Il permet en outre d'optimiser les prises en charge, notamment en permettant d'en raccourcir les délais. La prise en charge dans le cadre d'un réseau aidera également, le cas échéant, les parents en situation de vulnérabilité à construire des liens avec leur enfant.

Tout cela doit permettre de favoriser la diminution de la mortalité et morbidité maternelle et infantile, la diminution de l'incidence de la prématurité, la diminution de l'incidence du handicap chez les enfants.
Données actuelles et perspectives sur les réseaux en périnatalité

Il existe actuellement une quarantaine de réseaux de périnatalité financés sur la DNDR par les ARH et les URCAM.

La majorité de ces réseaux, issus de la mise en oeuvre des décrets de 1998 (graduation des niveaux de maternité), sont des réseaux inter établissements sans ouverture à la ville pour la plupart d'entre eux ou des réseaux de santé de proximité éventuellement mis en place autour d'une problématique particulière sur un territoire donné (prise en charge des nouveau-nés, prise en charge de la population précaire, communautés périnatales....)

Il est essentiel que des liens s'organisent, tant avec la ville et le secteur libéral qu'avec les réseaux déjà mis en place. Ceci constitue un enjeu majeur pour l'évolution des réseaux afin de renforcer la continuité et la qualité des prises en charge entre le public et le privé, la ville et l'hôpital, les champs sanitaire, médico-social et social.

I. - DÉFINITION, MISSIONS ET ORGANISATION

I.1. Les missions générales des réseaux en périnatalité

Ces missions sont multiples et concourent toutes à améliorer la qualité des prises en charge en proposant au patient un réseau gradué de compétences de proximité. Elles sont en cohérence avec les textes normatifs relatifs aux réseaux de santé :

- permettre une prise en charge globale (dépistage et prise en charge précoce, accès aux soins, suivi et prise en charge psycho-social et social si nécessaire et en lien avec les services sociaux de proximité) ;
- assurer une prise en charge continue quelque soit le lieu de prise en charge (pas de rupture hôpital/domicile) ;
- favoriser par conséquent les collaborations professionnelles en coordonnant les interventions de tous les acteurs dans le respect du choix des usagers ;
- informer et accompagner les futurs parents ;
- assurer des formations interdisciplinaires pour l'ensemble des professionnels impliqués ;
- organiser et assurer le partage de l'information (données médicales, sociales et psychologiques) ;
- évaluer les pratiques et la valeur ajoutée du travail en réseau ;
- recueillir et transmettre des données épidémiologiques participant ainsi à la politique générale de santé publique en périnatalité.

Le champ d'intervention des réseaux en périnatalité couvre le suivi de toute grossesse normale ou pathologique en amont et en aval de la prise en charge à la naissance, ainsi que le suivi des nouveau-nés durant la période périnatale et au cours d'un suivi plus prolongé pour les nouveau-nés vulnérables.

En complémentarité avec le rôle du médecin traitant, notamment dans le champ de la prévention, la prise en charge est adaptée en fonction des risques identifiés pour la mère et l'enfant, et en respectant le choix des familles. De ce fait, l'organisation des transferts in utero et périnatals adaptés aux risques foetal et obstétrical se fait en lien avec les réseaux.

Le réseau favorise également un accompagnement global de la mère (et du père) et de l'enfant dès le début de la grossesse : organisation de l'accompagnement médico-psychosocial de la grossesse, repérage et prise en charge des vulnérabilités psychosociales en amont et suivi à long terme du nouveau-né présentant notamment une vulnérabilité d'origine périnatale et susceptible de développer un handicap.

I.2. Le lien avec le SROS périnatalité et le SROS de l'enfant et de l'adolescent

L'organisation des soins en périnatalité est définie par le SROS. Le SROS peut susciter la mise en place de réseaux de périnatalité.

Quand ils existent, les réseaux apportent une contribution de terrain aux réflexions sur l'élaboration du volet Périnatalité du SROS.

La participation des réseaux, en tant que de besoin, aux différentes réunions relatives à l'élaboration du SROS périnatalité et du SROS pour la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent, est favorisée afin d'assurer la cohérence de l'ensemble des mesures envisagées.

La CRN travaille par ailleurs en lien étroit avec la commission régionale de l'organisation des soins des enfants et adolescents.

I.3. Les acteurs du réseau de santé en périnatalité

Les professionnels concernés

Les acteurs de santé :

- Sages-femmes libérales, territoriales (PMI), exerçant en établissements de santé publics ou privés.
- Gynécologues obstétriciens et gynécologues médicaux libéraux, hospitaliers.
- Anesthésistes réanimateurs, SMUR, SAMU, SAMU social, urgentistes.
- Pédiatres libéraux, hospitaliers en particulier néonatalogues, de PMI.
- Médecins généralistes.
- Diététiciennes.
- Médecins de rééducation fonctionnelle.
- Radiologues et échographistes.
- Biologistes, généticiens et foeto-pathologistes.
- Puéricultrices, auxiliaires de puériculture, assistantes sociales, kinésithérapeutes.
- Psychologues, psychiatres, pédopsychiatres.
- Consultants en addictologie.

Les acteurs sociaux :

- Services d'aide au domicile en particulier technicienne en intervention sociale et familiale.
- Services sociaux et travailleurs sociaux.

Les structures :

- Etablissements de santé publics et privés dont CPP, hôpital local, CAMSP, HAD.
- Services médico-sociaux départementaux : PMI, ASE, services sociaux polyvalents départementaux, centres de planification familiale.
- Etablissements sociaux : centres maternels, CHRS.

Ces différents intervenants peuvent être, selon leur degré d'implication dans la prise en charge en périnatalité, membres adhérents du réseau ou membres associés

Les usagers :

- Les associations généralistes ou ciblées sur une problématique spécifique (associations caritatives, associations liées au VIH, associations de soutien à la parentalité, associations de soutien à l'allaitement,...).

Le rôle respectif de ces différents acteurs dans la prise en charge de la grossesse et du suivi des nouveau-nés dépend des besoins des femmes et de leur nouveau-né et peut varier en fonction d'un état des lieux des ressources en présence sur le territoire considéré.

Le réseau doit permettre la mise en valeur des ressources existantes et notamment du médecin traitant et favoriser la reconnaissance des rôles des différents acteurs médico-psycho-sociaux impliqués dans la périnatalité.

