

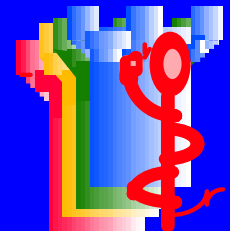
Les maternités en réseau : pourquoi faire ?

J.Lansac

Département de Gynécologie Obstétrique .

CHU Bretonneau .

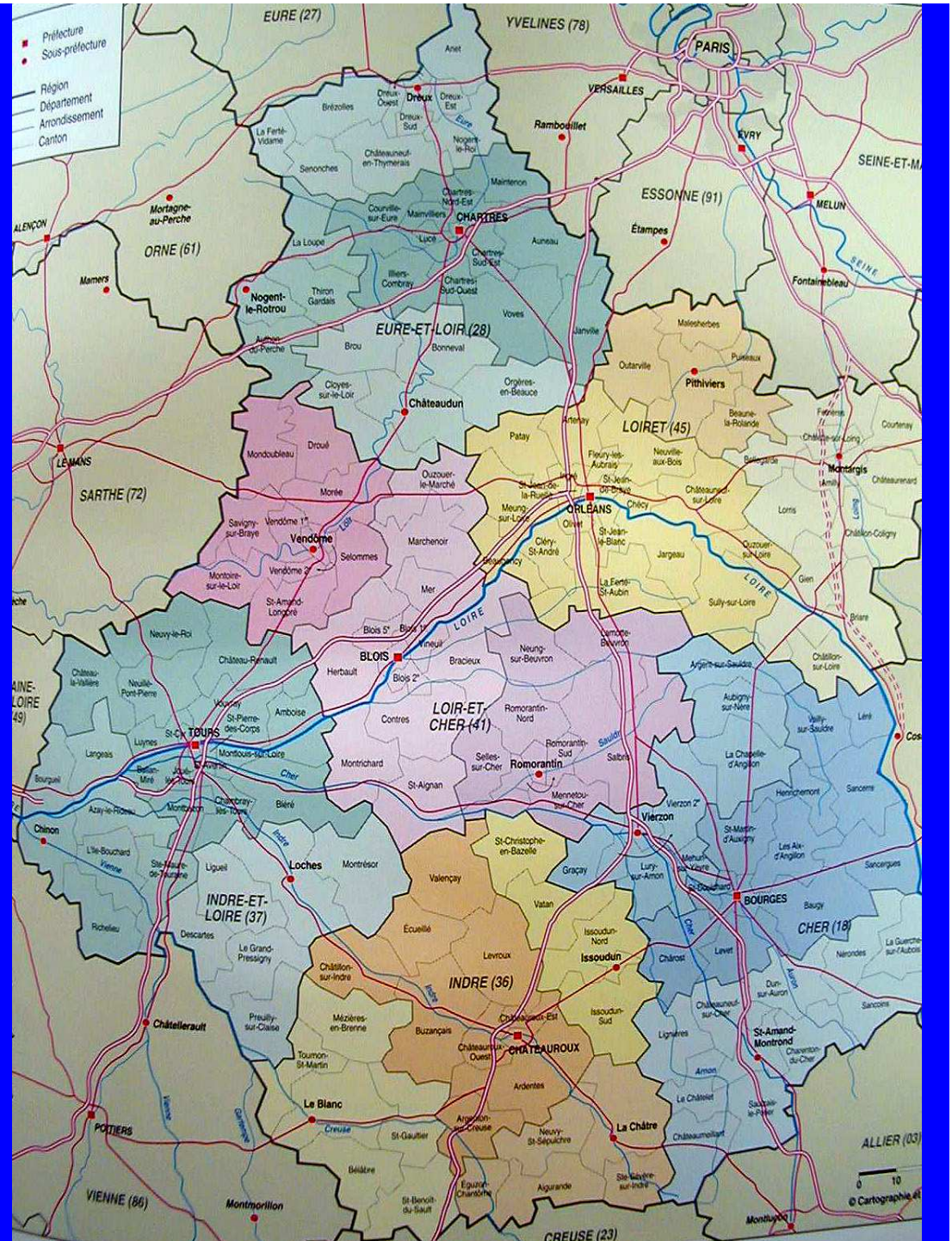
□ Tours . France





Perinat Centre
Réseau de périnatalité de la région Centre

Qu'est ce
qu'un réseau ?





Perinat Centre
Réseau de périnatalité de la région Centre

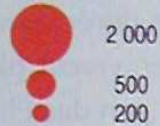
Où ont lieu les naissances?



la population

Accroissement naturel =
naissances moins décès
entre 1982 et 1990

Plus de naissances
que de décès



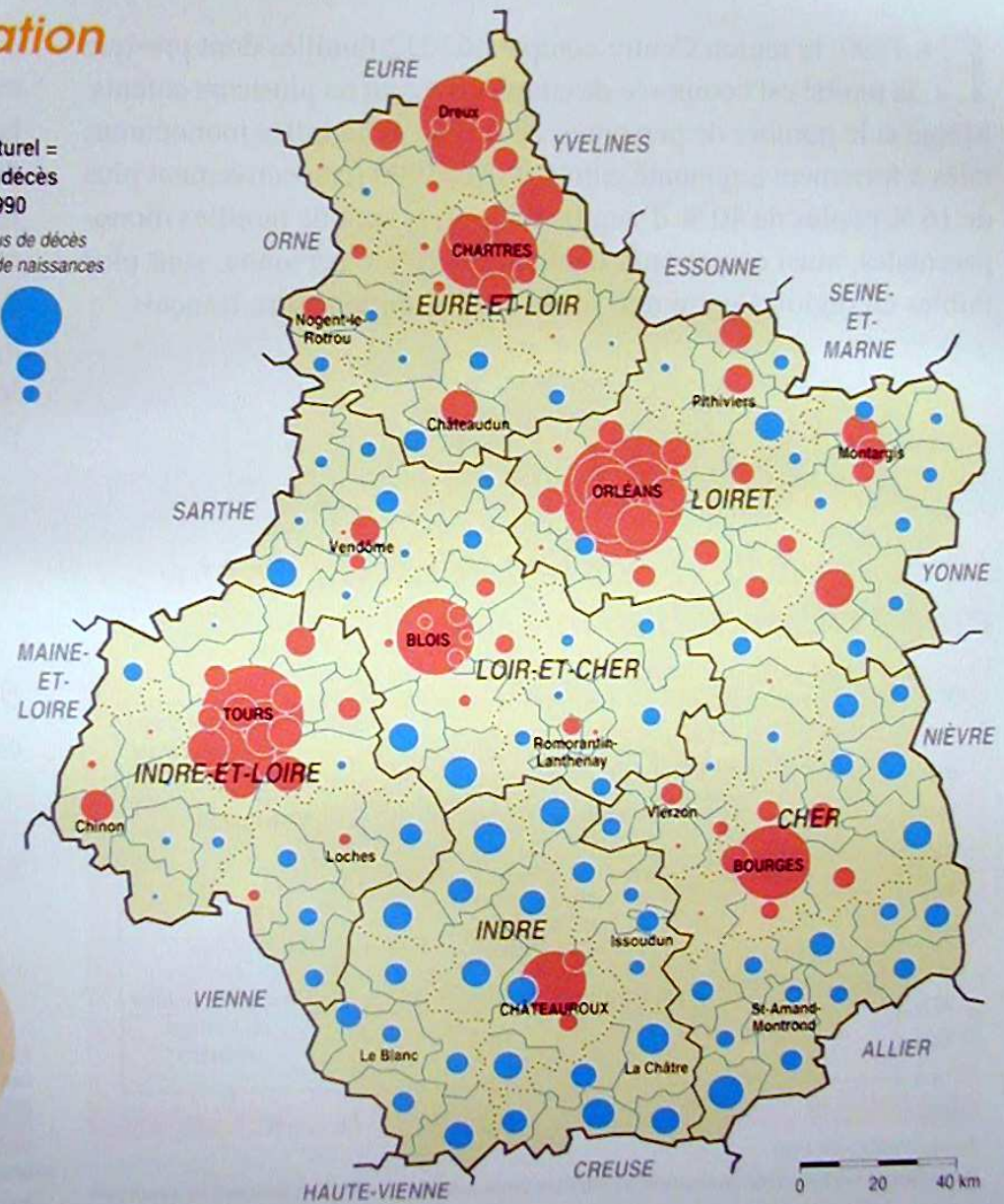
Plus de décès
que de naissances



Orléans	: + 7 981
Tours	: + 5 703
Blois	: + 3 279
Chartres	: + 2 451
Bourges	: + 3 148
Châteauroux	: + 2 450



CENTRE :
+ 49 118 habitants



Les grossesses à problèmes

- Naissance avant 34 SA ou <1800g = 4%
- Les grossesses multiples =1%
- Pathologie fœtale : malformés , malades
- Pathologie maternelle :HTA, =4%

Placenta praevia =0,5%

Hématome RP=0,5%

- 1 à 2% des femmes sont transférées

Les réseaux

Textes fondateurs



Perinat Centre
Réseau de périnatalité de la région Centre

Un peu d'histoire

- Apparition des réseaux dans les années 1970 du fait :
 - ☒ de l'accélération des connaissances médicales
 - ☒ de la volonté des médecins de rompre leur isolement
 - ☒ des problèmes économiques et de leur conséquence sur la recrudescence de la pauvreté, déterminant majeur de la santé
 - ☒ de la nécessité de faire appel à de multiples intervenants et de travailler ensemble.

Un peu d'histoire (2)

- Premiers réseaux en 1970 dans les zones précarisées
- Même démarche dans les années 1980 en milieu rural pour les personnes âgées (du fait de la décentralisation)
- Apparition des réseaux Toxicomanies et VIH au début des années 1990



Un peu d'histoire (3)

- Des réseaux initiés par les professionnels de santé pour essayer de répondre au mieux aux besoins des gens
- Dans la plus parfaite absence de textes.





Apparition des textes

- Première circulaire :
 - circulaire DGS/DH n°612 du 4 juin 1991 relative à la mise en place des réseaux ville-hôpital dans le cadre de la prévention et de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes atteintes d'infection à VIH.
 - Sous la pression de l'association AIDES
 - Devant le "vide sidéral" rencontré par les patients à leur sortie des services hospitaliers

La circulaire du 4 juin 1991

- faciliter les échanges et la communication entre les différents intervenants
- améliorer les rapports entre l'hôpital et la ville pour diffuser et diversifier les soins et concourir à la prévention
- suivie de nombreuses autres circulaires centrées sur des populations ou des pathologies



Les ordonnances de 1996

- La confusion sémantique :
 - ↑ un texte destiné aux hôpitaux pour une meilleure organisation et une graduation des soins, et non aux acteurs de terrain (code de santé publique) : réseaux inter établissements
 - ↑ un deuxième texte impulsé par les économistes pour de nouvelles modalités de financements (code de la sécurité sociale)
- Les 500 réseaux déjà existants sur le terrain ont cru trouver une légitimité dans des textes qui ne leur étaient pas destinés.

La circulaire du 25 novembre 1999

- Fait le point sur les réseaux de soins existants et les classe en 4 types :
 - inter établissements (périnatalité, oncologie..), thématiques purs (douleur, soins palliatifs..),
 - réseaux de santé de proximité, Ville /hopital
- Définit un cahier des charges unique pour l'ensemble des réseaux candidats à un financement de l'État.



Les règles de vie d'un réseau

- Un "père fondateur" ayant légitimité auprès des acteurs de terrain
- Une complémentarité entre les membres du réseau
- La légitimation au moins par une institution
- Un dispositif en permanence dynamique

Les outils indispensables au développement du réseau

- La formation continue, pluridisciplinaire et transprofessionnelle
- La coordination des formations, des pratiques, de la réflexion sur la stratégie du réseau
- la communication entre les professionnels, avec le public et avec les institutions
- l'évaluation de la satisfaction des patients et des professionnels



Les difficultés du travail en réseaux

- Une longue maturation nécessaire pour une "culture commune"
- La culture du soin et non de la prévention
- Pas de résultat à court terme sur la santé de la population
- Le cloisonnement des financements : hospitalier, ambulatoire, médico-social
- La multiplication des réseaux thématiques

La loi du 4 mars 2002-Art 84

- Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires.
- Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic, que des soins.



Perinat Centre
Réseau de périnatalité de la région Centre

Les textes récents

- La loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 et le décret d 'application du 25/10/2002 relatif au financement des réseaux.
- La loi du 4 mars 2002, le décret du 17/12/2002 relatif aux critères de qualité et conditions d 'organisation, de fonctionnement et d 'évaluation des réseaux.
- La circulaire du 19/12/2002 relative aux réseaux de santé qui annule et remplace la circulaire de novembre 1999.



Cahier des charges réseaux périnatalité

DHOS 2006



Perinat Centre
Réseau de périnatalité de la région Centre

Définition Missions

- Organiser prise en charge globale :dépistage , soins ,soutient psycho-social
- Prise en charge continue :ville hopital
- Favoriser collaboration entre professionnels
- Informer accompagner les futurs parents
- Formation des professionnels
- Evaluer les pratiques
- Recueillir et transmettre les données épidémiologiques

Acteurs du réseau

- **Professionnels de santé :**
 - SF libérales , territoriales , hospitalières
 - Médecins : G/O; pédiatres , généralistes ,écho,psy
- **Institutions :**
 - PMI
 - Hôpital ,cliniques , HAD,ASE
- **Autres réseaux :** HIV , addictologie , précarité

Aire géographique

- Fonction épidémiologie
- Ensemble de la population
- Limites différentes limites régionales ,
départementales
- Limites adéquation avec mission

Lien avec la Commission régional de la naissance

- Coordonne plusieurs réseau
- Si une CRN et un réseau : partage des tâches
- Organisation IVG

Engagement des professionnels

- Principes éthiques partagés RPC, Référentiels , protocoles
- Communication :annuaire , site web , téléconférence , Dossier commun
- Formation :entretien 4 éme mois , allaitement ,suivi nouveaux nés vulnérables

Place des usagers

- Associés à la création
- Participent comité pilotage
- Evaluation
- Information des futurs parents
 - Document général
 - Données épidémiologiques : taux césar , épisiotomie , péridurales???

Prise en charge dans le réseau

- Accès précoce et accueil
- Echographie liste échographistes agréés
- Diagnostic prénatal
- IVG IMG
- Transfert in utéro ou post partum
- Promotion allaitement
- Organisation sortie : HAD
- Visite sortie du réseau J8-J15

Accompagnement psycho-social

- Comité pilotage :
 - Entretien du 4^{ème} mois
 - Dépistage suivi enfant vulnérable
 - Lien PMI , pédopsy
 - Suivi femmes handicapées , maladie chronique
- Suivi femme problèmes Psy
- Prise en charge décès maternité , en réa néonatale
- Suivi femmes adolescentes , précarité , addiction
- Suivi enfants vulnérables : CAMPS,PMI

Evaluation

- **Dossier prénatal partagé**
 - Indicateurs :Péristat
 - Carnet maternité
 - Informatique
 - Lien DMP
 - Hébergeur :régional non hospitalier
- **Evaluation :**
 - Niveau régional , national
 - Pratiques professionnelles
 - Transferts
 - Efficacité réseau

Le réseau périnatalité de la région Centre

- Un réseau inter établissements = 23 établissements ,30 000 Accouchements /an
- 3 niveaux de prise en charge selon les décrets de 1998
- Permettant d 'assurer la bonne orientation des femmes enceintes dans une structure appropriée au niveau de risque constaté lors de la grossesse.

Les différentes maternités

Niveau I :

- pas d'unité de néonatalogie
- Accoucheur ,
- anesthésiste
- pédiatre

présents ou d'astreinte 24 h/24



Les différentes maternités

Niveau II :

- Unité de néonatalogie ou de soins périnataux
- Accoucheur ,
- anesthésiste
- pédiatre

**Présents si >1500 accouchements
ou d'astreinte 24 h/24**



Les différentes maternités

Niveau III :

- Unité réanimation néonatale
- Unité réanimation adulte
- Accoucheur
- anesthésiste
- pédiatre

Présents 24 h/24



Perinat Centre
Réseau de périnatalité de la région Centre

Modalités de fonctionnement

- Déclaration par le médecin de famille
- 12-14SA Dépistage du risque : Diabète ,
HTA,
Acc Prématuré ,
Malformation
- Suivi par MG , SF et ou obstétricien
- 34 SA Dépistage risque hémorragique ,
pathologie fin grossesse
- 38 SA Modalités accouchement + anesthésiste
- Suites de couche -----> Medecin de famille ou SF

Charte et protocoles

- **Charte du réseau**
- **Convention entre établissements**
- **Dossiers communs : transfert mère , nné**
- **Dossier commun informatique :AUDIPOG**
- **Protocoles communs**
- **Téléconférences**
- **Formation -Information**
- **Evaluation**

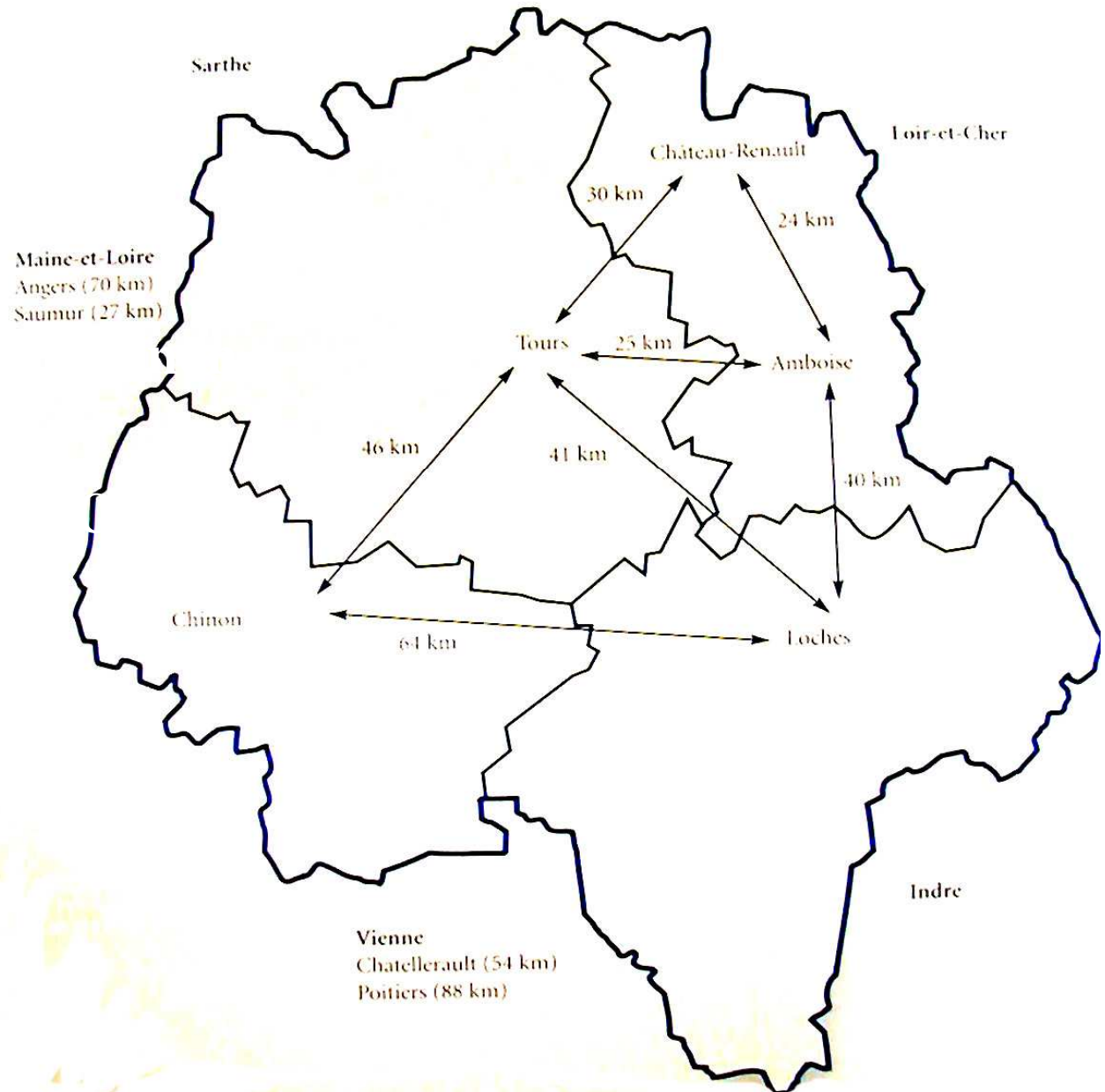




Perinat Centre
Réseau de périnatalité de la région Centre



INDRE-ET-LOIRE (zones d'emploi)



Indication de transfert in utero Maternité I --> Maternité II ou III

- ⌘ **Probabilité naissance < 34SA ou Poids < 1800g**
 - Menace acc prématuré ,**
 - Rupture prématurée membranes**
 - Retard de croissance**
- ⌘ **Grossesses multiples**
- ⌘ **Pathologie fœtale : malformé malade**
- ⌘ **Pathologie maternelle: HTA , Placenta praevia**

Indications des transferts en urgence

**Transferts in utero et post partum
Circulaire DHOS/21 Juin 2006**

Objectifs

- **Naissance dans le lieu adapté**
 - au risque
 - À la gravité des femmes et des nouveaux nés
 - Transferts et retransferts vers l'ensemble des maternités IIa IIb III
 - Eviter que l'organisation du transfert et la recherche des lits retentisse sur le temps médical !!!!