Les problèmes de démographie médicale et pédiatrique en particulier nécessitent une adaptation des organisations et des solutions proposées afin d'assurer la présence médicale préconisée par les décrets de 1998.

L'organisation des soins

Le réseau détaillera son organisation concernant la graduation des prises en charge, notamment l'offre de soins proposée pour les grossesses « à bas risque », et la répartition proposée pour l'accueil dans les maternités de niveaux 2 et 3, en détaillant les indications du lieu de suivi en fonction des problèmes recensés.

Les maternités de niveau 2 et 3 ont aussi un rôle d'offre de soins de proximité pour les grossesses à « bas risque ».

Les modalités de coordination des différents acteurs :

La coordination au sein du réseau est assurée par une équipe opérationnelle médico-administrative - tandem professionnel de santé/personnel administratif - afin d'assurer, le bon fonctionnement pluridisciplinaire du réseau, la coordination médicale nécessaire et la gestion du réseau.

Lorsqu'un comité de pilotage est identifié au sein du réseau de santé en périnatalité, il est proposé qu'il comprenne notamment un médecin de PMI ou une sage-femme territoriale afin de coordonner l'action du réseau avec les structures départementales de PMI.

Le réseau définit les modalités de coordination pluridisciplinaire choisies et les formalise au sein de la charte du réseau, afin de permettre à tout moment et à tout professionnel suivant une femme enceinte et appartenant au réseau de contacter un référent dans une maternité de niveau 2 ou 3, si nécessaire.

I.4. La définition d'une aire géographique pertinente des réseaux de santé en périnatalité

Un réseau couvre une aire géographique déterminée qui doit être décrite en terme de territoire précisant les structures et les professionnels impliqués. Ce territoire est défini à partir de l'état des lieux en termes de données épidémiologiques en lien notamment avec l'observatoire régional de santé, d'offre de soins et de besoins constatés. La population des femmes enceintes résidant sur ce territoire est la population cible du réseau.

Cette aire doit être définie en tenant compte des limites des réseaux voisins afin que l'ensemble de la population des femmes enceintes soit prise en compte dans la région considérée.

Cette aire ne répond pas nécessairement à une limite administrative départementale ou régionale.

En fonction de l'état des lieux ainsi effectué et analysé et compte tenu des besoins de santé en découlant, le réseau de santé en périnatalité définit le nombre approximatif de naissances qu'il prendra en charge.

Son dimensionnement doit répondre à l'adéquation entre l'ensemble des missions à accomplir par le réseau de santé en périnatalité et l'offre de soins présente sur le territoire choisi.

La taille du réseau de santé doit lui permettre de remplir les objectifs définis dans ce cahier des charges.

I.5. L'évolution et l'articulation entre réseaux

Les réseaux de santé en périnatalité devront, à terme et en tenant compte de l'existant, remplir l'ensemble des objectifs de ce cahier des charges.

L'articulation des réseaux entre eux est de ce fait fondamentale puisqu'elle permettra que, sur un territoire donné, la totalité des prestations soient offertes par le réseau ou éventuellement plusieurs réseaux coordonnés entre eux.

Les réseaux interétablissements devront s'ouvrir à la ville en amont et en aval afin de s'inscrire dans la politique de développement des réseaux de santé.

Les réseaux de proximité et les réseaux de prises en charge spécifiques sont repérés afin d'organiser leur convergence et leur lien avec les réseaux inter établissements et assurer ainsi la cohésion des politiques et stratégies du réseau inter établissement et du réseau de proximité.

Les réseaux de proximité étant habituellement centrés sur un établissement, cet établissement de proximité peut alors assurer l'interface avec le réseau interétablissement, dans le respect tant des décrets de 1998 que du fonctionnement et de l'efficacité de chacun.

Des structures juridiques adaptées et des plates-formes logistiques communes seront mises en place.

Les réseaux peuvent se fédérer pour mutualiser sur un territoire commun les moyens nécessaires aux objectifs définis des réseaux de santé en périnatalité.

I.6. Le lien avec les CRN

La CRN a pour mission notamment de favoriser le développement des réseaux dans le champ de la périnatalité.

La CRN peut permettre de coordonner les différents réseaux de santé en périnatalité de la région en particulier pour certains objectifs nécessitant une approche régionale (formations, évaluation...).

La CRN peut inviter le (les) réseau(x) à participer à ses réunions de travail.

De même, les réseaux peuvent inviter un représentant de la CRN à participer à leurs réunions.

I.7. L'engagement des professionnels

Les principes éthiques partagés :

Les membres du réseau partagent des principes éthiques. Le groupe européen d'éthique sur le traitement des informations médicales liste les recommandations suivantes : respect de la vie privée, secret médical, principe de finalité, principe de consentement, impératif éthique de sécurité des systèmes informatiques, droit à la transparence (standardisation des données personnelles de santé), exigence de participation, information et éducation.

Les recommandations de bonne pratique, les référentiels et les protocoles :

Le réseau a connaissance de l'actualité de ces recommandations et de ces référentiels élaborés au plan national par les sociétés savantes impliquées dans la périnatalité et par la Haute Autorité en santé. Il les diffuse et les applique en son sein, après discussions et décisions consensuelles sur des adaptations locales notamment. Les protocoles élaborés au sein du réseau sont également diffusés et appliqués.

A titre d'exemple, seront concernés :

- les recommandations pour les professionnels de santé concernant l'information des femmes enceintes ;
- les recommandations de pratique clinique concernant le suivi des femmes enceintes en prenant en compte le risque maternel et le risque foetal ;
- les recommandations de pratique clinique concernant les pathologies obstétricales ou les pathologies associées à la grossesse ;
- l'allaitement maternel ;
- les recommandations pour les sorties précoces après l'accouchement ;
- la conférence de consensus concernant grossesse et tabac, grossesse et alcool ;
- les règles de bonnes pratiques cliniques et biologiques en assistance médicale à la procréation et en imagerie médicale (échographies, IRM, scanner, radiologie conventionnelle ;
- les stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme ;
- les protocoles propres au réseau.