Transport urgent

- Domicile
- Cabinet
- SAMU ---> tel 15

Transport inter établissement

- **Régional ou interrégional**
- **Zone définie d'un point de vue**
 - **Sanitaire**
 - **Geographique : Nombre et localisation des maternités**
 - **Couvert par le réseau périnatal**
 - **Inscription au SROSS**
 - **Contrat pluri annuel d'objectifs et de moyens**

Demande de transfert

- Objet d'un protocole établi par les professionnels
- Doit fonctionner en permanence Fin 2008
- Professionnel périnatalité : médecin ou SF ou autre formé
- Proche du SAMU géographiquement ou liaison spécifique
- N° d'appel unique et permanent 24/24 /365J/an
 - Organisation type cellule
 - Organisation équipe renforcée
 - Locaux , moyens informatiques , téléphone enregistré
- Enregistrement de chaque demande
- Rapport d'activité /an

Role du professionnel

- **Connait les lits disponibles G/O+Neonat sur la région (Tableau mise à jour plusieurs fois /jour)**
- **Ecoute la demande**
- **Propose une orientation**
- **Propose transport en concertation avec le demandeur ±médecin du SAMU:**
 - SMUR
 - Transport infirmier
 - Transport ambulancier
- **Contre indique le transfert**

Contre indications au transfert

- **Placenta praevia avec métrorragies en cours**
- **HTA ,RCIU avec anomalies graves du RCF**
- **MAP avec dilatation du col > 4cm et terme > 30SA**
- **Risque d'accouchement pendant le transport**
- **HRP??**
- **HPP avec état hémodynamique instable**

Transport médicalisé

- Placenta praevia avec métrorragies de <12h sans saignement actif .Durée transport < 30min
- MAP sous tocolyse IV: médicament à discuter
- MAP avec un col ≥ 4 cm et terme <30SA
- Pré eclampsie avec traitement IV et TA équilibrée
- Prééclampsie avec:
 - Systolique >160 ou diastolique >100
 - Barre épigastrique ou acouphènes
 - HELLP
- HPP pour embolisation après stabilisation

Transport infirmier interhospitalier

- Placenta praevia avec métrorragie <12H sans saignement actif durée <30 min
- Diabète maternel avec insuline au pousse seringue
- MAP grossesse simple sous tocolyse
- MAP gemellaire avec tocolyse IV par antagoniste de l'ocytocine

Transport ambulancier

- RPM
- Placenta praevia sans métrorragies ou métrorragies >12H
- HTA , RCIU avec RCF NI.
- Diabète sans pousse seringue d'insuline
- Cholestase
- MAP y compris gémellaire sans tocolyse
- MAP grossesse simple sous tocolyse IV par antagoniste de l'ocytocine
- Prééclampsie avec pression artérielle équilibrée sans signes fonctionnels

Cas particulier des Hémorragies du PP

- L'équipe des services de G/O doit posséder une double compétence médicale et chirurgicale 24H/24
- Sinon établissement avec chirurgie viscérale
- Transferts = cas exceptionnels , précis , limités


Modalités d'évaluation

- Nombre d'appels
- Délai entre appel et place trouvée
- Taux de conférence téléphonique /100 appels
- Taux de transferts sur la zone
- Nombre de femmes transférées
- Nombre de nouveaux nés transférés
- Taux de transferts I--->II
- Type de vecteurs
- Motifs des transferts



Perinat Centre
Réseau de périnatalité de la région Centre

Fiche de transfert

		-CHU Tours Obst SDW : ☎02.47.47.86.79 ☎02.47.47.69.49 UPSI : ☎02.47.47.37.77 -CHR Orléans Obst GHR : ☎02.38.61.30.55 ☎02.38.74.42.20 UPSI : ☎02.38.74.44.96 -Régulation des TIU Ile-de-France (Clamart) ☎01.46.01.50.00 -CH Blois ☎02.54.55.66.33 poste 2245 ☎02.54.55.60.64 -CH Bourges ☎02.48.48.48.48 poste 5458 ☎02.48.48.49.86 -CH Châteauroux ☎02.54.29.66.71 poste 5660 ☎02.54.29.60.58 -CH Chartres ☎02.37.30.30.30 poste 4100 ☎02.37.30.31.11 -CH Dreux ☎02.37.51.52.82 ☎02.37.51.76.52 -Clinique du Parc ☎02.47.48.81.60 ☎02.47.48.81.62 Disponibilités en lit de néonatalogie : www.chu-tours.fr/perinat rubrique : « urgences »	
DEMANDE DE TRANSFERT IN UTERO (à remplir et à faxer avant toute demande de transfert)			
Médecin demandeur		Identification patiente	
Nom :	Fonction :	Nom :	Personne à prévenir :
Etablissement	Tél :	Prénom :	Tél :
		Date de naissance : / /	Médecin traitant :
			Lieu :
Date de l'appel : / /		Heure de l'appel : h	
Etablissement sollicité :		Médecin receveur : Dr	
Motif du transfert :		Terme actuel : SA+ j	
Données obstétricales : Singleton Gemellaire Chorionicité : Taille : m Poids : kg T°c : °c TA : / HU : cm		Résumé clinique : 	
Présentation : J _A J _B TV : col BU : Leuco Nitrites Albumine RCF : Données échographiques : Poids fœtal estimé : - J _A g - J _B g			
Traitements entrepris : Corticothérapie par : le : / / à h Consultation pré-anesthésique Tocolyse* par : le : / / à h Oui Non Antibiothérapie par : le : / / à h Autres :			
* Il est rappelé que l'atosiban (Tractocile®) reste le tocolytique recommandé dans les transferts in utero.			
Transfert ACCEPTÉ		Heure de départ : h Ambul. SAMU Hélico	
REFUSE		Motif : Patiente orientée vers :	
Documents à transmettre lors du transfert : Copie du dossier Copie des sérologies Copies des examens bio Copies des échographies CR op des césariennes antérieures Carte de groupe sanguin + RAI < 48H Copie du RCF (si pertinent) CR Cs pré-anesthésique			

Transferts in utero région Centre

Année	Nb cas	%
2000	350	1,3 %
2005	385	1,3%

Transfert SMUR Pédiatrique CHU

	2005	2006 (1er semestre)
Nb transferts CH ou clinique--->CHU	204	83
Hélicoptérés	162	56
Vers autre CHU	24	10
CHU---->CH ou clinique	197	81
Refus	7	9
Transferts intra muros	375	182

Transfert SMUR Pédiatrique CHRO

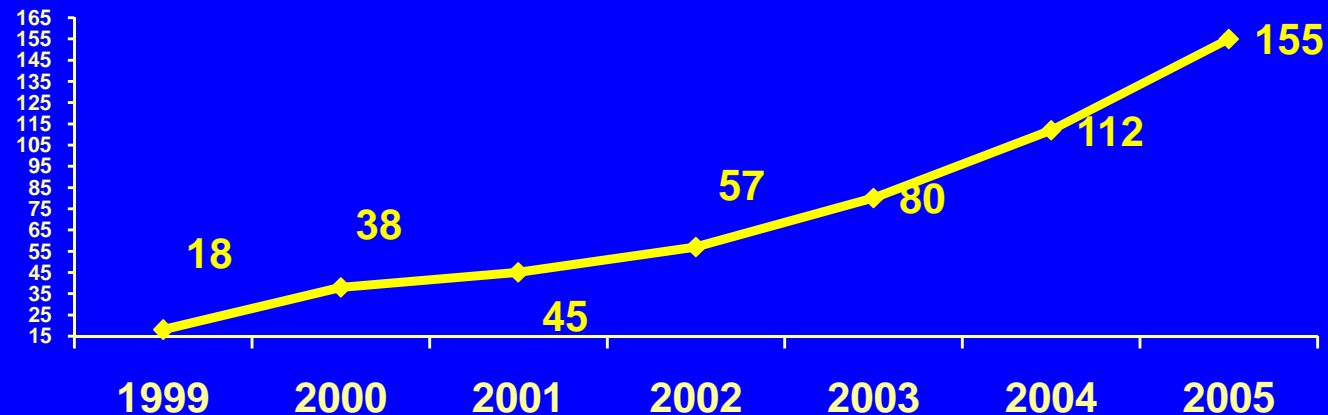
	2005	2006 (1er semestre)
Nb transferts CH ou clinique--- >CHRO	73	18
Héliportés	1	6
Vers autre CHU	21	0
CHU---->CH ou clinique	6	5
Refus	?	?
Transferts intra muros	101	79

Qui paye ??

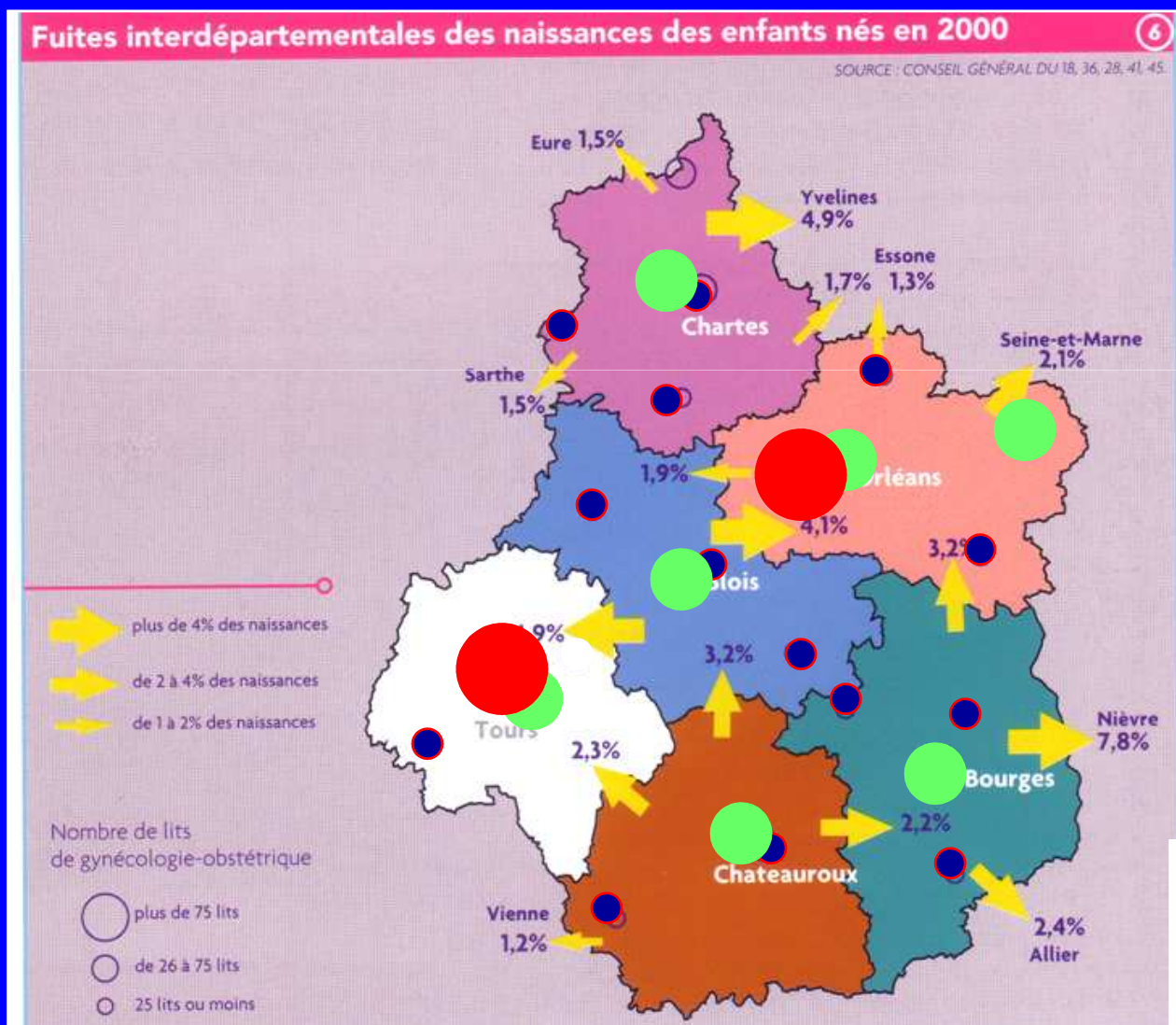
- L'établissement qui demande le transfert
- Si simple consultation : le patient qui se fera rembourser sauf si tiers payant .

Evolution au CHU

- ↑ des transferts *in utero* depuis le plan de périnatalité (94) et la parution des décrets périnatalité (9/10/98)
- 2 types de transferts *in utero*
 - Transferts médicalisés
 - Transferts non médicalisés

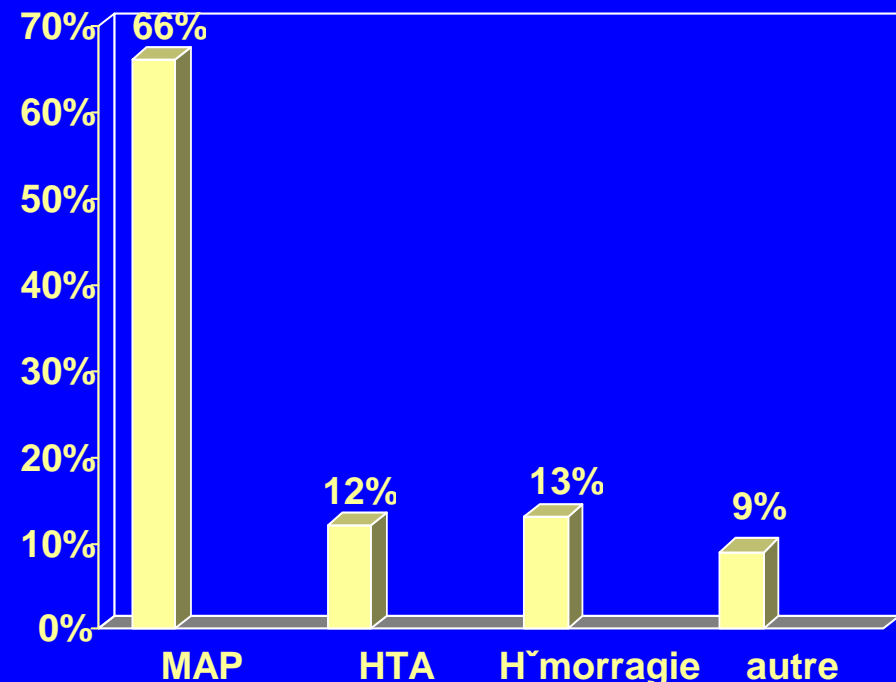


Origine des transferts (Centre)

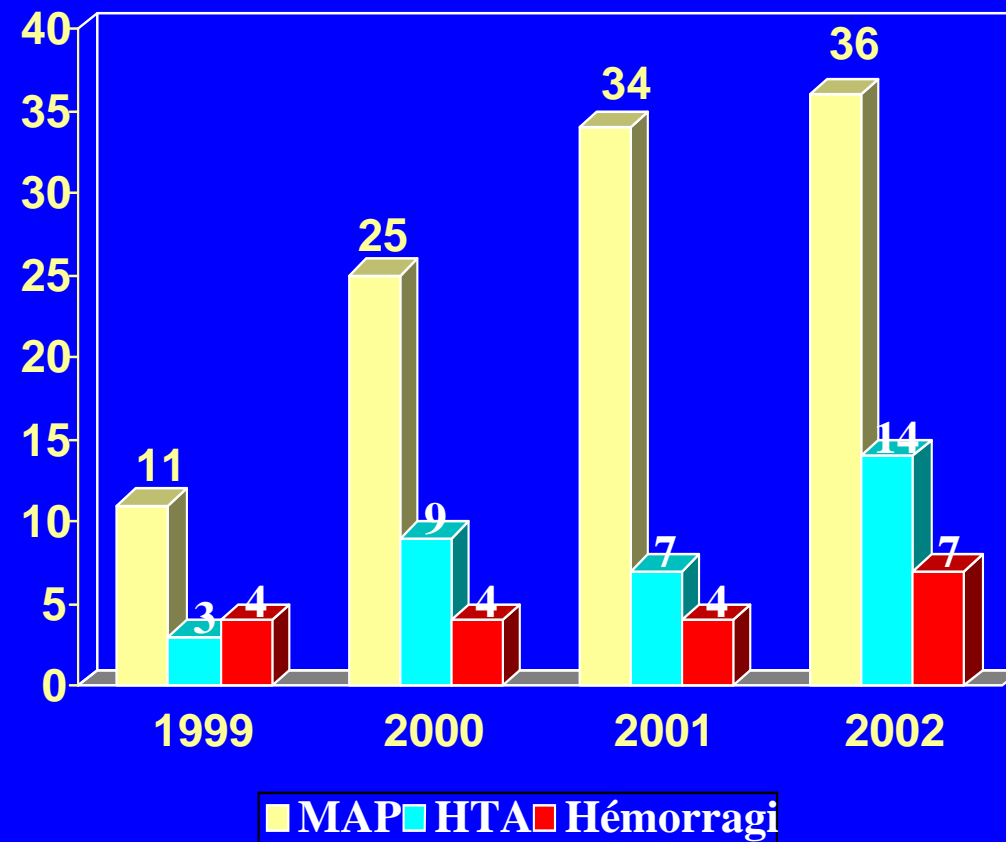


Pathologies transférées (Tours)

- Prépondérance des transferts pour MAP
 - Transferts médicalisés car réalisés dans l'urgence
 - Terme moyen 30 SA
 - Gémellaires 21% des transferts



Pathologies transférées (Tours)



Préparation transfert

- Poser perfusion Ringer plasmion , Elhoes
- Appel SAMU
- Appel Maternité II ou III
- Surveiller et noter :
 - Volume saignement (Sac)
 - Pouls
 - Tension Diurèse
- Préparer résumé observation

MAP : Conduite à tenir

- Faire le diagnostic : CU, modification col, LA
- Grossesse unique
 - Terme :
 - > 37 SA -----> maternité I
 - 34-37 SA -----> Maternité II
 - < 34 SA ----> maternité III
- Jumeaux < 36 SA ---> Maternité II
 < 34 SA ---> Maternité III
- Grossesses Multiples > 2 : ---> maternité III

La crise d' éclampsie à domicile

- Canule de Guedel ,
- Décubitus latéral gauche
- Perfusion serum glucosé iso
- Valium : 1 Amp IV lente
- Valium 50 mg dans la perfusion 20 gtes/ min
- **Prévenir SAMU et Maternité niveau II ou III**
- Surveiller et marquer :
 - Pouls , tension ,
 - diurèse : poser une sonde