Les modalités de communication entre professionnels :

Elles concernent entre autres :

- la création d'un annuaire des professionnels « ressources » dans les différentes thématiques fixées par le réseau, exerçant ou non au sein du réseau. Cet annuaire peut aussi être disponible pour l'utilisateur ;
- les modalités de partage de l'information : bulletin papier, site internet ;
- les outils de télémédecine et en particulier les visioconférences qui seront favorisés car elles permettent d'élargir les réunions aux différents professionnels impliqués.

La formation :

Un corpus commun de formations comprenant notamment celles entrant dans le cadre des priorités d'action retenues au plan national est proposé par le réseau.

Par exemple : annonce du handicap, formation aux collaborations médico-psychologiques en périnatalité, formation à l'entretien individuel ou en couple dit « entretien du 4e mois », formation à la promotion de l'allaitement, formation au dépistage précoce des anomalies neurodéveloppementales et au suivi des nouveau-nés vulnérables...

Conformément à la mesure 1.1 du plan périnatalité la liste des professionnels ayant reçu la formation sur l'entretien prénatal pourra être diffusée au sein du réseau.

Les formations à la reprise de cas difficiles, en cohérence avec la [circulaire DHOS/DGS/O2/6C n° 2005-300 du 4 juillet 2005](#) relative à la collaboration médicopsychologique en périnatalité sont également favorisées.

D'autres formations sont par ailleurs proposées en fonction des besoins repérés et spécifiques à chaque réseau de santé.

Il est à noter que les modalités de transmission des informations d'ordre psychologique ou social doivent faire l'objet de formations spécifiques.

Dans tous les cas, il est essentiel que ces formations s'adressent de façon décloisonnée et multidisciplinaire à l'ensemble des professionnels concernés.

Les programmes de formation seront choisis de façon consensuelle entre les différents professionnels impliqués, hospitaliers, libéraux et territoriaux.

L'ensemble des principes éthiques partagés, l'engagement à suivre les recommandations de bonnes pratiques, les référentiels et protocoles communs validés, les formations proposées, les modalités de partage de l'information et d'évaluation choisies doivent être inscrits dans la charte du réseau, cosignée par l'ensemble des membres adhérents du réseau.

I.8. La place des usagers

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'usagers concernées doit siéger au minimum dans les instances du conseil d'administration du réseau.

Les usagers participent à l'évaluation du réseau.

I.9. L'information des femmes enceintes et des futurs parents

Les informations générales d'éducation à la santé sont précisées dans un document établi par la Haute Autorité de santé à l'usage des professionnels. Ces informations seront retranscrites de façon adaptée dans le carnet de maternité actuellement en refonte.

Le document d'information du réseau reprendra ces informations en partie ou en totalité.

Le réseau s'assurera de la bonne diffusion des carnets de maternité pour toute patiente prise en charge.

Une information précise et optimale sur les modalités de prise en charge offertes au sein du réseau est proposée aux patientes par le biais d'un document qui est élaboré par chaque réseau de santé.

Il ne paraît pas indispensable d'inclure dans ce document des informations de type données épidémiologiques générales ou régionales, et plus encore des données ciblées sur chaque maternité du réseau comme par exemple taux de césariennes, durée moyenne de séjour...

Il semble préférable que ces informations soient données à la demande du patient, dans le cadre d'un colloque singulier mais dans tous les cas les sources d'information possibles seront clairement explicitées.

L'information éclairée de la femme enceinte relative à l'offre de soins offerte par le réseau et l'engagement éthique du réseau proposé lui sont clairement donnés préalablement à son inclusion dans le réseau.

II. - MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE AU SEIN DU RÉSEAU DE SANTÉ EN PÉRINATALITÉ

II.1. Une prise en charge en amont et en aval de la naissance

L'accès précoce à une prise en charge adaptée :

Chaque réseau devra décrire les conditions de l'accueil précoce des femmes enceintes ainsi que l'organisation mise en place afin de permettre l'accès aux soins des femmes en situation de précarité socio-économique.

La possibilité de proposer un dispositif d'avance des frais pour les femmes les plus en difficulté devra être étudié en concertation avec les organismes locaux d'assurance maladie.

L'organisation mise en place pour la promotion de l'allaitement :

La promotion de l'allaitement doit être encouragée.

Le réseau incite toutes les maternités à établir une politique d'établissement vis-à-vis de l'allaitement maternel et à en évaluer le fonctionnement.

L'existence d'un numéro d'appel propre au réseau pour des conseils sur l'allaitement et d'éventuelles consultations de conseillères en allaitement sont précisés (lieu de ces consultations, modalités d'accès...) ainsi que les actions mises en place en lien avec les pédiatres libéraux exerçant dans les maternités et avec les associations actives dans ce domaine, le cas échéant.

L'organisation de la sortie de maternité :

La sortie de la maternité reste, en tout état de cause, une prescription de caractère médical, en lien avec les parents et après concertation entre le pédiatre de la maternité et l'équipe obstétricale. Elle se décide au cas par cas et sans impératif administratif.

Dans le cas des sorties précoces telles que décrites dans le référentiel ANAES (« Sortie précoce après accouchement - Conditions pour proposer un retour précoce à domicile » - Mai 2004), les ressources doivent être identifiées et répertoriées et leur place respective dans ce type de prise en charge est détaillée. Un document de liaison adapté et choisi par le réseau doit être utilisé de manière uniforme pour une transmission la plus claire possible.

En cas de sorties précoces ne correspondant pas aux indications du référentiel cité mais dues à des difficultés ou des choix d'organisation, la sortie est organisée dans le cadre du réseau avec les relais existants et en fonction de chaque situation individuelle. Une procédure de suivi au domicile est mise en place, en particulier avec le concours des sages-femmes libérales, des sages-femmes de PMI, d'une HAD du médecin traitant, et éventuellement en lien avec le centre périnatal de proximité s'il en existe un dans la zone considérée. L'ensemble de ces professionnels appartient si possible au réseau de périnatalité.

Dans tous les cas, la procédure mise en place doit permettre la pratique de l'examen de santé obligatoire du huitième jour dans les délais requis.

Certaines situations particulières, notamment psychosociales, nécessitent des durées de séjour plus longues et la maternité doit pouvoir s'organiser pour y faire face en lien avec la PMI en tant que de besoin.