CAT devant une procidence du cordon

Début de travail et enfant vivant

- Mettre la femme bassin plus haut que la tête
- Refouler la présentation avec un doigt ganté vaginal .Ne pas refouler le cordon .
- Installer tocolyse:2 amp Salbumol fort dans 500 cc sérum glucosé iso .20 à 30 Gttes /min
- Entourer le cordon de compresses imbibées de sérum physiologique .
- Transfert maternité **la plus proche** pour césarienne immédiate



Perinat Centre
Réseau de périnatalité de la région Centre

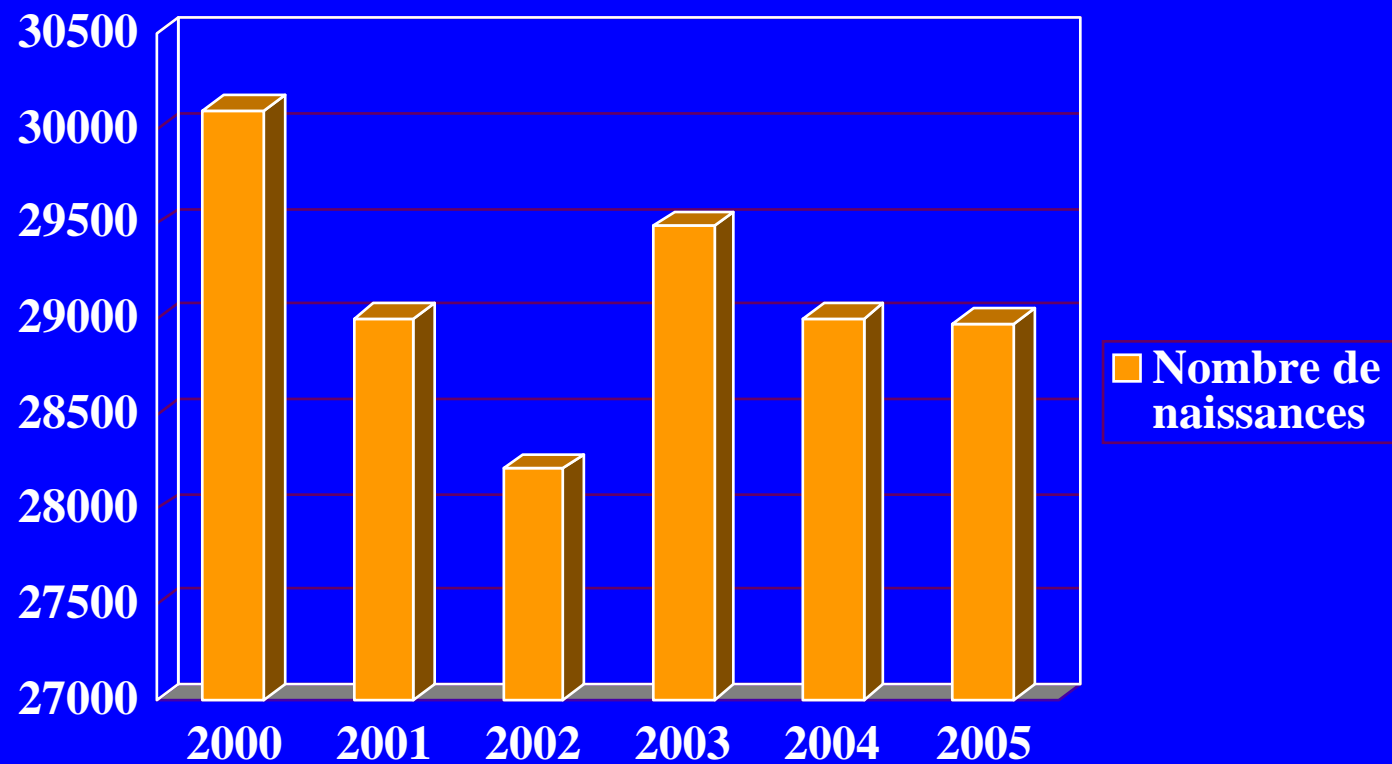
Evaluation réseau périnatal région Centre 1999-2005



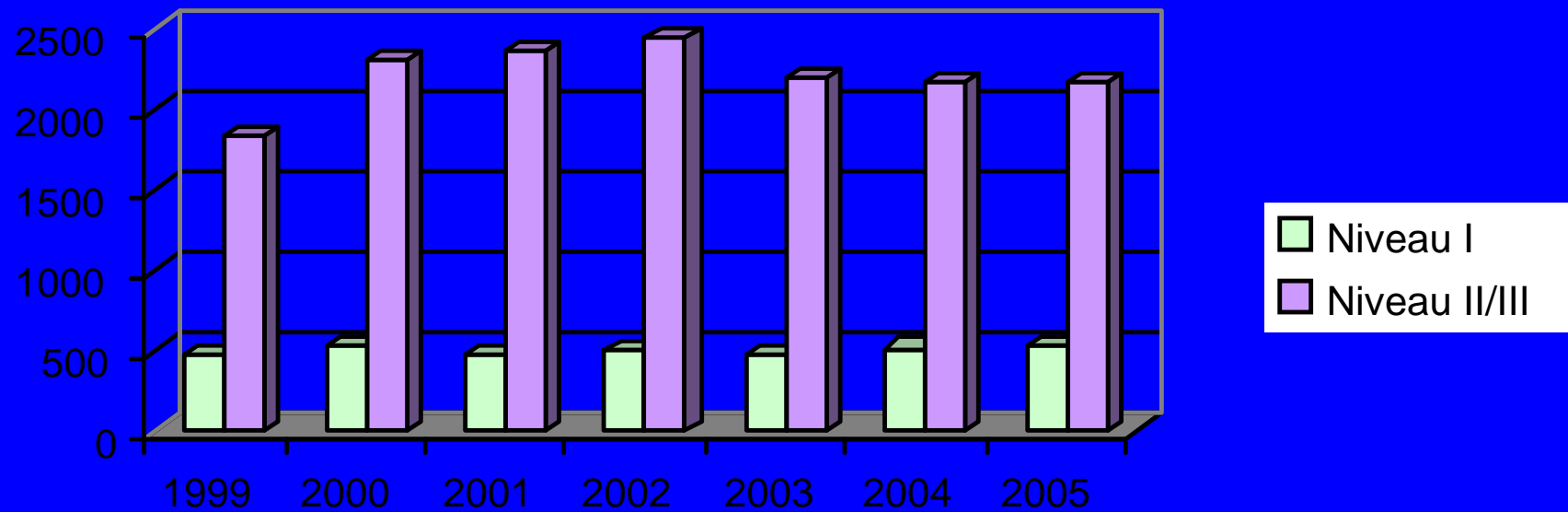
Données année 2005

- **Niveau I :6840 Acc. Moyenne = 521 Acc**
 - De 315 (Le Blanc) à 768 (Clin St Cœur) (12 établissements)
- **Niveau II :14057 Acc. Moy 1757 acc /an**
 - (de 1271 à Montargis à 2523Clinique Parc) (8 établissements)
- **Niveau III:7681 (Orléans :3920 Tours 3761)**
 - **Total = 28578 Accouchements.**

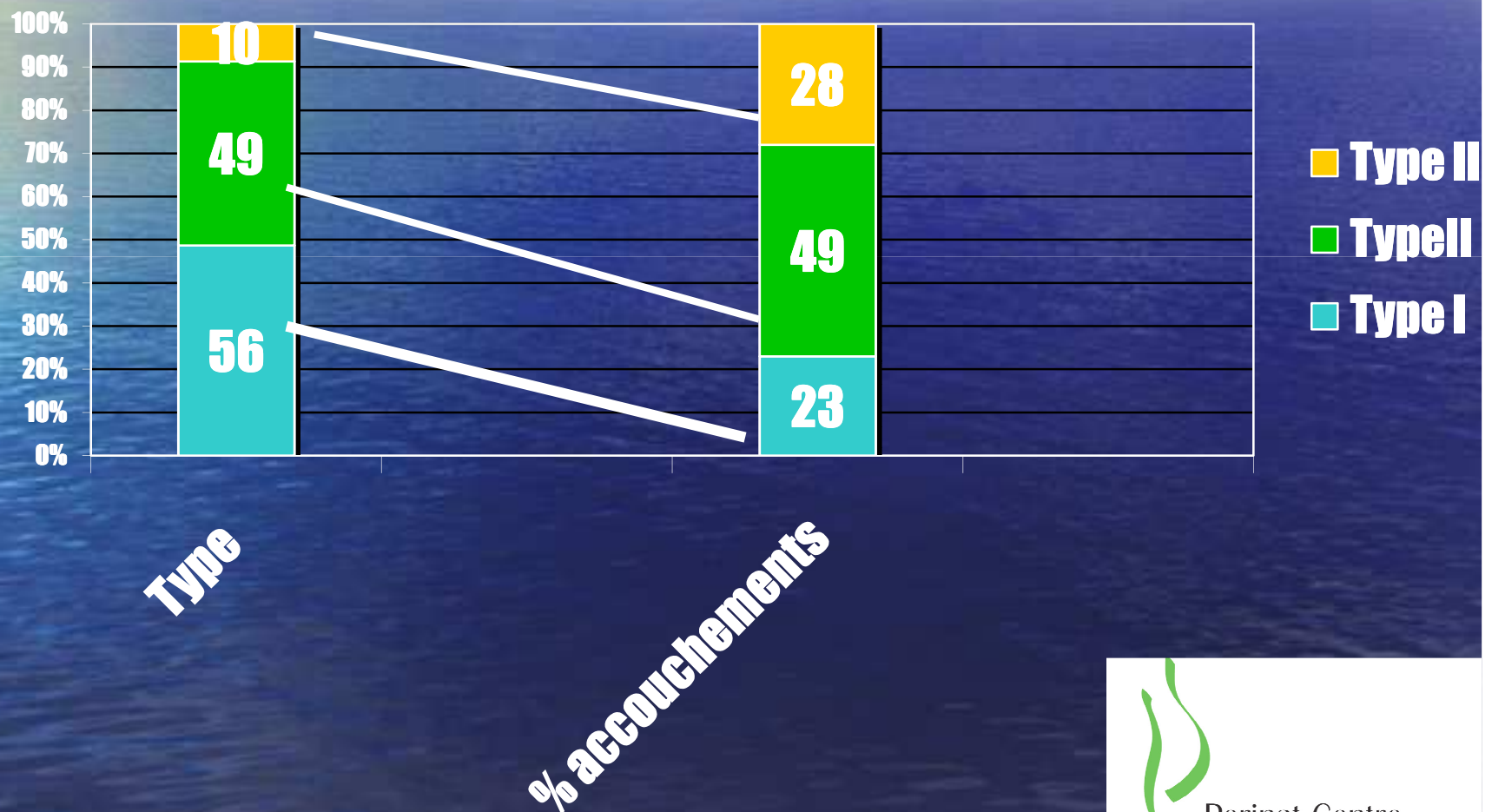
Nombre de naissances



Evolution du nombre moyen d'accouchements par type d'établissements



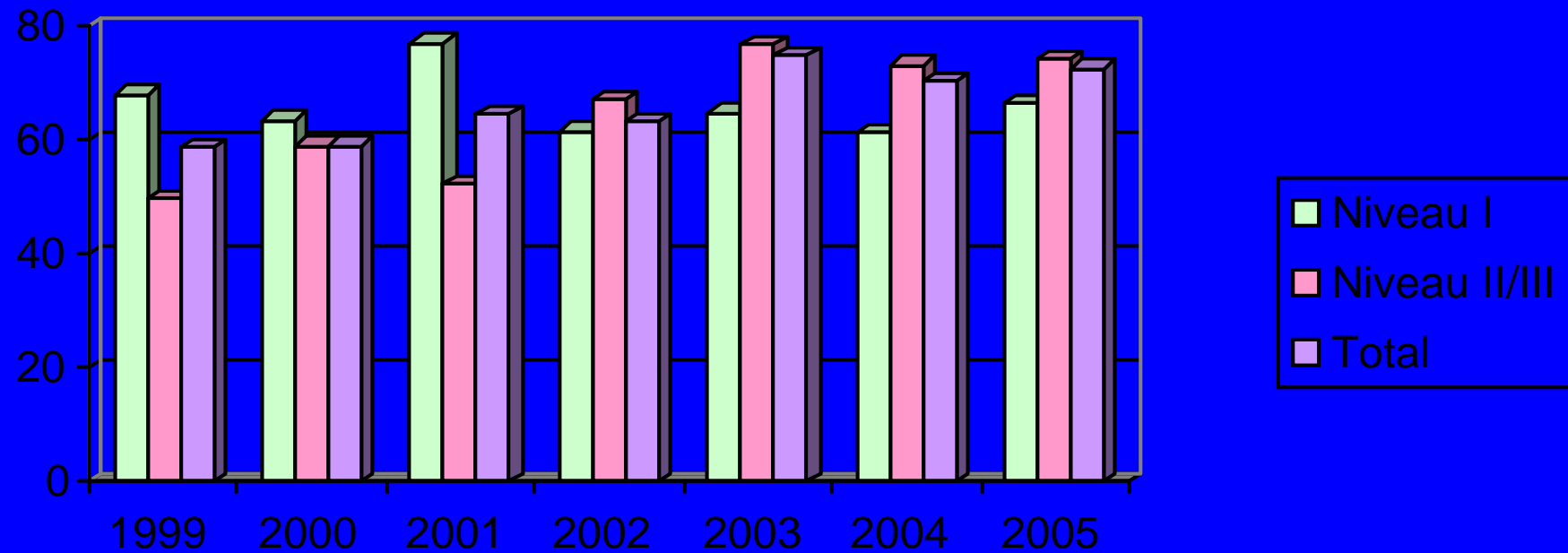
Accouchements et niveau d'établissement (Diagramme de Pareto)



Taux de péridurales

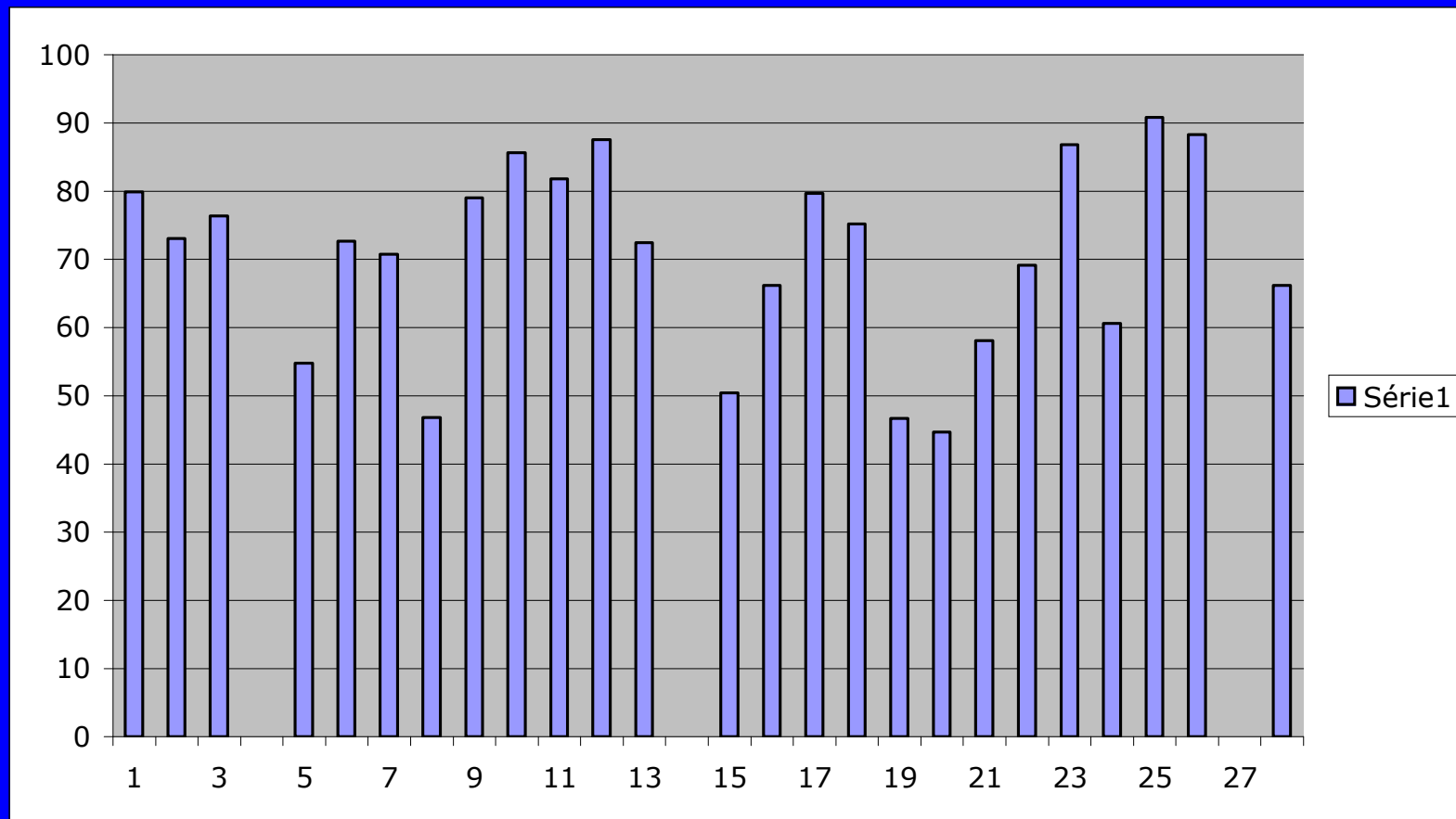
- **Niveau I: 66,2%**
44 % (Romorantin) à 90,6% St François Châteauroux
- **Niveau II: 72% (- 4.5%)**
de 46,8% au CH .Chateauroux à 85,6% au CH Montargis
- **Niveau III : 73 % (-5%)**
(73% Orléans 79,9% Tours)
- **Le taux moyen global de 72,5%** est supérieur à la moyenne nationale qui était de 60 % en 1998 (DRESS)
57,8% AUDIPOG2003