Si des solutions alternatives existent, par exemple des projets expérimentaux d'hébergement de proximité dans des résidences accueillant la mère et l'enfant, elles sont identifiées au sein du réseau.

La visite de « sortie » du réseau :

Le réseau précise si une visite au domicile, se situant entre J8 et J15 suivant la sortie, est organisée pour chaque patiente, indépendamment des sorties précoces ou de problèmes particuliers repérés.

Cette visite marquerait de façon symbolique la fin de cette prise en charge au terme de laquelle la patiente et son (ou ses) nouveau-nés poursuivent leur contact avec le système de santé de façon adaptée à leurs besoins. Pour contribuer à la continuité de la prise en charge, le réseau organise la transmission d'une synthèse du dossier périnatal au médecin traitant.

A l'image de l'entretien prénatal, une évaluation de la santé de la femme (notamment en ce qui concerne les troubles éventuels de l'appareil pelvipérinéal) et de l'enfant, une information adaptée et des orientations pourraient être proposées. Cette visite permettrait par ailleurs d'aider à la résolution de divers problèmes possibles d'allaitement. Elle peut également permettre de s'assurer que la femme a bénéficié d'une information sur la contraception durant sa grossesse et dans le cas contraire, réaliser cette information.

Elle permettra d'autre part de recueillir les informations concernant les affections du nouveau-né révélées dans les premiers jours, en particulier celles qui ont nécessité une réhospitalisation.

Il pourrait y avoir à cette occasion une évaluation du réseau par un questionnaire de satisfaction auprès de l'utilisateur.

Lorsque cette visite au domicile est organisée, les conditions de son organisation, de son financement et les professionnels qui la mettent en oeuvre sont précisés.

Les échographies

Echographies de dépistage :

Il est important qu'elles soient pratiquées au moment voulu par des échographistes formés à ce dépistage. Elles ont lieu principalement en secteur libéral mais aussi au sein des maternités publiques ou privées. Le réseau veille à ce que les correspondants aient accès à une formation adaptée. Le réseau veille également à ce que ces échographies soient réalisées en cohérence avec les bonnes pratiques.

L'accessibilité à des professionnels formés, quel que soit leur secteur conventionnel, secteur 1 ou 2, doit être recherchée, afin que toute patiente du réseau ait accès aux échographies prévues, indépendamment des questions financières. Le réseau s'assure qu'une réponse à cette question est bien proposée.

Echographies de diagnostic (ou de référence) :

Elles peuvent avoir lieu dans les maternités et au sein du centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CPDPN) si la maternité en dispose.

Elles peuvent aussi être effectuées par des praticiens libéraux identifiés par le réseau et travaillant en lien avec le CPDPN.

Le réseau identifie les professionnels hospitaliers ou libéraux pratiquant ces échographies de référence en lien avec les CPDPN et en tenant compte des recommandations du Comité national technique de l'échographie de dépistage prénatal.

Le réseau décrit les modalités de contact (et en particulier de prise de rendez-vous) afin que pour toute patiente le nécessitant, le délai de rendez-vous soit le plus rapide possible.

Le diagnostic anténatal :

Le diagnostic anténatal est réalisé au sein des CPDPN, qui ont pour mission, entre autres, le diagnostic et l'orientation des patientes en fonction de la prise en charge nécessaire.

Ils établissent des liens formalisés avec le réseau de santé en périnatalité pour recevoir les patientes et les ré-adresser selon le suivi envisagé.

Les interruptions de grossesse pratiquées pour motif médical (IMG) :

L'accompagnement psychologique des IMG fait partie intégrante des missions des psychologues et des psychiatres ou pédopsychiatres intervenant en maternité en lien avec les professionnels libéraux ou du secteur de psychiatrie afin notamment de permettre un suivi s'il s'avère indiqué et si la patiente le souhaite.

Les interruptions volontaires de grossesse :

Les professionnels du réseau s'informent auprès de la permanence régionale d'information relative à l'IVG et à la contraception, de l'organisation mise en place pour répondre à une demande d'IVG. Ainsi ils pourront réorienter les <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhoso1o3cnamts-n-2006-151-du-30-mars-2006-relative-au-cahier-des-charges-national-des-reseaux-de-sante-en-perinatalite/>

femmes qui en font la demande par le biais du réseau, vers la structure la plus adaptée, que ce soit un établissement de santé, ou auprès d'un médecin de ville pratiquant des IVG médicamenteuses. Le réseau informe par ailleurs des possibilités d'accès à une prise en charge psychologique et réoriente la patiente vers les structures organisées concernées.

L'organisation des transferts in utero et en post-partum immédiat :

Une circulaire est en cours d'écriture, afin d'optimiser l'organisation des transports périnataux.

Le réseau veillera à ce que l'organisation des transports périnataux soit formellement décrite au sein du réseau et éventuellement en lien avec d'autres réseaux sur une zone géographique cohérente et définie, en cohérence avec les principes et recommandations de cette circulaire.

II.2. Un accompagnement psychosocial adapté

L'entretien individuel ou en couple dit entretien du quatrième mois.

Il permet à la femme d'élaborer un projet de suivi de grossesse et de naissance. Son contenu est fixé à partir des recommandations établies par la Haute Autorité de santé. Le document sera disponible dans l'année.

Le réseau organise des formations à cet entretien pour les sages-femmes et les médecins impliqués dans le suivi de la grossesse. Ces formations sont organisées suivant un référentiel qui est en cours d'élaboration.

Le réseau identifie et décrit les dispositifs d'aide, d'accompagnement et de soin psychique à mettre en oeuvre en cas de difficultés psychologiques et/ou sociales repérées.

Le réseau prévoit les contacts téléphoniques possibles pour une patiente en cas de difficulté psychosociale.

Il peut être prévu que la sage-femme qui a mené l'entretien du premier trimestre reste le professionnel de référence possible pour la femme, en cas de difficultés rencontrées dans le dispositif d'aide éventuellement proposé.

La création d'une cellule de pilotage de la mise en place de cet entretien au sein du réseau ou au niveau régional peut être envisagée. La composition et les missions de la cellule seront alors précisées.

L'accompagnement psychosocial périnatal :

Il fait partie intégrante de la prise en charge de la grossesse.

L'accompagnement périnatal implique tout professionnel amené à rencontrer la femme enceinte ou le couple.

La continuité et la cohérence des attitudes professionnelles, de la grossesse au suivi néonatal de l'enfant vulnérable, est un élément essentiel de cet accompagnement.

Les moyens mis en oeuvre pour cet accompagnement sont recensés, les psychologues ou psychiatres présents dans les maternités doivent être identifiés et leurs missions décrites ou connues des professionnels du réseau.

Le lien avec le secteur de psychiatrie et de pédopsychiatrie ainsi qu'avec l'offre de soins en psychiatrie libérale et en PMI est indispensable et sa formalisation est décrite.

Les réunions mises en place, de type « staff de parentalité » permettant de réunir les différents intervenants dans un but de cohérence et avec un souci de confidentialité, sont décrites.

L'organisation de cet accompagnement peut se penser à trois niveaux complémentaires et articulés entre eux :

- un niveau d'intervention sur site correspondant à une action de soins réunissant autour du psychologue/psychiatre tous les professionnels impliqués dans cet accompagnement ;
- un niveau de conseil ou de ressource, situé sur un site ayant une expérience satisfaisante de l'accompagnement périnatal.

Le rôle de ce site serait de conseiller les intervenants locaux pour les cas difficiles ce qui suppose une organisation permettant une disponibilité vingt-quatre heures sur vingt-quatre.

- un niveau de pilotage pouvant se situer au sein du réseau ou encore commun à plusieurs réseaux ou encore localisé au sein de la CRN.

Il réunit les représentants de chaque discipline concernée par l'accompagnement périnatal et répond à différents objectifs :

- dégager un mode de pensée consensuelle sur l'accompagnement périnatal ;
- élaborer une politique de formation concertée pour l'ensemble des acteurs ;

- organiser le recueil de l'activité ;
- analyser les difficultés de collaboration ;
- organiser les formations sur les reprises de cas difficiles en veillant à la participation des professionnels du secteur libéral.

La prise en charge des femmes enceintes ayant des problèmes psychiatriques :

La prise en charge se fait en lien avec les équipes connaissant la future mère si elle est déjà suivie et en lien avec la PMI.

L'organisation d'un lien formalisé avec le secteur de psychiatrie adulte pour demande d'avis en urgence et transfert si nécessaire est décrite.

L'annuaire du réseau doit comporter la liste des psychiatres libéraux acceptant de participer à un suivi conjoint.

Les modalités d'intervention d'un psychiatre au moment de l'accouchement quand la situation clinique le nécessite en urgence et quelle n'a pu être envisagée auparavant sont précisées.

Un suivi conjoint obstétrical et psychiatrique en unité psychiatrique quand la pathologie de la patiente le nécessite peut être indiqué ainsi qu'une hospitalisation en unités mères-bébés.

La coordination entre psychiatres pédopsychiatres et PMI est un élément fondamental de cette prise en charge parfois difficile.

La prise en charge des décès en maternité, en néonatalogie et en réanimation néonatale :

La Haute Autorité en santé a été saisie pour élaborer un guide de bonne pratique.

Les équipes sont formées à l'accompagnement des familles.

Le réseau de santé élabore des modalités de prise en charge psychologique rapide en lien avec le secteur hospitalier ou libéral.

II.3. Une prise en charge adaptée à des problématiques spécifiques ou répondant à des besoins repérés comme importants dans une région

Le réseau se doit d'anticiper les difficultés pouvant résulter des problématiques spécifiques énumérées ci-dessous, qu'elles surviennent avant la naissance ou qu'elles se révèlent majeures après la naissance.

Dans tous les cas, le réseau a pour mission d'identifier les ressources présentes sur le territoire. L'annuaire du réseau doit comporter la liste de ces professionnels.

D'autre part, le rôle du réseau est de les mettre en lien afin d'optimiser les trajectoires des patientes entre les différents professionnels participant à leur prise en charge.

Enfin, les processus d'orientation des patientes doivent être décrits et connus de l'ensemble des professionnels.

La précarité d'ordre socio-économique :

Ces difficultés qui peuvent se révéler majeures au moment de la naissance et après doivent être anticipées.

Il convient qu'un recensement soit fait en partenariat avec les collectivités territoriales, des lieux d'accueil possibles (CHRS, foyers maternels, Samu social). Ce recueil d'informations est centralisé en un point identifié du réseau.

Les établissements bénéficiant de PASS sont également identifiés pour une mise en lien avec les services sociaux de toute maternité du réseau.

Les coordonnées de toutes ces structures sont regroupées dans un annuaire mis à disposition de tout professionnel assurant le suivi de la femme enceinte.

La mise en place d'un travail en partenariat avec les associations caritatives est favorisée sous forme de liens formalisés, voire de conventions de collaboration.

Dans le cadre de difficultés associées d'ordre linguistique ou culturelle, la liste des interprètes disponibles et de leurs modalités de recours est établie.

Les addictions

Tabac : les lieux de consultation multidisciplinaires d'aide à l'arrêt du tabac sont identifiés et connus des professionnels afin de pouvoir orienter les futures mères dès la mise en évidence de l'existence d'un tabagisme.

Les maternités du réseau s'engagent à être des espaces strictement non fumeurs.

Alcool : le réseau met au point une stratégie de repérage et de quantification de la prise d'alcool pendant la grossesse, et décrit les modalités de prise en charge proposées, notamment les liens organisés avec les centres d'alcoologie.

La toxicomanie : le travail se fait en lien avec les centres spécialisés et/ou les médecins libéraux ayant déjà en charge ces patientes.

L'accueil des femmes n'est pas différencié et l'objectif reste de pouvoir prendre en charge ces femmes dans la maternité de leur choix sous couvert d'une formation adaptée du personnel soignant organisée par le réseau.

Néanmoins, il s'agit d'une grossesse à risque, qui pourra à ce titre être orientée vers une maternité plus habituée à ce type de problématique avec activation de l'étayage nécessaire au suivi de la mère et de l'enfant en respectant la confidentialité et en évitant toute stigmatisation. Le réseau repère les maternités qui ont mis en place un suivi particulier afin de proposer aux femmes ces lieux de suivi.

La possibilité de traitement de substitution et les modalités d'accès à ce type de traitement sont décrites.