Taux de péridurales



AUDIPOG 2003: 57,8%

Taux de péridurale 2005



Niveau III Niveau II

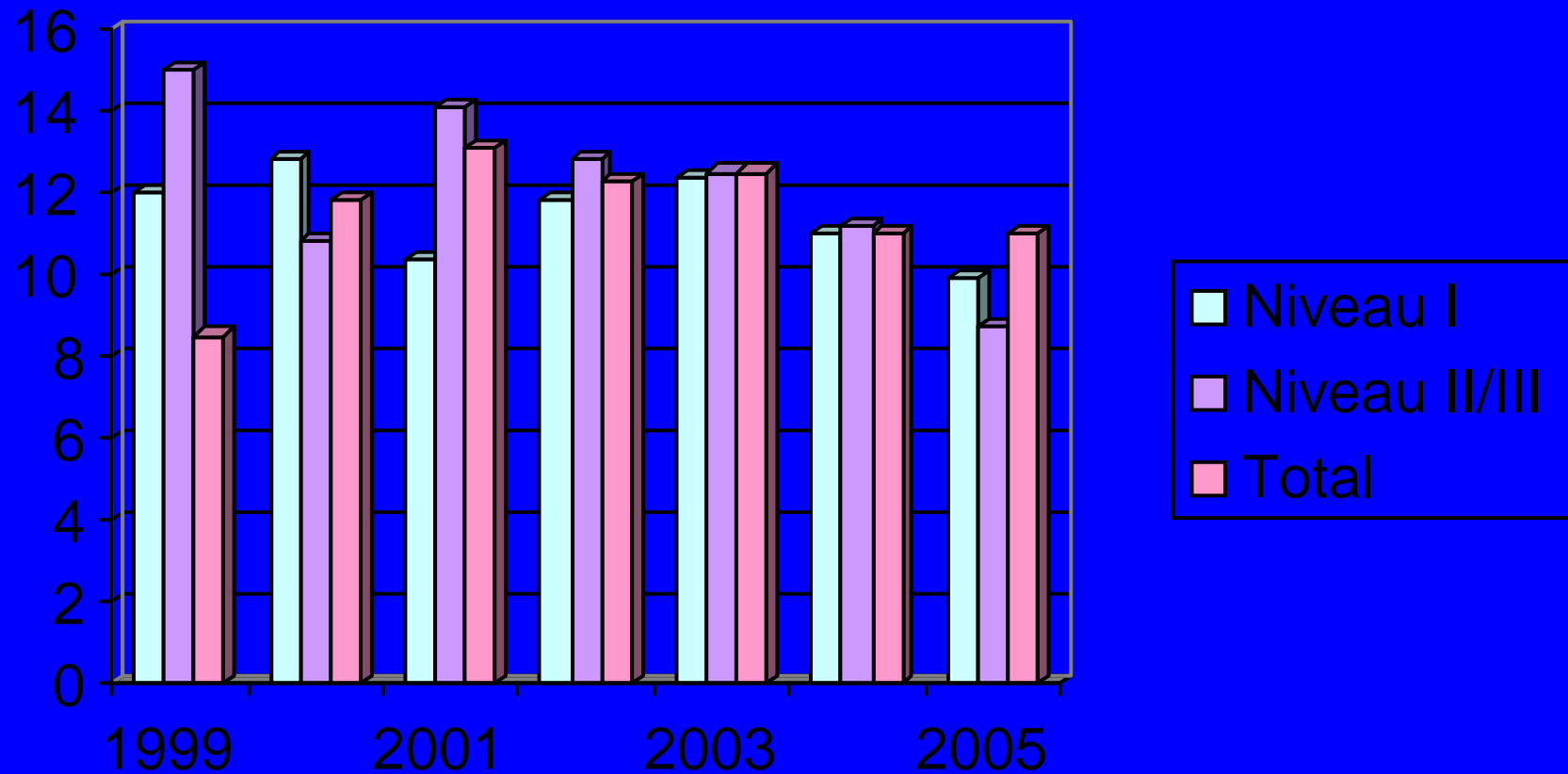
Niveau I

Extractions instrumentales

- **Niveau I: 9,9 %**
de 4% à Gien à 24,6% à St François Mainvilliers
- **Niveau II: 12,7%**
de 24,3% au Parc à 6% au CH Blois
- **Niveau III: 7,1%**
- **Moyenne: 11%**

Audipog 2003 = 11,6%

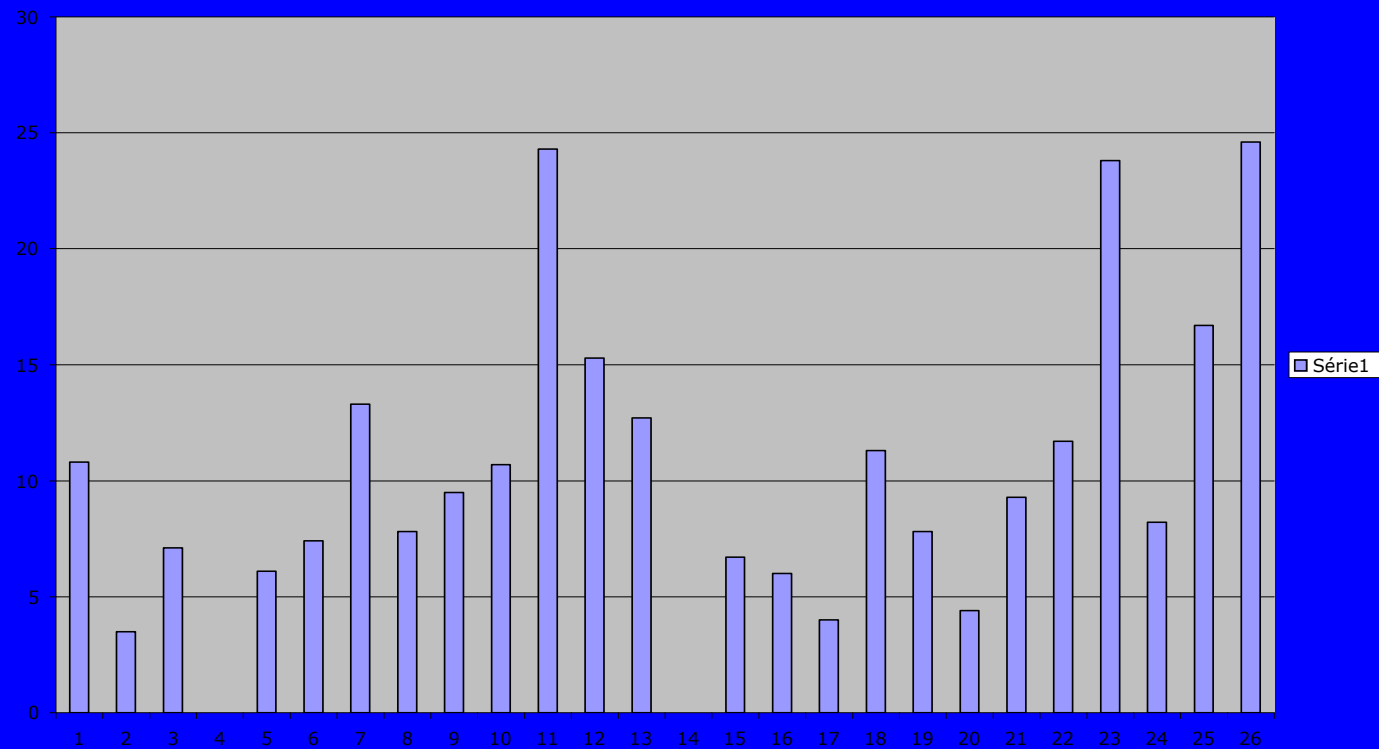
Extractions instrumentales



AUDIPOG 2003 = 11,6%

Extractions instrumentales 2005

Taux d'extractions instrumentales par établissement

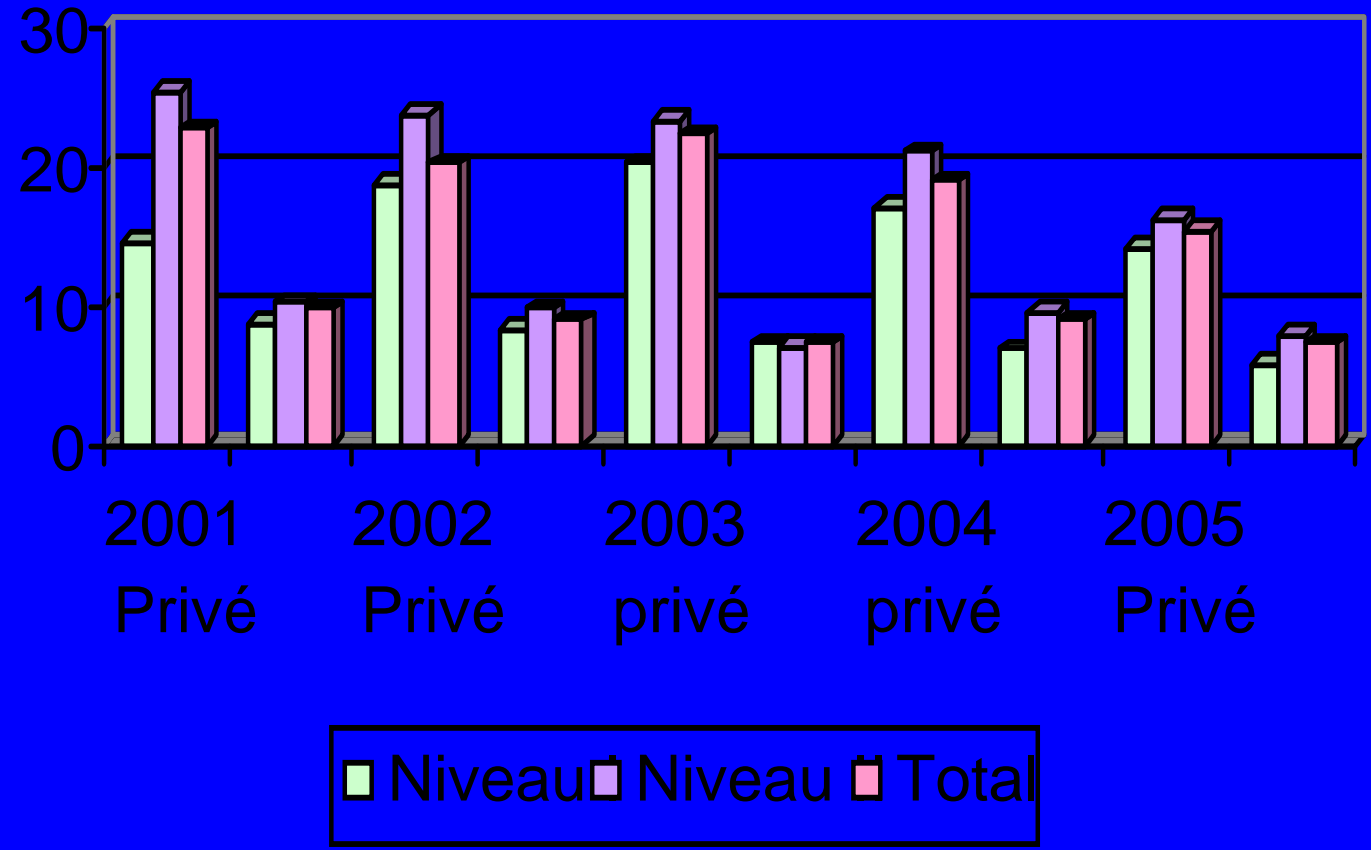


Niv III

Niveau II

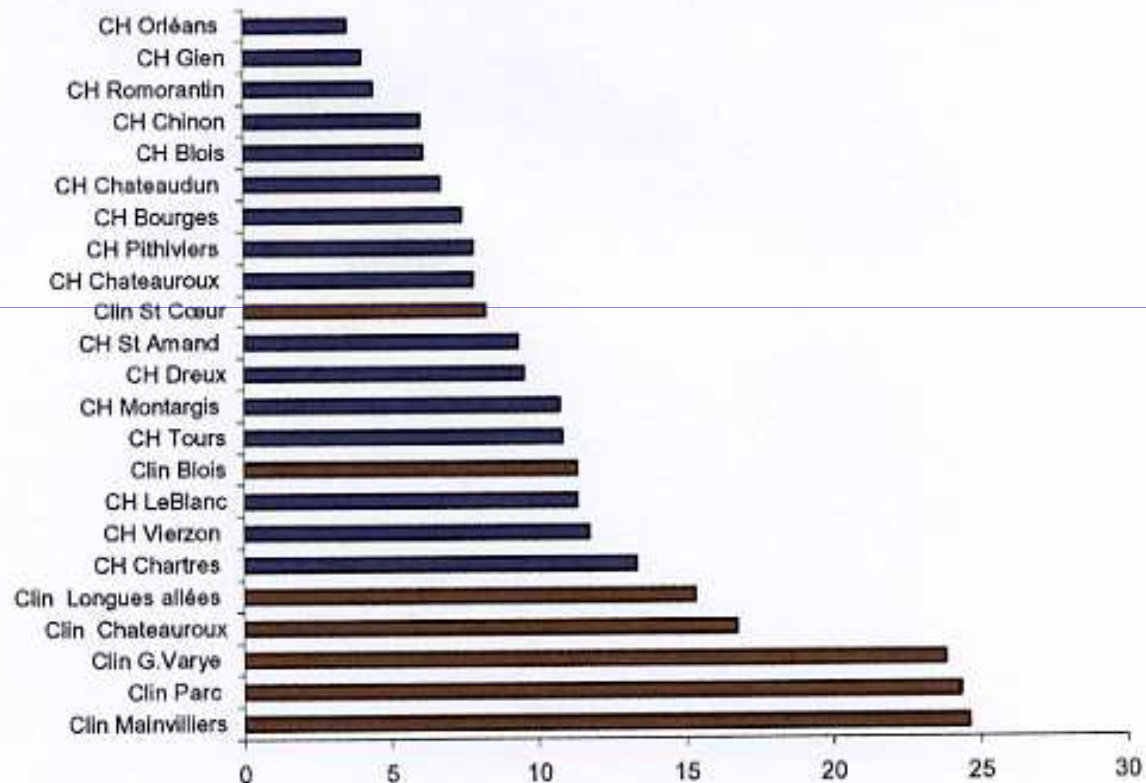
Niveau I

Extraction instrumentales selon le type d'établissement



Taux d'extraction instrumentale 2005

Figure 22: Taux d'instrumentalisation par établissement en 2005²⁴



Les établissements privés sont en tête pour la médicalisation de l'accouchement

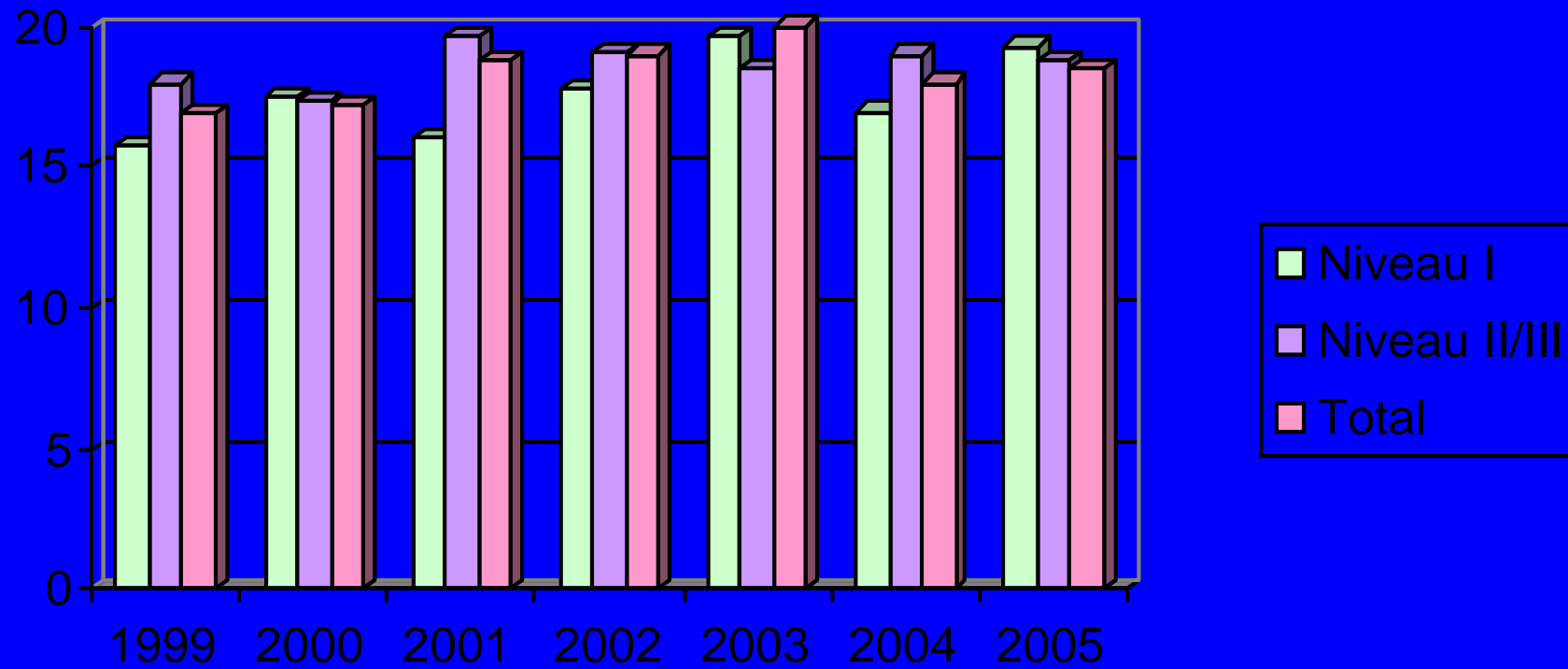
Taux de césarienne

- **Niveau I: 19,3%**
de 12,5% à St Amand à 23% à Vierzon
- **Niveau II: 18,9%**
de 16% à Bourges à 29,2% aux Longues allées
- **Niveau III : 18,5%**
18,3% au CHU et 18,5 % au CHRO

Total= 5197 Césariennes :Moyenne 18,5%
(de 12 à 29 %).

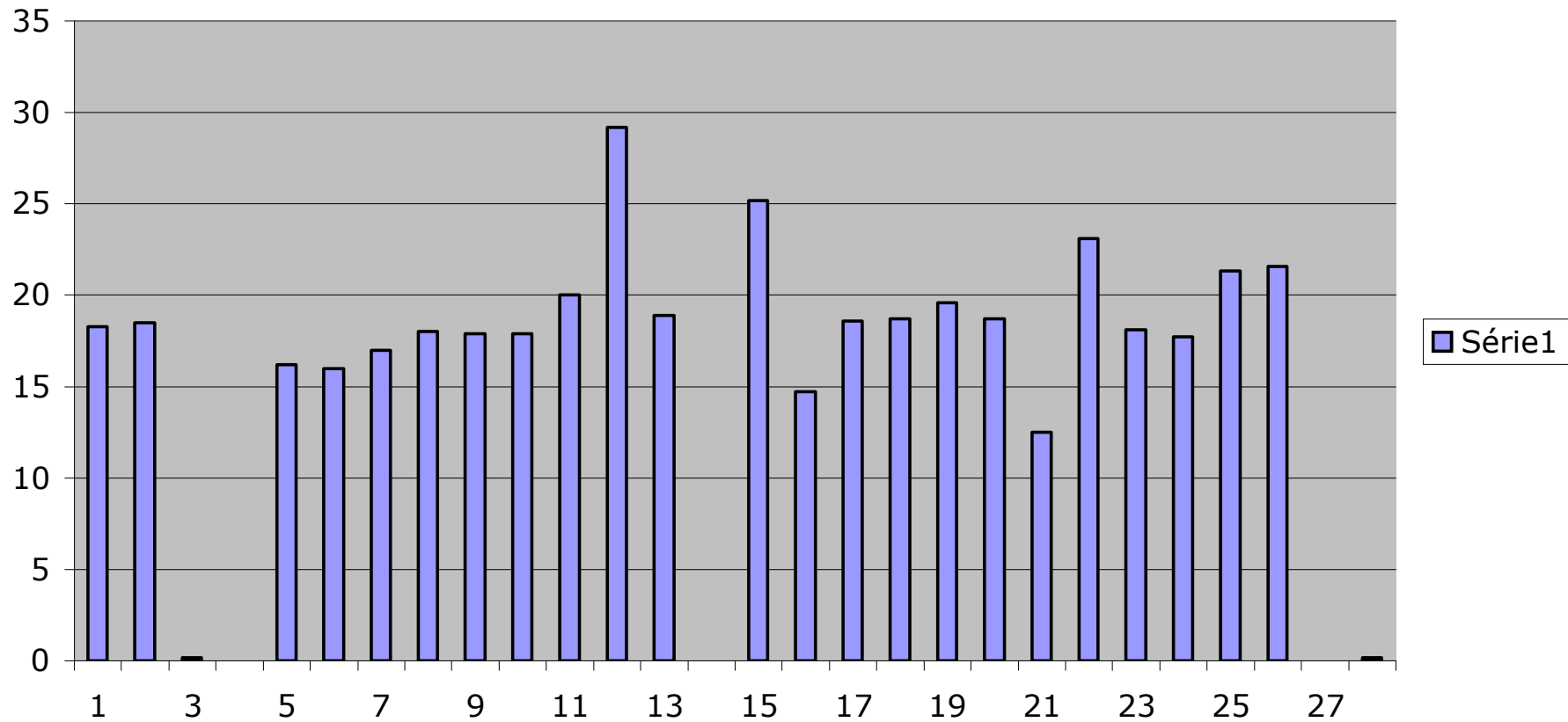
Audipog 2003=18,7%

Taux de césarienne



Audipog 2003 : bas risque primipare :13,7% multipares:2%

Taux de césariennes 2005



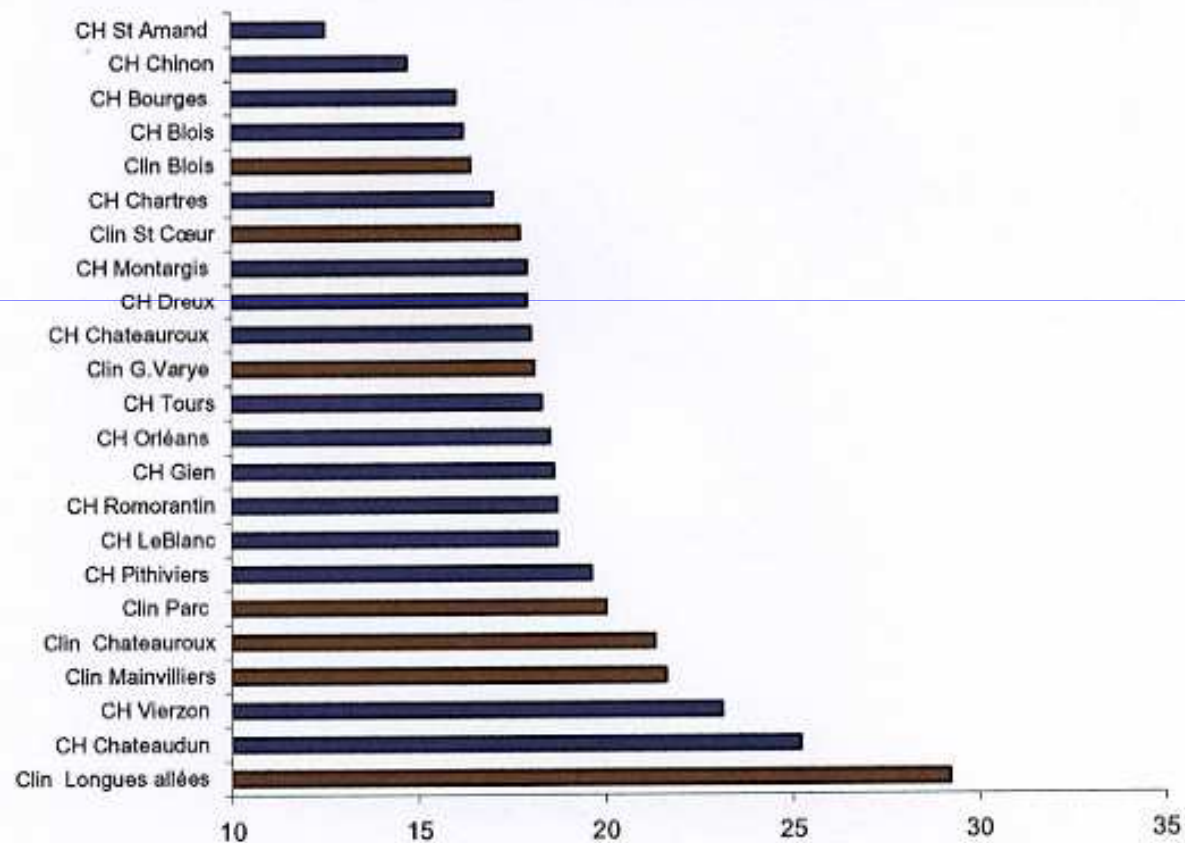
III

Niveau II

Niveau I

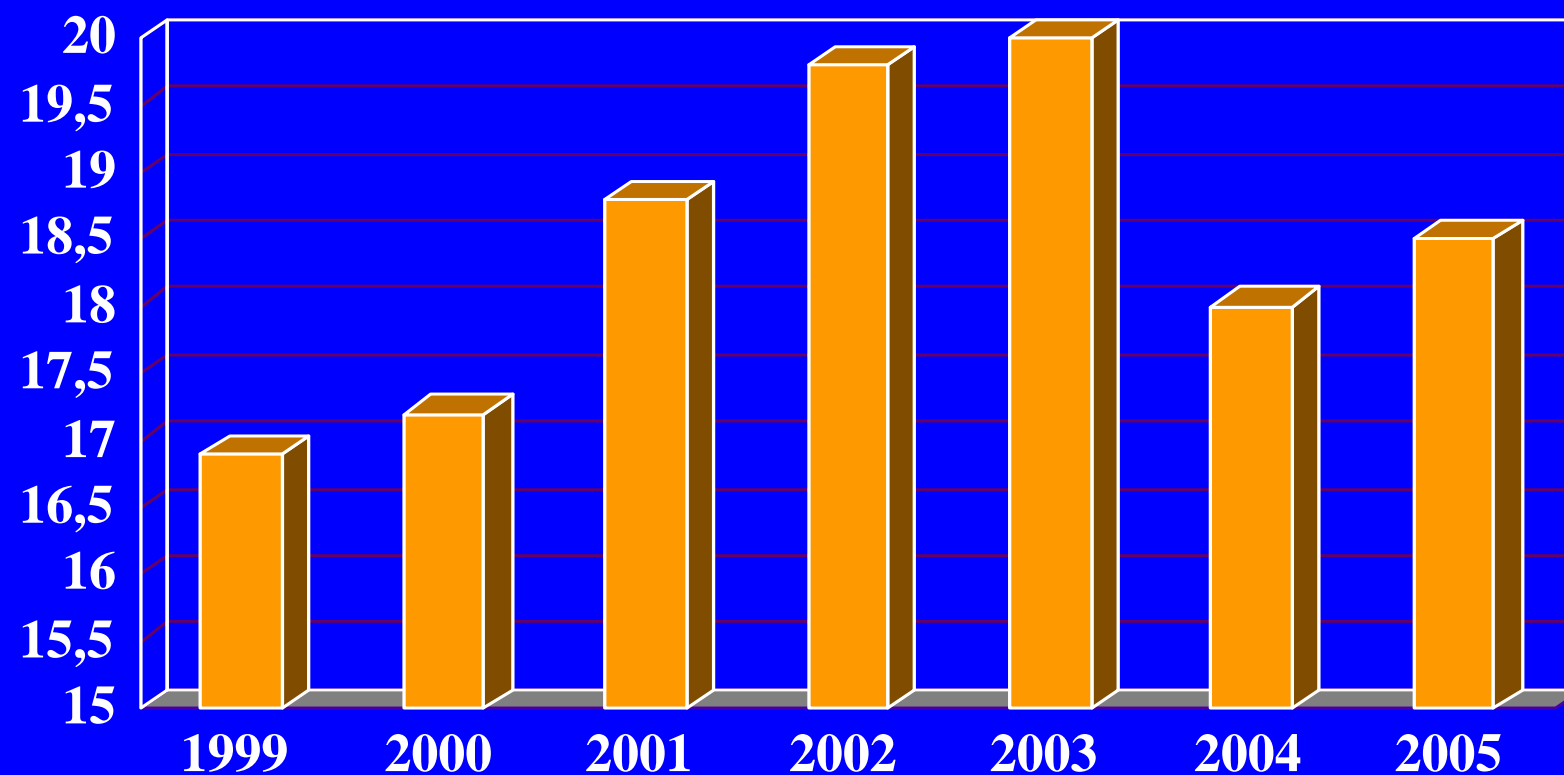
Taux de césarienne 2005

Figure 20: Taux de césarienne par établissement en Région Centre 2005²²



Evolution du taux de césariennes en région Centre

■ Taux de cesariennes



Sièges voie basse

- **Niveau I: 8% :**

35% en 2000 31,8% en 2001 17,3 %en 2002 17,7% en 2003. 19% en 2004

De 0% à Chinon à 23,8% à Mainvilliers

Privé :10 %(19.6% en 2003, 17% en 2004)

Public :12% (20.8% en 2003,21% en 2004)

- **Niveau II:26,2%**

11% en privé et 31,6 % en public

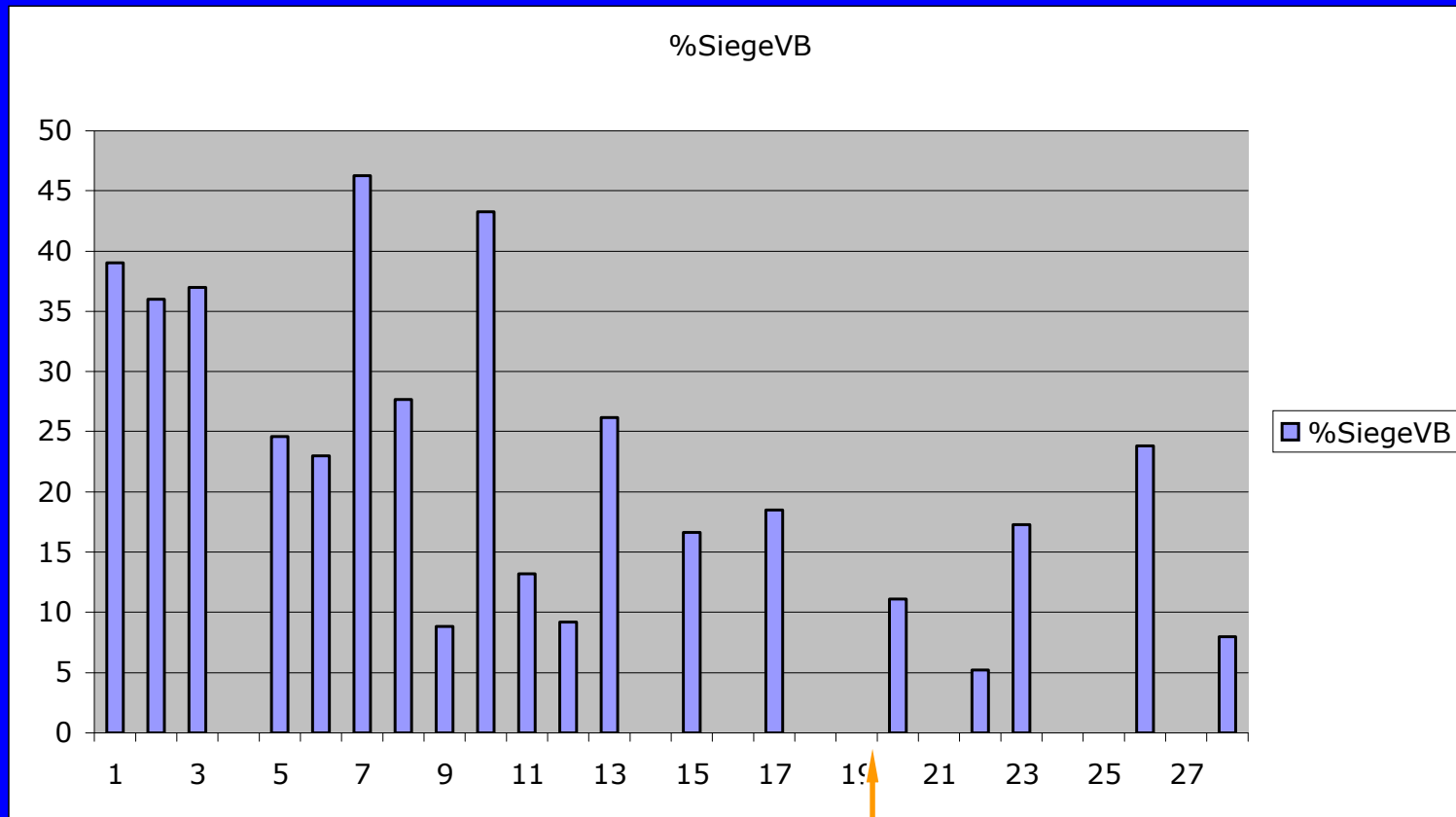
- **Niveau III : 37%**

- **Total 25%**

(33% 2000; 24%2001; 22,3%en 2002; 21.2% en 2003, 20% en 2004)

Audipog 2003: Siège Voie basse 25%

Pourcentage de sièges VB



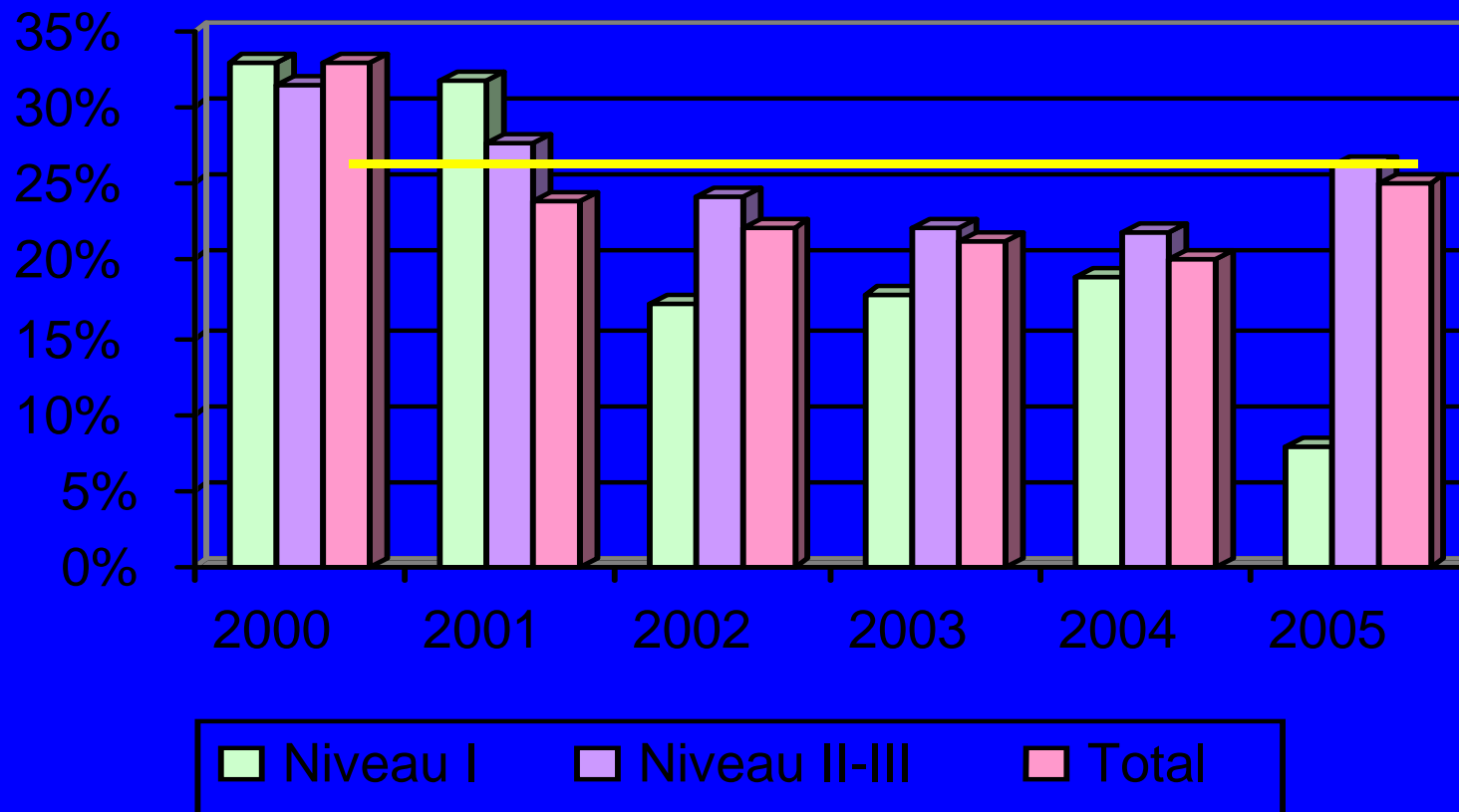
Niveau III

Niveau II

Niveau I

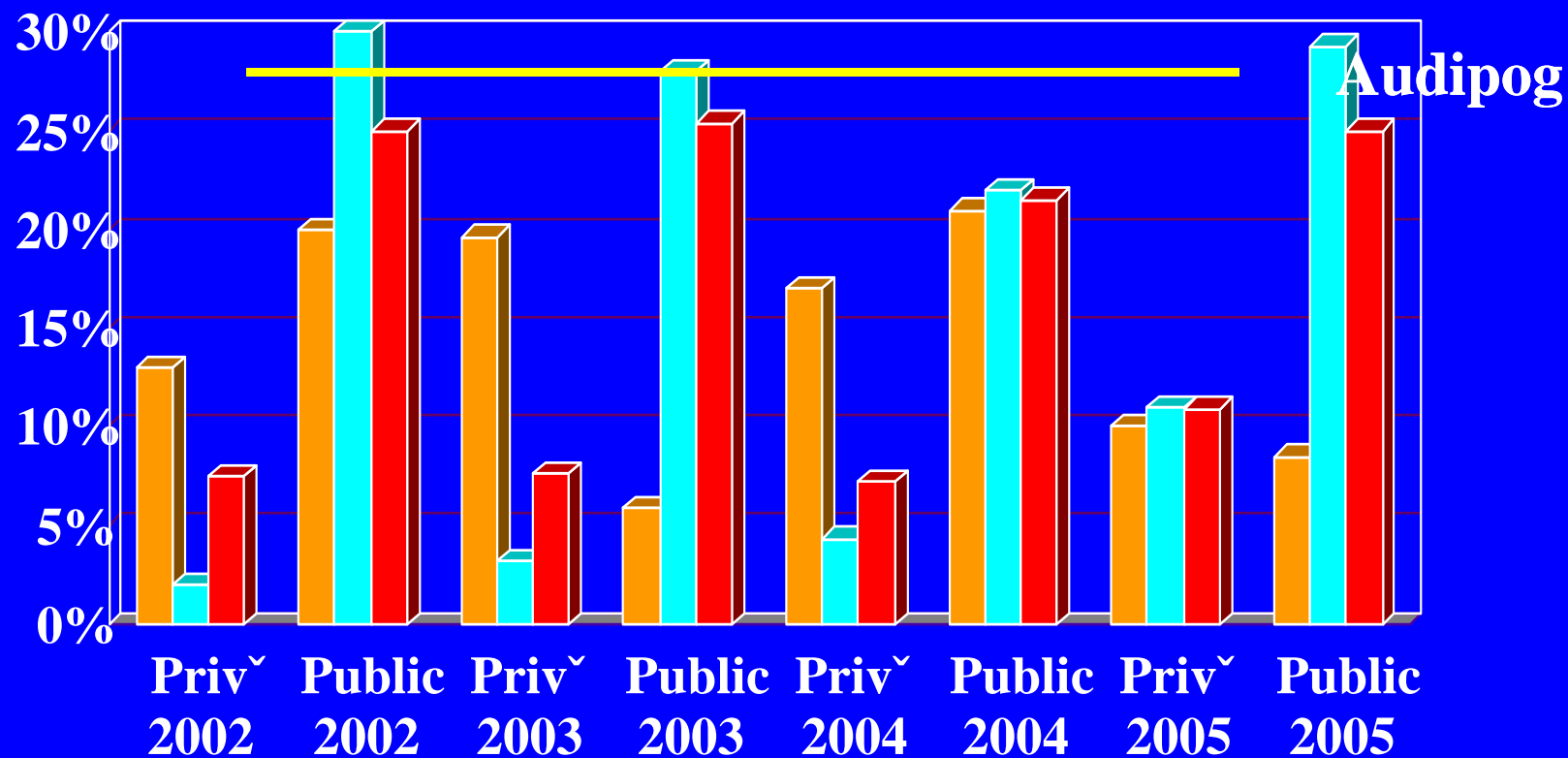
Evolution sièges voie basse

AUDIPOG 2003 = 25%



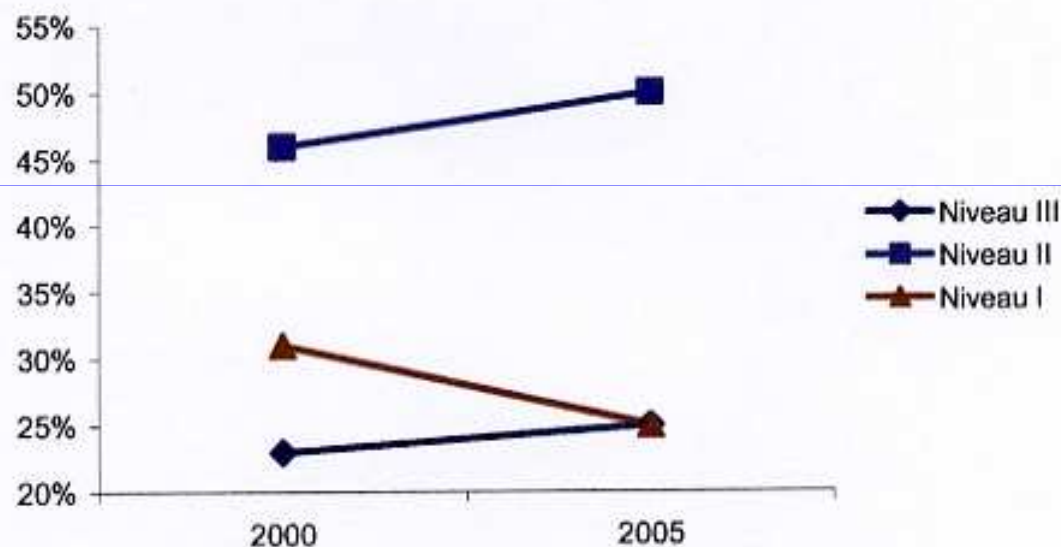
Sièges voie basse selon les établissements