Les expositions à risque

L'intoxication au plomb :

Après repérage des situations à risque, la patiente est orientée vers une équipe qui pourra étudier avec elle les possibilités de se soustraire à cette exposition.

La prise en charge des femmes ayant été exposées au Distilbène :

Les équipes ayant l'expérience des complications possibles sont identifiées au sein de la région, afin d'orienter les femmes, pour avis ou prise en charge spécifique si nécessaire.

Les populations spécifiques

Les adolescentes :

Ces grossesses sont repérées au sein du réseau et sont orientées vers des référents psychosociaux identifiés pour une évaluation plus précise de la situation si nécessaire, en lien avec les professionnels suivant cette grossesse.

La coordination avec les psychiatres et pédopsychiatres est un élément fondamental de cette prise en charge parfois difficile.

Le suivi des femmes ayant une maladie chronique :

Le lien avec les équipes spécialisées qui les connaissent déjà est favorisé avec le maintien d'un suivi conjoint.

Le suivi des femmes ayant un handicap :

Le repérage de difficultés particulières doit être suivi d'une adaptation des réponses en lien avec les équipes éventuellement plus adaptées aux besoins de la patiente.

L'annuaire du réseau comprendra les coordonnées de ce type d'équipes

II.4. Un suivi organisé des nouveau-nés vulnérables

Les objectifs :

- assurer le dépistage et l'orientation précoce des déficiences majeures mais également des déficiences modérées et mineures ;
- fournir des informations quantitatives permettant de définir précisément quels sont les besoins nécessaires à la prise en charge des enfants vulnérables (CAMSP, par exemple) ;
- fournir des données épidémiologiques permettant pour certains groupes (grands prématurés, en particulier) de préciser leur pronostic, de comparer les pronostics entre régions et de donner ainsi aux équipes soignantes un retour sur

leurs pratiques. C'est un complément essentiel à toute évaluation d'une politique périnatale ;

- améliorer la prise en charge globale des enfants non vulnérables du fait de la formation générale dispensée aux médecins responsables du suivi ;
- donner aux familles la possibilité de poursuivre le suivi. Les familles se sentent souvent très entourées durant l'hospitalisation néonatale puis « abandonnées », « livrées » à elles-mêmes à la sortie du service de néonatalogie face à un système de santé qu'elles connaissent mal. Offrir un suivi organisé est un élément extrêmement rassurant pour les familles. Cet objectif est en lui-même un objectif majeur et suffisant à justifier la mise en place d'une telle organisation.

Les enfants concernés :

Au moins tous les enfants hospitalisés en période néonatale devraient faire l'objet d'un suivi spécifique organisé dans le cadre des réseaux de santé en périnatalité afin de mesurer l'impact des pathologies périnatales mais aussi l'impact de l'hospitalisation elle-même sur l'enfant et sa famille (quelle que soit la durée d'hospitalisation).

Néanmoins, cette population représentant environ 10 % des nouveau-nés, il n'apparaît pas pour l'instant réaliste d'envisager un suivi structuré et précis de tous ces enfants.

Par conséquent, il convient de choisir des groupes qui paraissent les plus à risque et notamment :

- les grands prématurés d'âge gestationnel 32 SA à haut risque de déficiences modérées ou mineures qui peuvent entraver la scolarité mais aussi l'intégration dans la famille et dans la société ;
- tous les enfants ayant présenté une pathologie lourde en période néonatale et notamment ceux hospitalisés en réanimation néonatale ;
- les enfants sans pathologie périnatale sévère mais ayant nécessité une hospitalisation prolongée (par exemple, en raison d'un faible poids de naissance et/ou d'une prématurité modérée) ;
- les enfants présentant un risque particulier éventuel sur le plan psychique et/ou somatique (enfants nés à la suite d'une AMP ou après diagnostic en CPDPN, enfants nés de mères séropositives pour le VIH, enfants dont la mère a souffert d'une dépression grave durant la grossesse ou en post partum,...).

Il est évidemment possible de limiter ou d'élargir le suivi à d'autres groupes particuliers de patients.

Organisation du suivi :

Le projet de suivi envisage la prise en charge de l'enfant dans sa globalité physique et psychique au plus près de son domicile, par un médecin en situation de coordonner l'ensemble des prestations offertes à l'enfant par le système sanitaire social et éducatif. En pratique, l'organisation du suivi doit être très fortement ancrée dans le secteur extra-hospitalier en faisant participer les médecins libéraux (pédiatres, neuropédiatres et médecins généralistes), les kinésithérapeutes, les médecins rééducateurs fonctionnels, les psychomotriciens, les orthophonistes, les ophtalmologistes, les médecins ORL ainsi que les institutions : CAMSP, PMI, médecine scolaire, CMP, CMPP, SESSAD...

Cependant, le tissu des professionnels qui doit être impliqué dans le suivi des enfants vulnérables est très variable d'un réseau à l'autre ou d'une région à l'autre tant sur le plan qualitatif que quantitatif. Il appartient donc à chaque réseau d'identifier, en fonction des réalités locales, les professionnels disponibles pour développer ce type de suivi.

Quelle que soit l'organisation retenue, il apparaît dans tous les cas absolument nécessaire de motiver les familles au suivi et des les informer, en tenant compte notamment de l'avis des associations d'usagers. L'information sur le suivi est d'autant plus facilement acceptée qu'elle est précoce.

III. - TRANSMISSION DE L'INFORMATION ET ÉVALUATION DES RÉSEAUX

III.1. Un dossier périnatal partagé

Le réseau doit fonctionner avec un dossier partagé par tous les membres du réseau.

Chaque réseau construit le dossier périnatal qui lui convient le mieux et définit de façon consensuelle le support (informatique ou papier), le nombre d'items et le contenu type. Chaque dossier doit contenir les éléments cliniques, paracliniques et psychosociaux pertinents et utiles à la prise en charge de la patiente.

Néanmoins, tous les dossiers, quel que soit le réseau, doivent comporter au minimum :

- les données habituelles du suivi clinique, biologique et échographique de la grossesse ;
- les items permettant de construire les indicateurs périnatalité (liste fournie en annexe).

Il est à noter que les modalités de transmission des informations d'ordre psychologique ou social doivent faire l'objet de formations spécifiques.