■ niveau I ■ Niveau II ■ Total



Evolution des taux de naissance normale par établissement

Figure 13: Evolution des taux standardisés des naissances normales selon la catégorie des établissements entre 2000 et 2005¹⁷

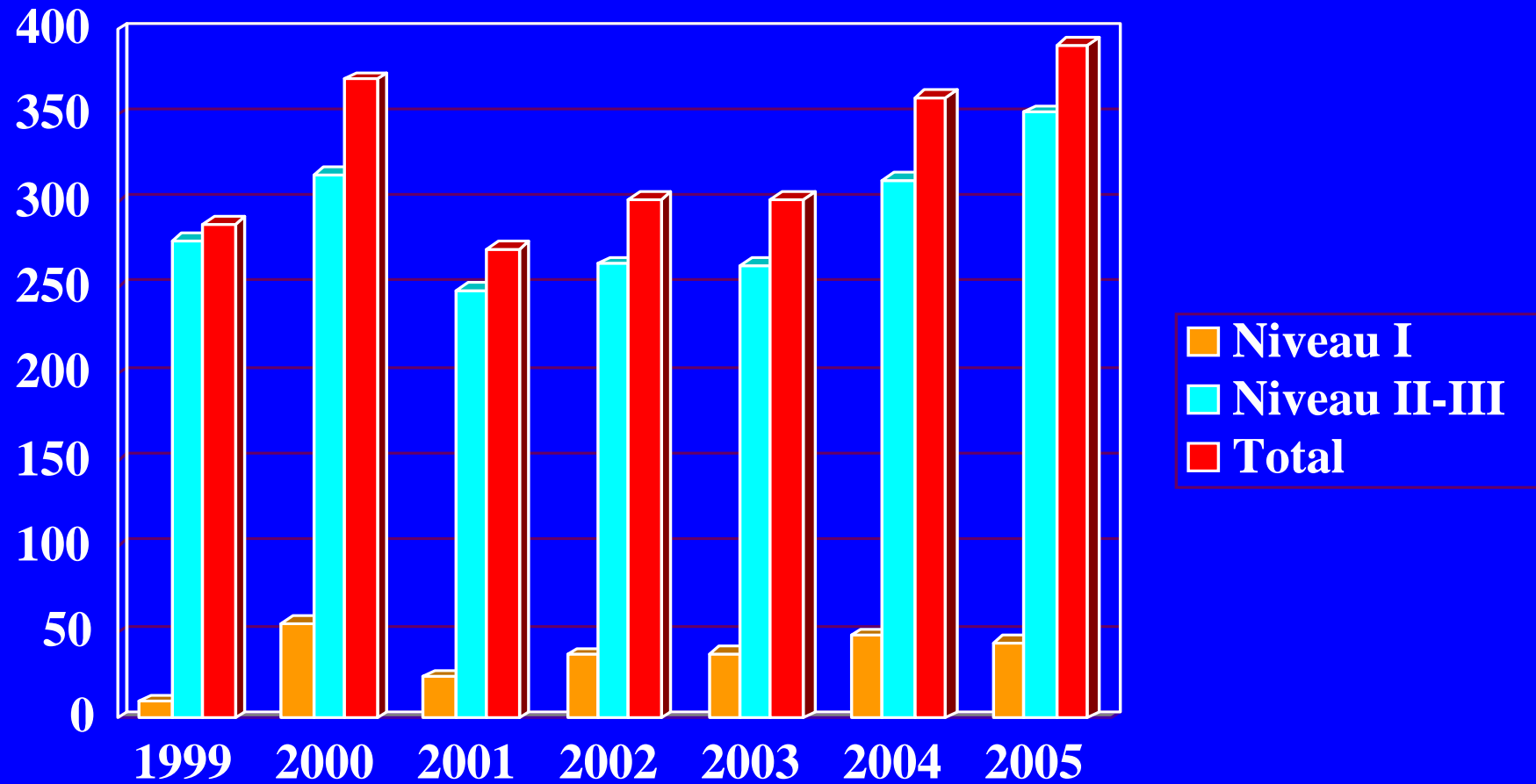


La proportion de grossesses normales dans les niveau III est passée de 23 à 25% et dans les niveaux I de 31 à 25% .

L'orientation des Gr.NI vers les niveau I ne se fait pas

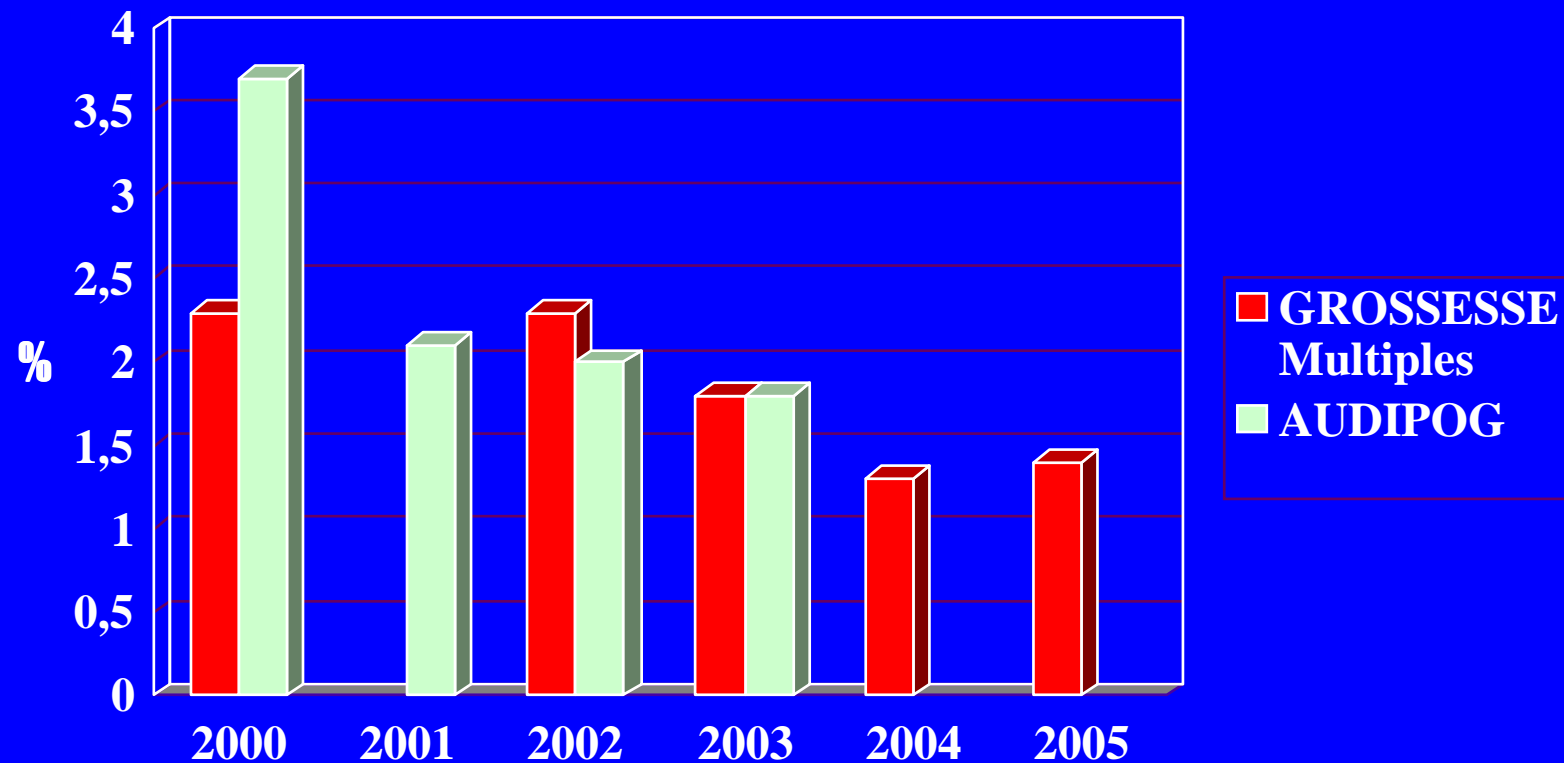


Nombre de Jumeaux



Taux de Grossesses multiples:

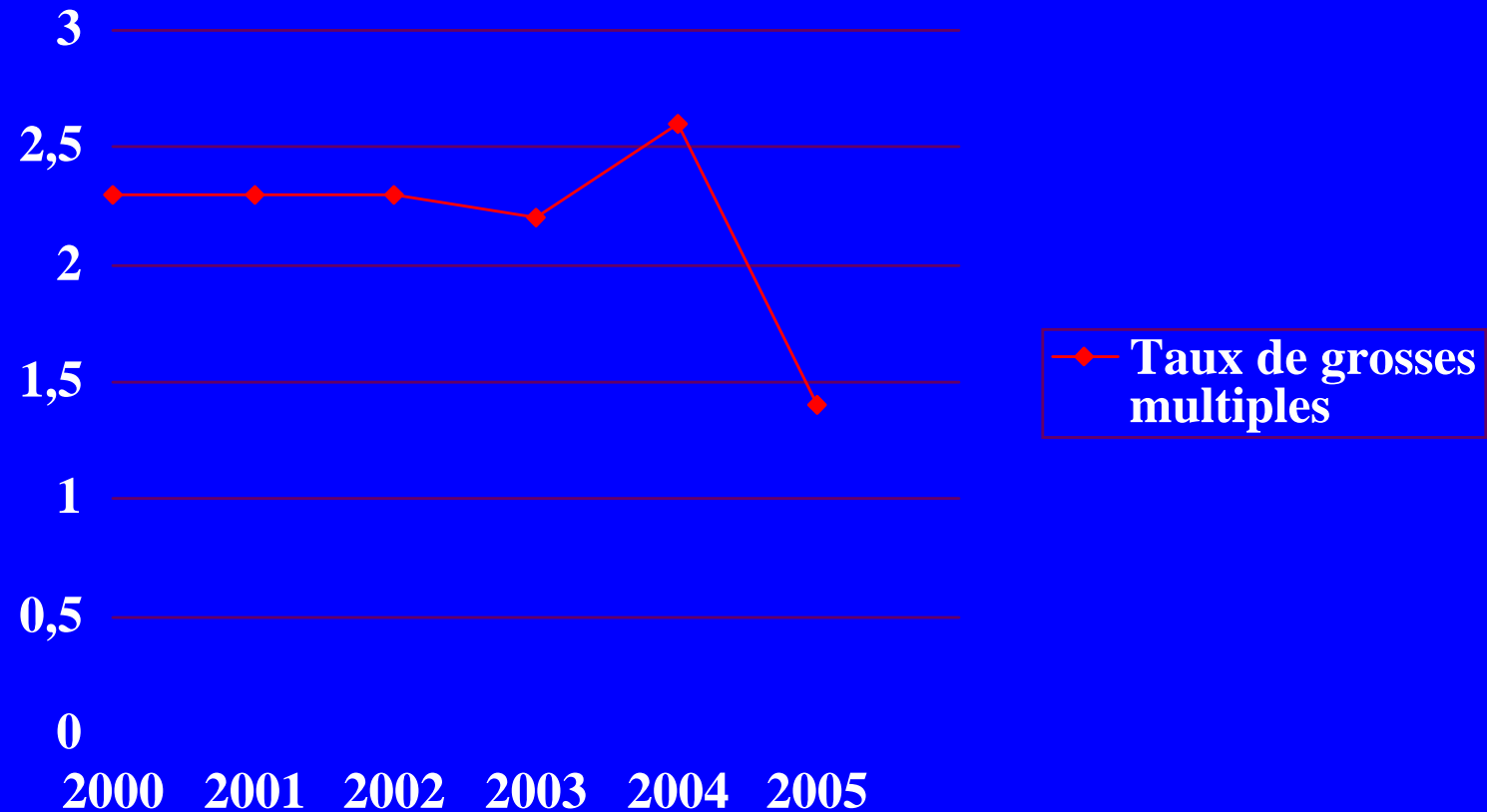
taux enquête 2003=3,5%



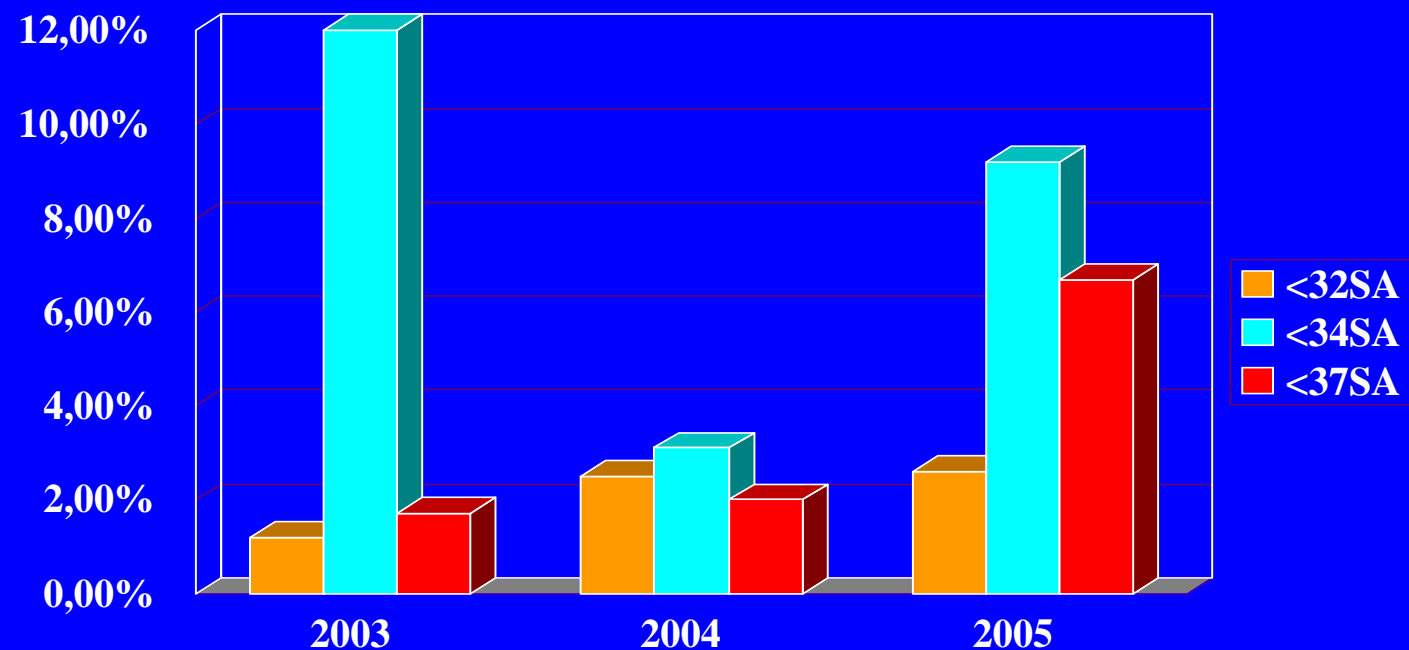
2003= 361 Jumeaux & 7 triplés

2005=391 jumeaux & 8 triples

Taux de grossesse multiples

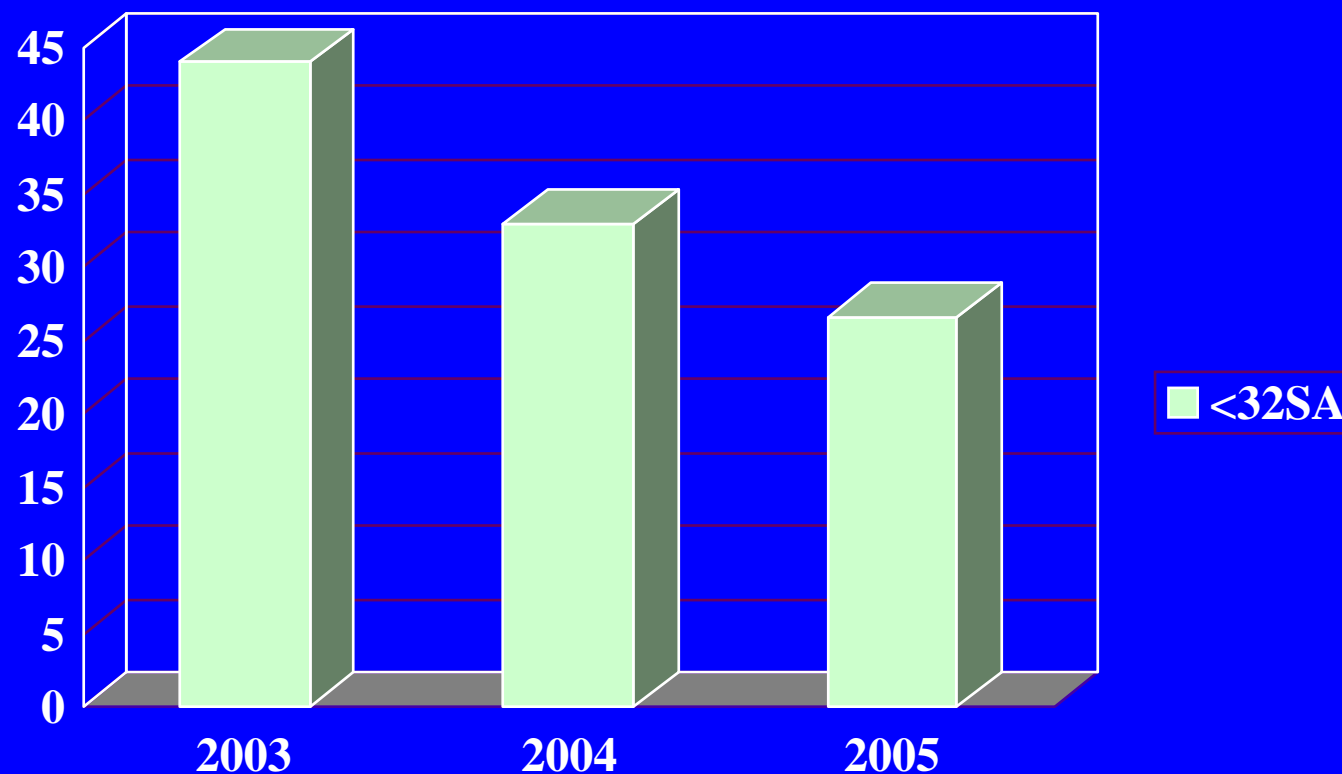


% Prématurés nés en niveau Niveau I



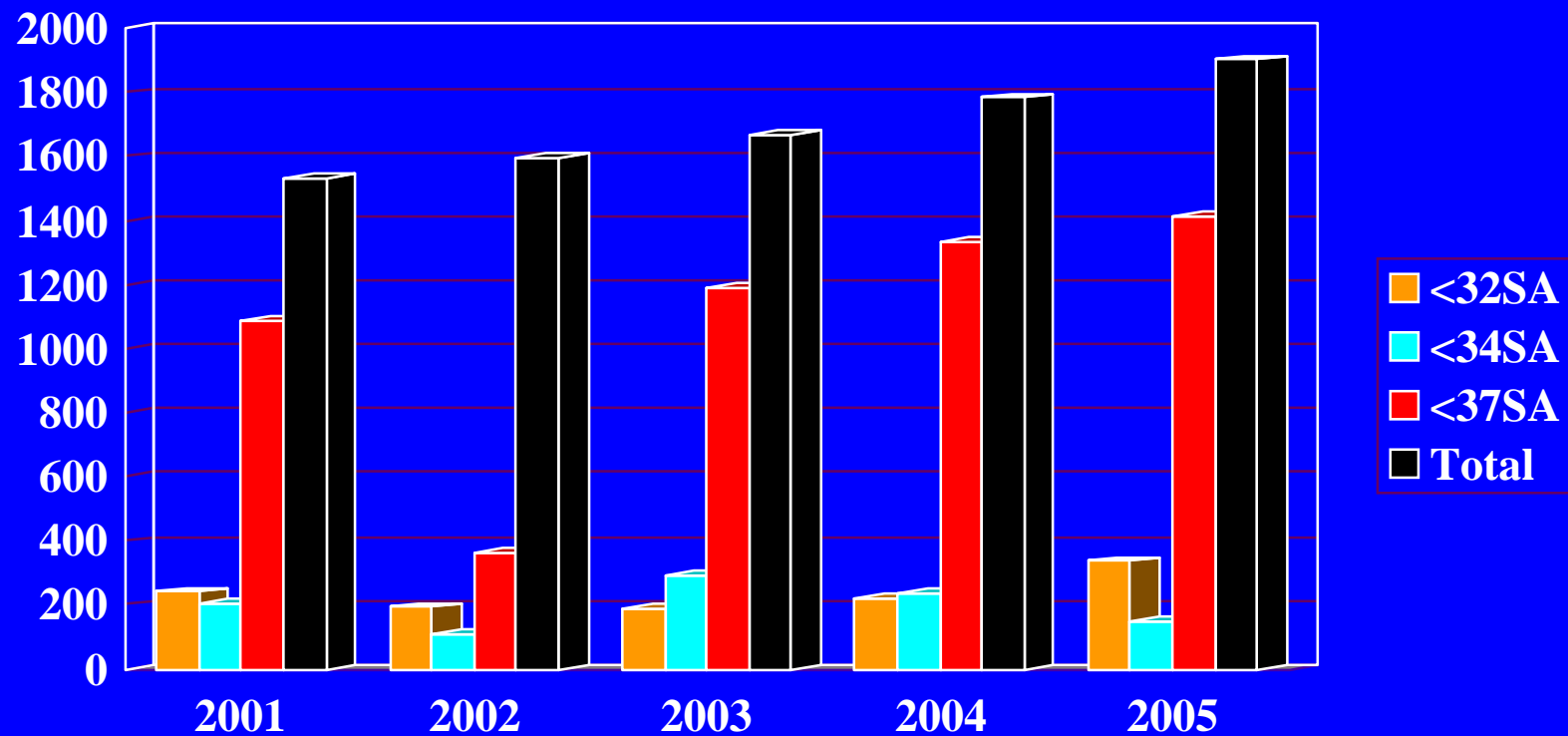
En 2005 9 enfants <32SA , 14 enfants de <32-34SA
sont nés en Niveau I

Prématurés <32SA nés en niveau Niveau II



En 2005 63 enfants / 236 nés avant 32SA sont nés en niveau II

Nombre de Prématurés 2005: 1903 = 6,7% 6,2% en 2004



Audipog 2003=6,4%

Accouchement des prématurés de <32SA

Figure 09: Evolution de la répartition des naissances normales et à risque entre le type de structures¹³ en Région Centre (2000 - 2005)¹⁴

	2000		2005	
	Total	< 32 sem	Total	< 32 sem
Niveau III	6127	105	7837	264
Niveau II	11549	51	14255	63
Niveau I	7445	7	6885	9
Total général	25121	163	28977	336

¹³ Les naissances à risque comprennent : naissances multiples et naissances prématurées (moins de 32SA)

¹⁴ Enquêtes annuelles d'activité du réseau

Les transferts in utéro

A partir d'une maternité de niveau 1

1) Forte probabilité de naissance avant 34SA et ou poids de naissance inférieur à 1800 g du fait :

- d'une menace d'accouchement prématuré
- d'une rupture prématurée des membranes
- d'un retard de croissance in utéro

La maternité référente s'engage à transférer à nouveau la patiente dans son établissement d'origine si la patiente atteint le terme de 36SA

2) Grossesses multiples avec menace d'accouchement prématuré avant 36 SA

Grossesse :

- triple
- quadruple
- gémellaire monochoriale d'évolution anormale

3) Pathologie fœtale à risque vital néonatal ou hydramnios aigus.

Fœtus :

- malformé
- malade
- exposé aux complications de l'immunisation materno-fœtale



4) Pathologies maternelles graves avec risque de décompensation pré ou post natal en l'absence de possibilités de réanimation maternelle :

- toxémie gravidique très sévère
- hellp syndrome
- placenta praevia très hémorragique
- ou autre pathologie aggravée par la grossesse

5) La maternité référente s'engage à prendre la patiente ou à trouver une place dans un établissement équivalent.

Transferts in utéro

A partir d'une maternité de niveau 2

1) Forte probabilité de naissance avant 32 SA et ou poids de naissance inférieur à 1200 g du fait :

- d'une menace d'accouchement prématuré
- d'une rupture prématurée des membranes
- d'un retard de croissance in utero sévère

La maternité référente s'engage à transférer à nouveau la patiente dans son établissement d'origine si la patiente atteint le terme de 34SA .

2) Grossesses multiples avec menace d'accouchement prématuré avant 33 SA

Grossesse :

- triple
- quadruple
- gémellaire

3) Pathologie fœtale à risque vital néonatal ou hydramnios aigu .

Fœtus :

- malformé
- malade
- exposé aux complications de l'immunisation materno-fœtale très sévère.



4) Pathologies maternelles graves avec risque de décompensation prè ou post natal en l'absence de possibilités de réanimation maternelle :

- toxémie gravidique très sévère
 - hellp syndrome
- toutes situations hémorragiques (Placenta praevia, hématome retro placentaire) risquant d'entraîner des troubles de la coagulation et nécessitant un transfert en réanimation
- ou autre pathologie aggravée par la grossesse (insuffisance respiratoire stéatose aiguë du foie) nécessitant un transfert en réanimation .

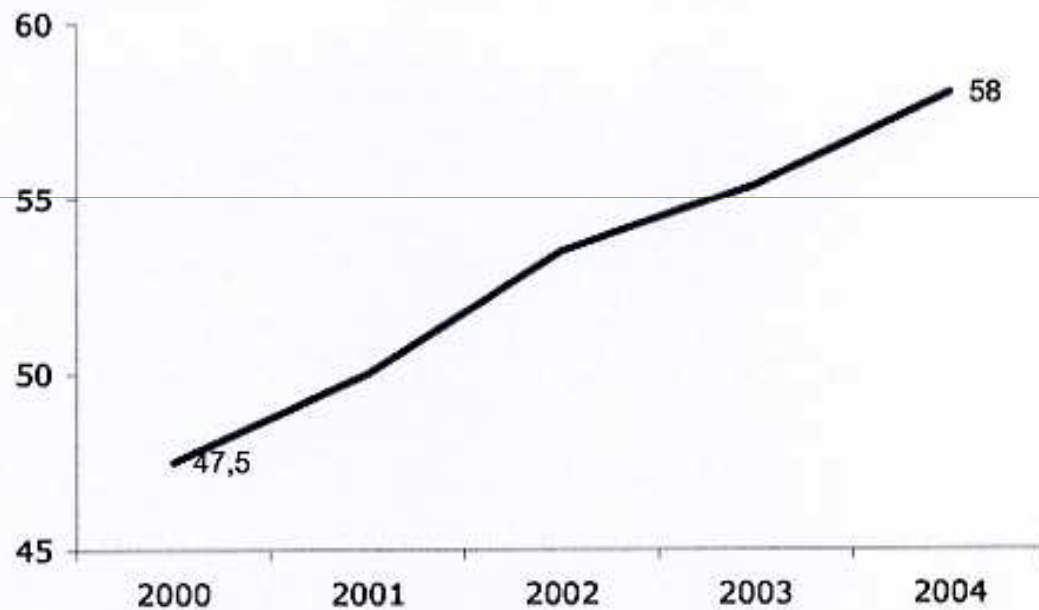
Evolution des naissances à risque

Figure 10: Evolution des taux standardisés des naissances à risques et normales selon la catégorie des établissements entre 2000 et 2005¹⁵

	2000		2005	
	< 32 sem	norm	< 32 sem	norm
Niveau III	64%	23%	79%	25%
Niveau II	31%	46%	19%	50%
Niveau I	5%	31%	2%	25%
Total	100%	100%	100%	100%

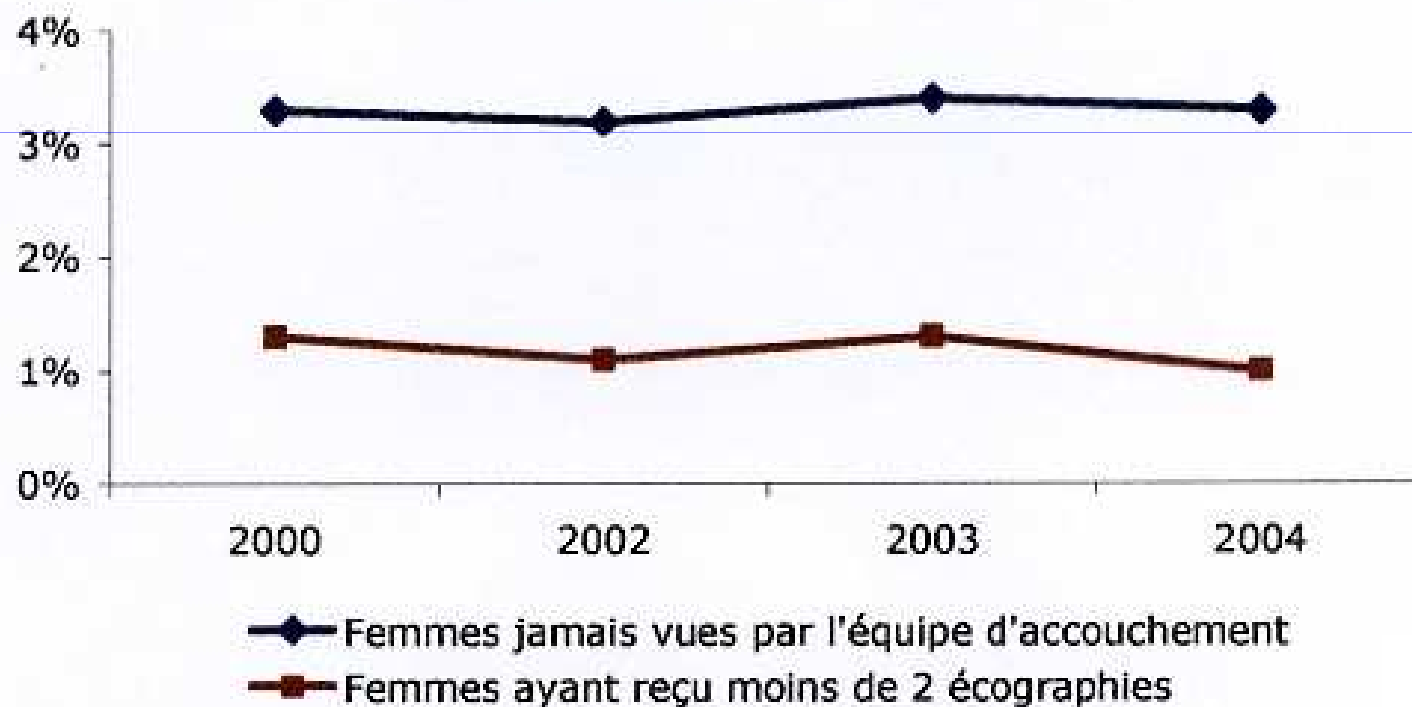
Evolution allaitement

Figure 24: Evolution du taux d'allaitement en Région Centre (2000-2004)²⁶



Grossesses mal suivies

Figure 23: Evolution des indicateurs de mauvais suivi de grossesse en Région Centre entre 2000 et 2004²⁵



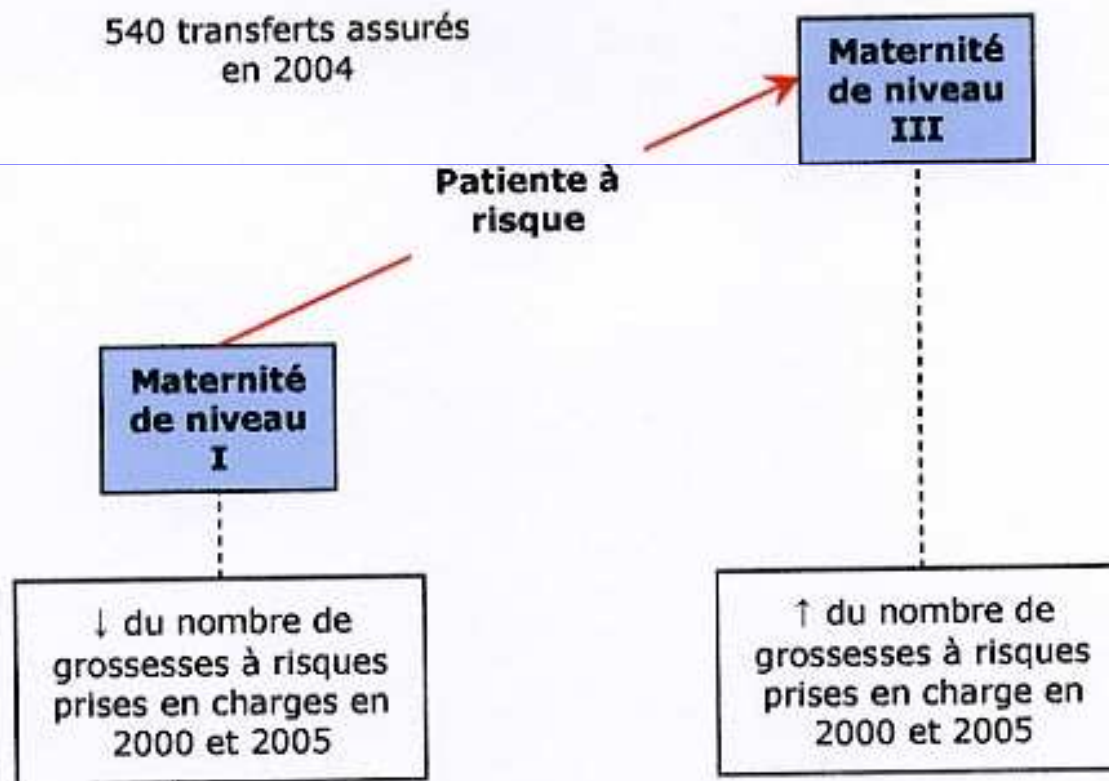
Tabagisme Femme enceinte

Enquête 11 au 17 décembre

- **Fument =25,3%**
 - Niveau I=26,2%
 - Niveau II= 28,9%
 - Niveau III=16,7%
- **<10 Cigarettes /j= 68% des fumeuses**
- **>10 cigarettes /J= 29,2%**

Evolution des transferts

Figure 12: Illustration des processus de transferts selon les risques périnataux et selon le principe de gradation des maternités.