La circulation du dossier périnatal sous sa forme papier entre les différents professionnels impliqués dans la prise en charge est assurée par la patiente, qui garde l'intégralité de son dossier avec elle et le présente à chaque nouvelle

<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhoso1o3cnamts-n-2006-151-du-30-mars-2006-relative-au-cahier-des-charges-national-des-reseaux-de-sante-en-perinatalite/>

consultation.

L'expérience a montré que les risques de perte du dossier sont plus théoriques que réels. En revanche, il convient que le professionnel qui reçoit la patiente garde une trace de la consultation, ce qui implique une double saisie.

Cette question ne se posera plus dans les mêmes termes lorsque le dossier sera informatisé et accessible pour l'ensemble du réseau.

Le dossier est remis à la patiente au moment de son inclusion dans le réseau, selon des modalités qui sont décrites par le réseau. Il est souhaitable que l'établissement de santé en conserve un double.

La mise en oeuvre d'un dossier communiquant de périnatalité est un objectif à retenir mais sa mise en oeuvre n'en est qu'à ses débuts. Des travaux sont en cours au plan national pour permettre un déploiement de ce type de dossier partagé au sein de l'ensemble des réseaux de santé en périnatalité.

Le lien avec le carnet de santé de maternité :

Le carnet de santé de maternité, actuellement en cours de refonte, sera à visée d'éducation et d'information. Les feuillets autocopiant permettant le suivi médical seront vraisemblablement enlevés et remplacés par le dossier du réseau. Il est donc souhaitable que la femme reçoive, en même temps quand cela est possible, le dossier périnatal du réseau et le carnet de maternité, qui sont donc complémentaires.

Lorsque la patiente ne désire pas être incluse dans le réseau ou lorsque le professionnel qui la prend en charge n'est pas un membre du réseau, il apparaît néanmoins nécessaire que ce dossier réseau lui soit donné. L'organisation permettant cette distribution sera envisagée localement en lien avec les différents acteurs concernés.

III.2. Une démarche d'évaluation envisagée dès la création du réseau

Au niveau national : l'ensemble des réseaux, toute disciplines confondues, doivent faire l'objet d'une évaluation interne tous les ans, et d'une évaluation externe tous les trois ans. Une circulaire en cours d'élaboration précisera les conditions de celle-ci.

Au niveau spécifique des réseaux de santé en périnatalité :

Les staffs d'analyse des dossiers contribuent à l'amélioration des pratiques au sein du réseau.

Ils sont ouverts à tous les acteurs médicaux de la prise en charge médicale (sages femmes, gynéco-obstétriciens, pédiatres, médecins généralistes...)

La participation des référents d'anatomopathologie et de génétique est souhaitable ;

Il s'agit d'une démarche de retour sur des cas ayant posé problème avec analyse des processus décisionnels et qui a une grande valeur formative.

Le contenu est variable : analyse des transferts mère ou enfant, analyse des césariennes en urgence et des hémorragies graves de la délivrance, analyse rétrospective des décès en salle de naissance, en néonatalogie ou en réanimation néonatale, souffrances foetales aiguës...

L'enregistrement suivi des données d'évaluation est une des missions des réseaux de santé en périnatalité :

Il s'agit tout d'abord de recueillir les items indispensables à la construction des indicateurs nationaux en santé périnatale : PERISTAT.

La liste de ces indicateurs est fournie en annexe.

Par ailleurs les items permettant l'évaluation des réseaux de santé en périnatalité seront également recueillis.

L'évaluation des réseaux de santé en périnatalité répond à plusieurs objectifs :

- mesurer l'impact de la politique de réseau en étudiant l'adéquation entre le lieu d'accouchement et le niveau de risque des patientes et/ou de leurs nouveau-nés ;
- évaluer le fonctionnement du réseau sur le plan quantitatif et qualitatif conformément à sa charte ;
- évaluer les pratiques au sein du réseau au plan médicopsychosocial ;
- évaluer l'efficacité de la politique de réseau sur la santé des mères et des enfants au sein des réseaux périnataux et en population générale.

Cette évaluation se construit à partir de divers indicateurs :

<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhoso1o3cnamts-n-2006-151-du-30-mars-2006-relative-au-cahier-des-charges-national-des-reseaux-de-sante-en-perinatalite/>

- indicateurs de recrutement ;
- indicateurs des pratiques professionnelles ;
- indicateurs des règles de transferts anténataux ;
- indicateurs du transfert des mères en postnatal ;
- indicateurs du maintien ou du transfert des nouveau-nés en fonction de la pathologie ou du plateau technique ;
- indicateurs de l'efficacité et de l'efficience du réseau.

Le recueil d'items permettant de construire cette évaluation est pensé d'emblée afin qu'ils apparaissent dans le dossier périnatal ou que leur extraction soit organisée à partir de données dont le recueil est déjà réalisé.

Une liste indicative et non exhaustive d'items est fournie en annexe (annexe II).

ANNEXE I
LISTE DES INDICATEURS - PÉRISTAT

CATÉGORIE	ESSENTIELS	RECOMMANDÉS	RECOMMANDÉS ET À DÉVELOPPER
Santé périnatale	E 1. Taux de mortinatalité *. E 2. Taux de mortalité néonatale *. E 3. Taux de mortalité infantile *. E 4. Distribution du poids de naissance *. E 5. Distribution de l'âge gestationnel ***	R 1. Prévalence de certaines anomalies congénitales (trisomie 21 et anomalies du tube neural). R 2. Distribution du score d'Apgar à 5 minutes.	D 1. Causes de décès périnataux. D 2. Prévalence des paralysies cérébrales. D 3. Prévalence des encéphalopathies ischémiques hypoxiques
Santé maternelle	E 6. Taux de mortalité maternelle (selon l'âge et le mode d'accouchement).	R 3. Taux de mortalité maternelle par causes obstétricales.	D 4. Prévalence de la morbidité maternelle sévère. D 5. Prévalence des lésions du périnée. D 6. Prévalence des incontinences fécales. D 7. Dépression du post-partum.
Caractéristiques de population ou facteurs de risque	E 7. Taux de grossesses multiples. E 8. Distribution de l'âge maternel. E 9. Distribution de la parité.	R 4. Proportion de femmes qui fument pendant la grossesse. R 5. Distribution du niveau d'études maternelles.	D 8. Distribution du pays d'origine de la mère.

Système de soins	E 10. Distribution des naissances selon le mode d'accouchement (selon la parité, le nombre de fœtus, la présentation fœtale et un antécédent de CS).	R 6. Pourcentage de grossesses faisant suite à un traitement de l'infertilité. R 7. Distribution de l'âge gestationnel à la première consultation prénatale. R 8. Distribution des naissances selon le type de début du travail. R 9. Distribution des lieux de naissance. R 10. Pourcentage des enfants allaités après la naissance. R 11. Pourcentage de naissances très prématurées dans un établissement sans service de réanimation néonatale.	D 9. Indicateur de soutien maternel. D 10. Indicateur de satisfaction maternelle. D 11. Proportion d'accouchements par une sage-femme. D 12. Proportion d'accouchements sans intervention médicale.
<p>(*) Selon l'âge gestationnel (AG), le poids et le nombre de fœtus. (**) Selon le statut vital, l'AG et le nombre de fœtus. (***) Selon le statut vital et le nombre de fœtus Zeitlin J, Wildman K, Bréart G. Indicators to monitor and evaluate perinatal health in Europe. Eur. J Obstet. Gynec Reprod. Biol. 2003, 111 suppl. : S 13.</p>			

ANNEXE II PROPOSITIONS D'ITEMS PERMETTANT LA CONSTRUCTION DE L'ÉVALUATION DES RÉSEAUX DE SANTÉ EN PÉRINATALITÉ

Définition de la population et des établissements concernés :

- domiciliation ;
- établissement d'hospitalisation de la mère ;
- référencement ;
- transfert anténatal avec établissement de provenance et établissement de destination ;
- transfert et retransfert des nouveau-nés avec établissement de provenance et de destination.

Population des mères à haut risque périnatal :

- âge maternel ;
- date de la première consultation liée à la grossesse ;
- poids de la mère avant grossesse, taille de la mère ;
- parité ;
- antécédent de maladie chronique nécessitant un suivi spécifique de la grossesse ;
- antécédent périnatal de prématurité, mort fœtale (à partir de 22 SA) mort néonatale avant retour à domicile, malformation sévère ou maladie héréditaire ;
- utérus cicatriciel ;
- procréation médicalement assistée ;
- tabagisme pendant la grossesse ;
- alcoolisation maternelle ;
- toxicomanie ;
- précarité.

Issue de la grossesse :

- interruption médicale de grossesse ;
- mort fœtale in utero ou perpartum ;
- mort-nés ;
- né vivant.

Identification des grossesses pathologiques :

- grossesses gémellaires ou multiples ;

- malformations foetales ;
- suspicion de retard de croissance diagnostiqué in utero ;
- diabète maternel, HTA chronique, prééclampsie, éclampsie, HRP, HELLP syndrome, placenta praevia, hémorragique ;
- procidence du cordon ;
- rupture prolongée des membranes ;
- menace d'accouchement prématuré ;
- infection maternelle.

Traitements maternels :

- corticothérapie anténatale ;
- utilisation d'antibiotiques chez la mère ;
- utilisation d'antiviraux chez la mère.

Tranfert maternel ou orientation vers un autre établissement :

- âge gestationnel ;
- but recherché.

Caractéristiques et pathologies de l'accouchement :

- déclenchement : sur indication médicale, sur demande maternelle, pour éloignement du domicile ;
- présentation ;
- mode d'accouchement ;
- extraction instrumentale ;
- anesthésie générale ou locorégionale ;
- hémorragie de la délivrance sévère ;
- mutation ou transfert post-partum pour prise en charge d'une complication ;
- décès maternel ;
- allaitement maternel mixte ou exclusif à H 48.

Caractéristiques de la naissance :

- maternité de naissance ;
- naissance hors d'un hôpital, volontaire ou involontaire ;
- sexe, âge gestationnel, poids de naissance, taille, périmètre crânien.

Pathologies du nouveau-né en salle de travail :

- intubation en salle de naissance ;
- né vivant et décès en salle de naissance.

Hospitalisation(s) et pathologies néonatales :

- hospitalisation néonatale en DMS ;
- score CRIB II ;
- détresse respiratoire ;
- dysplasie bronchopulmonaire ;
- infection néonatale bactérienne certaine ou probable ;
- infections nosocomiales ;
- pathologie neurologique lourde ;
- autres pathologies.

Gestes techniques et traitements du NN :

- ventilation sur sonde d'intubation, durée ;
- ventilation non invasive, durée ;
- oxygénothérapie, durée ;
- cathétérisme central, durée ;
- administration de surfactant ;
- utilisation de l'oxyde nitrique inhalé ;
- transfusion sanguine.

Evolution du NN :

- décès postnatal et âge au décès ;
- poids de sortie.

Satisfaction des patients :

- démarche d'accompagnement psychosocial ;
- visite de sortie du réseau ;
- allaitement poursuivi constaté lors de la visite de sortie du réseau.

ANNEXE III

LISTE DES PRINCIPAUX SIGLES

AMP (aide médicale à la procréation) ;
ARH (agence régionale d'hospitalisation) ;
ASE (aide sociale à l'enfance) ;
CAMSP (centre d'action médicosocial précoce) ;
CMP (centre médico-psychologique) ;
CMPP (centre médico-psycho-pédagogique) ;
CHRS (centre d'hébergement et de réinsertion sociale) ;
CPDPN (centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal) ;
CPP (centre périnatal de proximité) ;
CRN (commission régionale de la naissance) ;
DNDR (dotation nationale de développement des réseaux) ;
DRDR (dotation régionale de développement des réseaux) ;
HAD (hospitalisation à domicile) ;
HAS (Haute Autorité en santé) ;
PASS (permanence d'accès aux soins de santé) ;
PMI (protection maternelle et infantile) ;
SAMU (service d'aide médicale d'urgence) ;
SESSAD (service d'éducation et de soins à domicile) ;
SMUR (service mobile d'urgence et de réanimation) ;
SROS (schéma régional d'organisation sanitaire) ;
URCAM (union régionale des caisses d'assurance maladie) ;
VIH (virus de l'immunodéficience humaine).

Source Bulletin Officiel n°2006/4 du 15 mai 2006