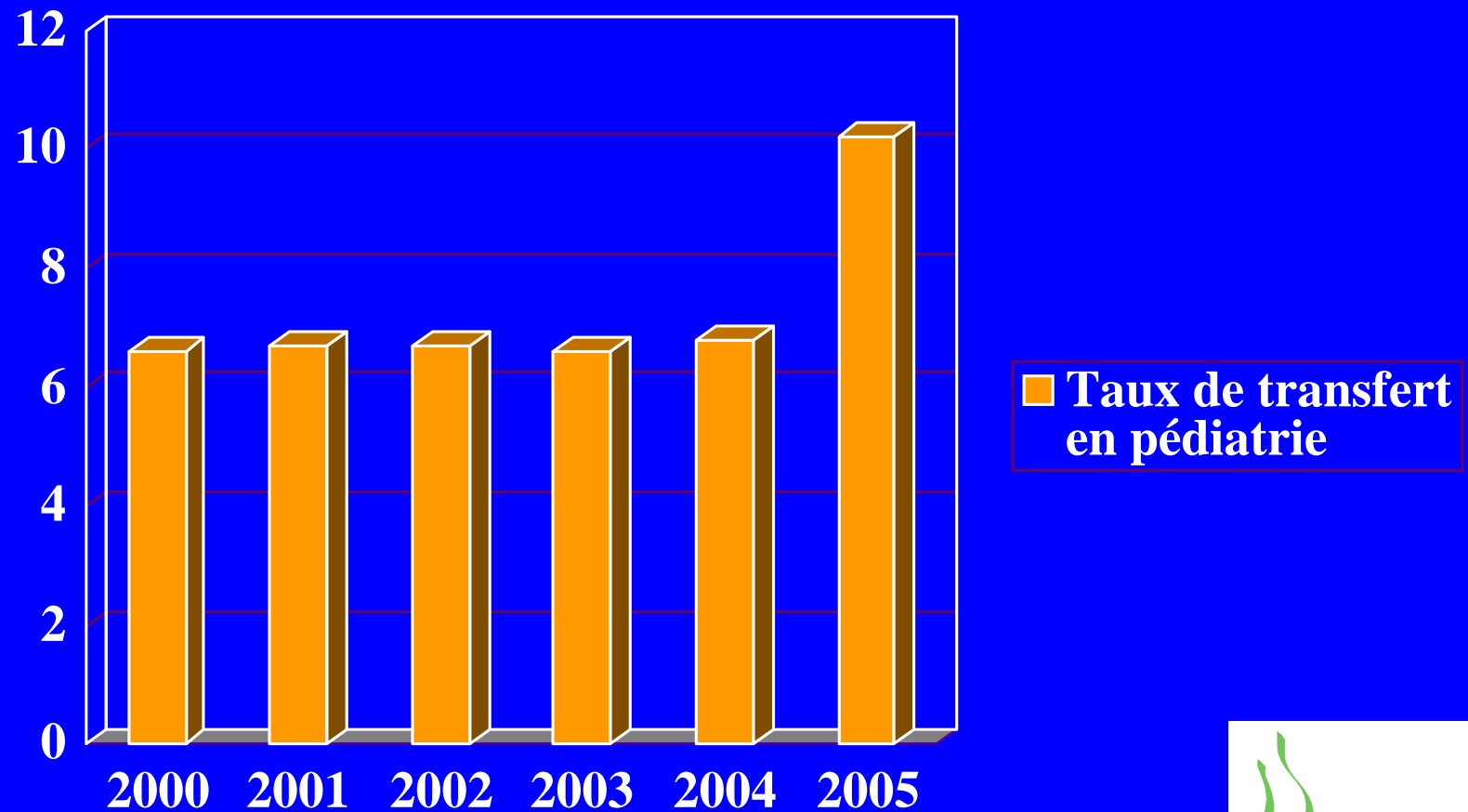


Indication des transferts de nouveaux nés

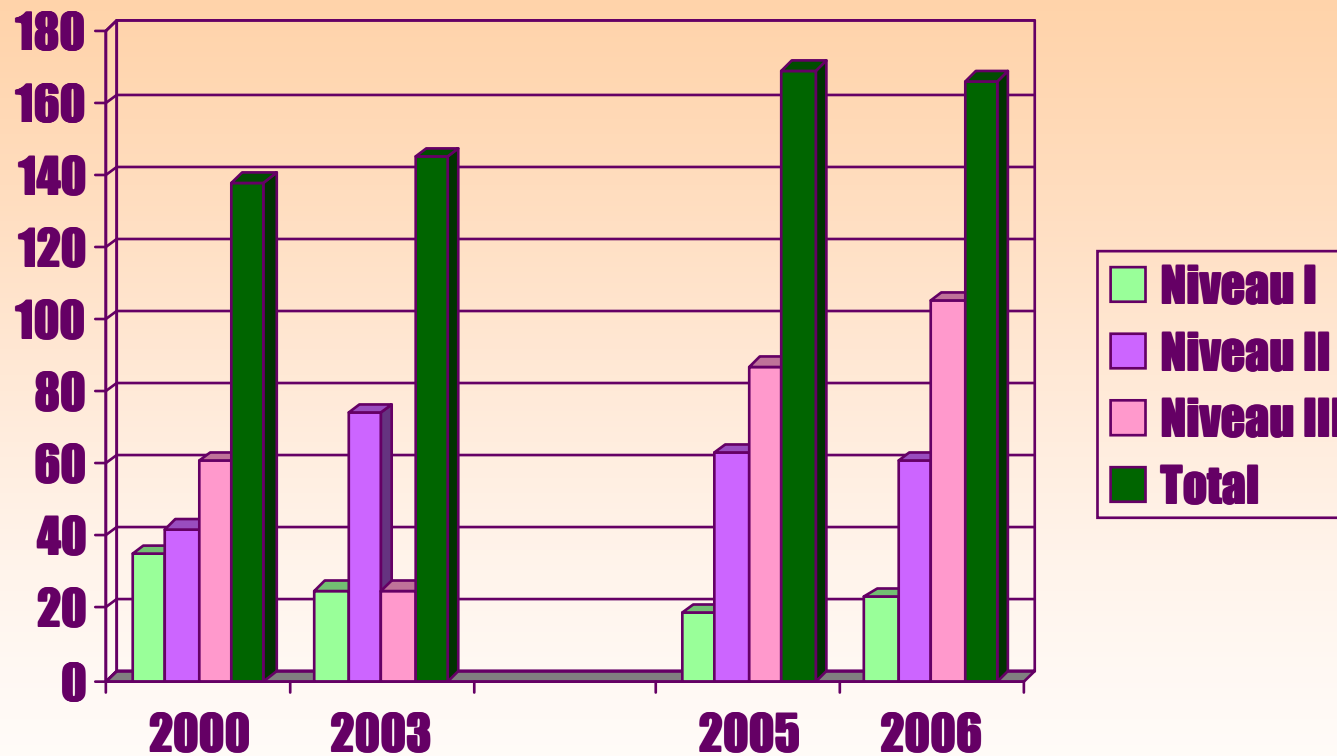
Niveau II > III

- Détresses respiratoires nécessitant une assistance ventilatoire d'une durée prévisible de plus de quelques heures.
- Etats de détresse vitale quelle qu'en soit l'origine : infectieuse, cérébrale, cardio-vasculaire, etc... après mise en condition dans l'unité.
- Pathologies chirurgicales nécessitant une prise en charge urgente en chirurgie infantile,.
- Prématurés de 30 SA ou moins, quels qu soient leur poids de naissance et leur état respiratoire initial.

Taux de transferts de nouveaux nés en pédiatrie



Nombre de Mort foetales in Utero



Mort foetale 2005

V.cosnier/AL.Suc

- **29788 Naissances**
 - **129 décès (22SA - J1) hors IMG= 4,3‰**
 - **Avant travail = 98 = 3,3‰**
 - **Perpartum=31=1‰**
 - **Primipares=47=37%**
 - **Multipares=80=62%**
- } Idem Pays de la Loire

Mort foetale 2005

V.cosnier/AL.Suc

Etablissement	MFIU	% MFIU	p
Niveau I	25	0,34%	NS
Niveau II	61	0,41%	NS
Niveau III	43	0,56%	NS

Causes des Morts foetales 2005

V.cosnier/AL.Suc

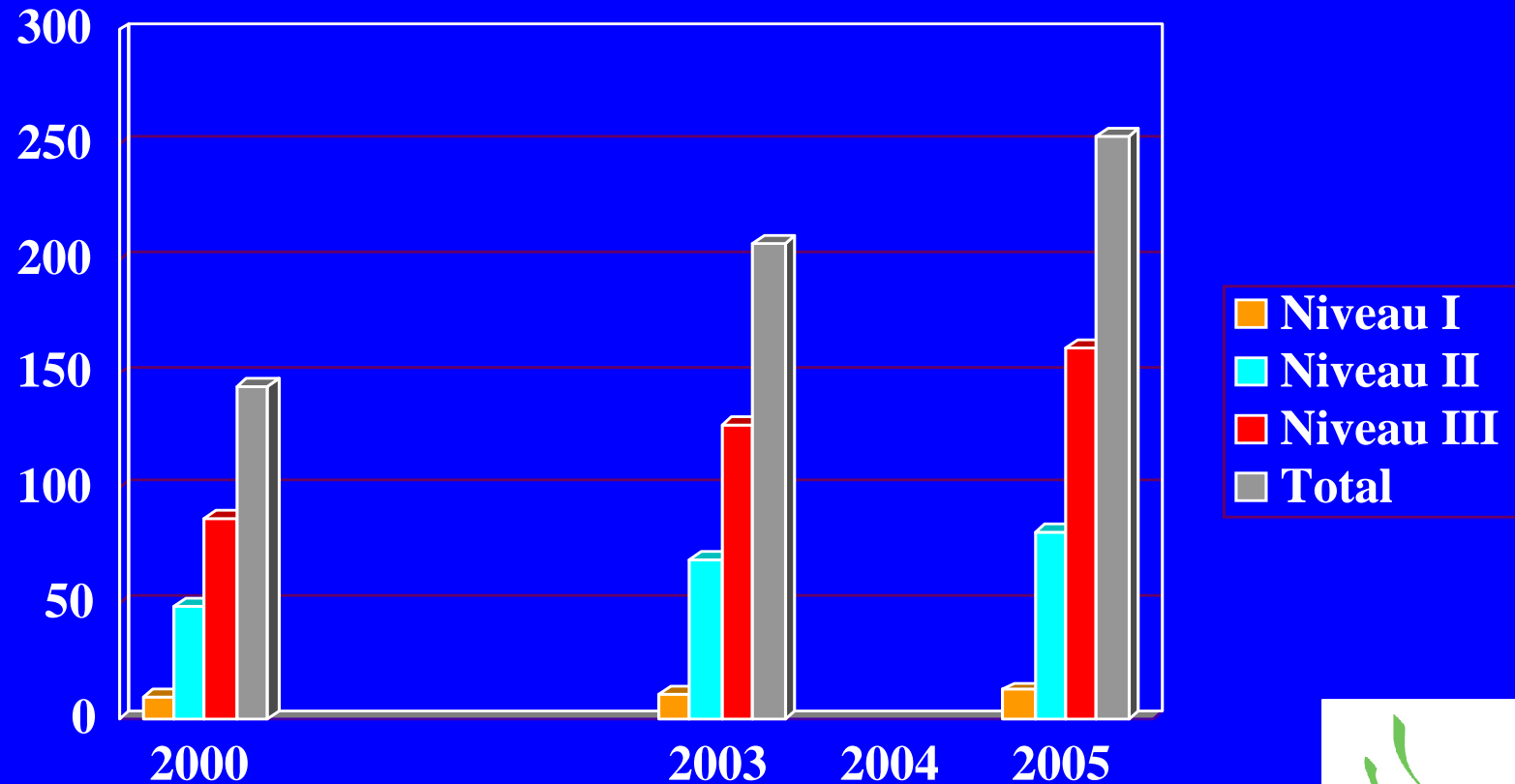
Causes	Nb	%
HRP	20	15%
Infections	16	12%
Anomalies cordon	16	12,4%
Malformations	10	7,8%
HTA	5	4%
Diabète	3	2,3%
Inexpliquées	46	35,7%

Evitabilité des Morts foetales 2005

V.cosnier/AL.Suc

- **15 cas = 11,6%**
 - 9 manques de suivi
 - Une exposition au lithium
 - Délai césar (35 min)
 - Anomalie du RCF sans césar
 - HTA hospitalisée
 - Retard de transfert
 - Absence de pédiatre

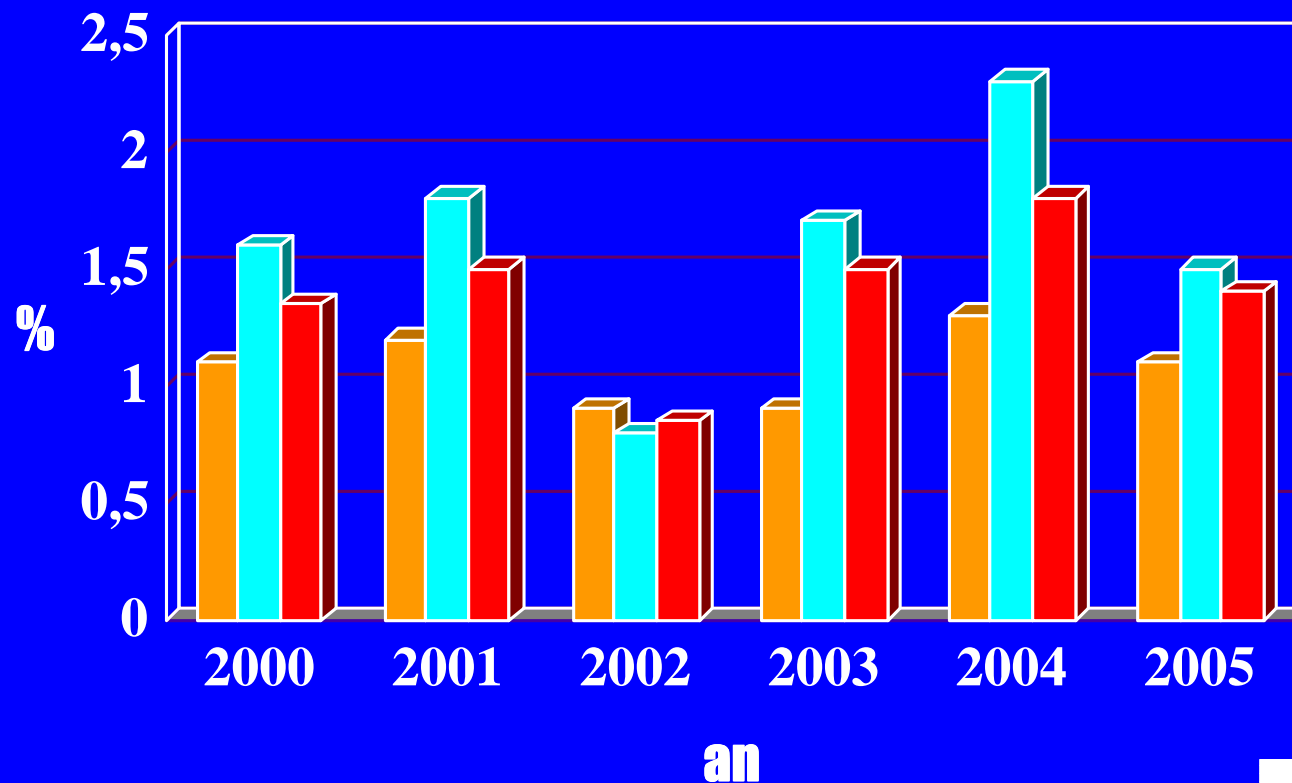
Nombre D' IMG



Perinat Centre
Réseau de périnatalité de la région Centre

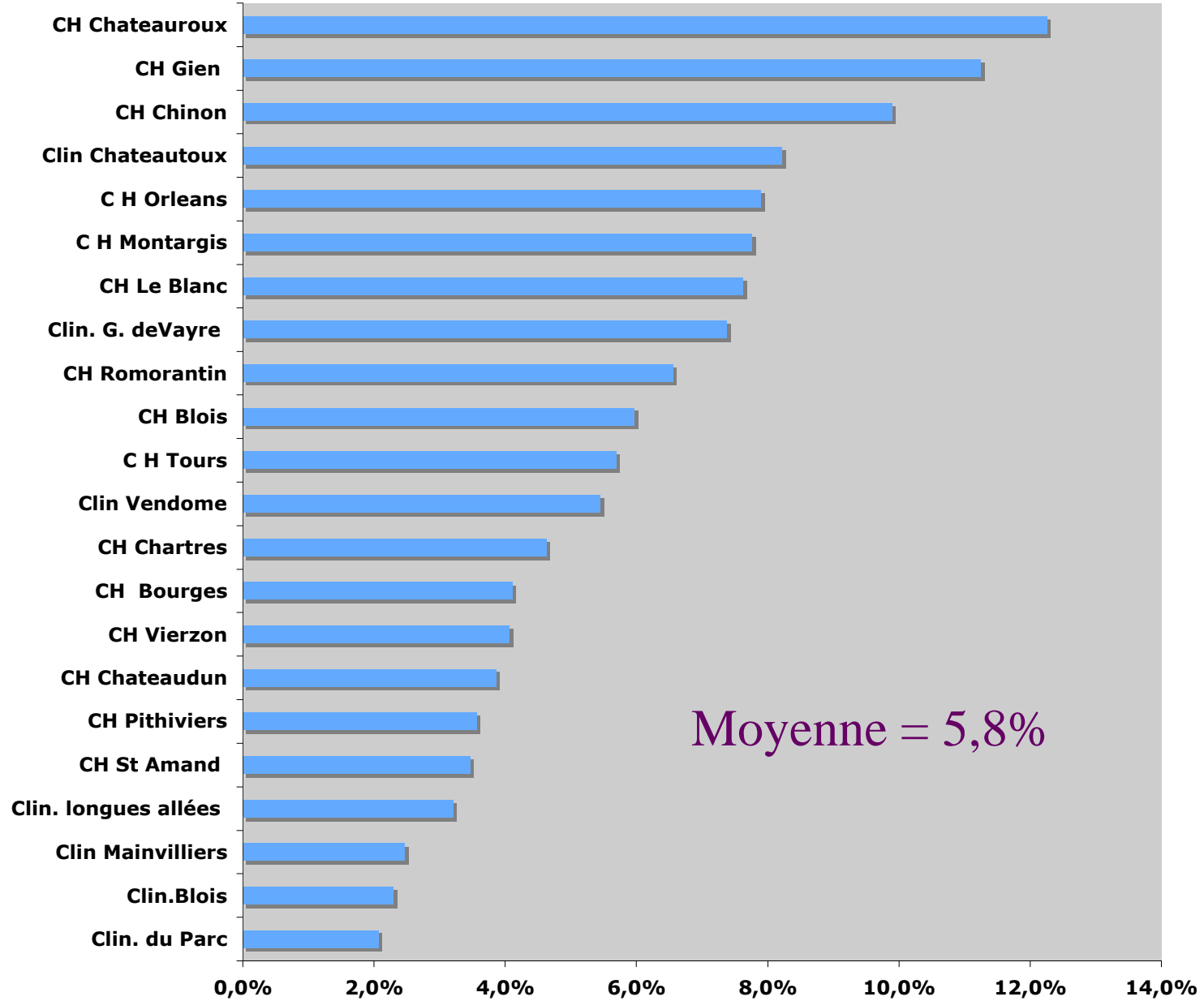
Hémorragies >1000ml = 340 femmes

■ niveau I ■ Niveau II-III ■ Total

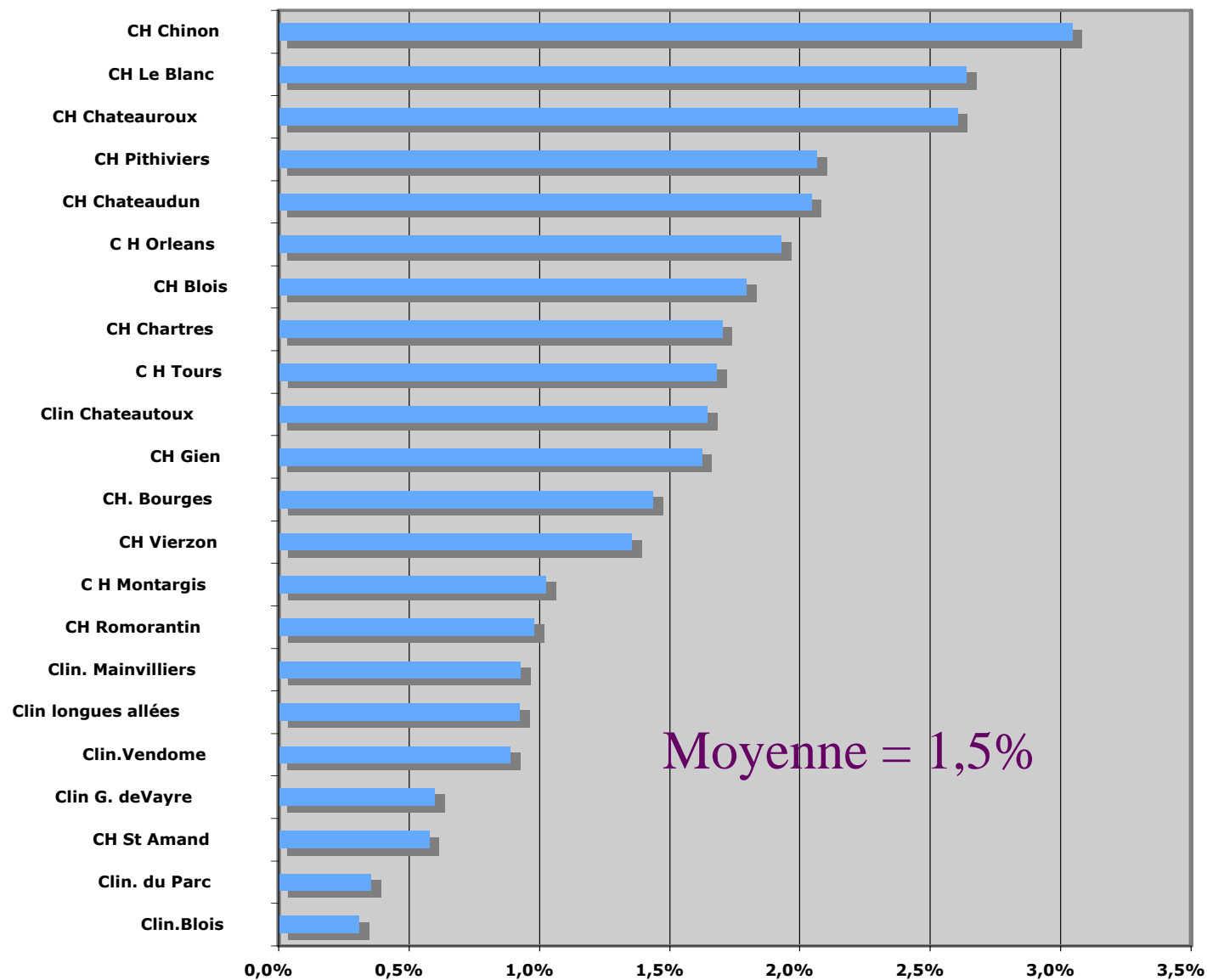


AUDIPOG 2002-2003=3,2%

■ Taux Hemorragies



Taux d'hémorragies graves (>4g Hb, Transfusion ou geste hémostase)



Décès maternel

12 décès maternels sur 203 782 Naissances 2000-2006
soit un taux de 5,8/100 000 naissances (8,8/INVS 2002)

2006: 2: AVP (Dreux) Suicide hors CH(Chartres)

**2005: 4 : 2 embolies amniotiques ,(Chateaudun et
G.De Varye , Un HELP (CHRO) une leucémie
Tours**

2004= 1 décès à Chartres (hémorragie cérébrale)

2003 = 2 décès CHU : Crohn + cardioapthie

2001= 1 décès (CHRO cause infectieuse)

**2000 = 3 : 2 au CHU de Tours (Une
cardiomyopathie transférée de Chateauroux , une
embolie pulmonaire) une au CHRO (embolie
pulmonaire)**

Le réseau a-t-il amélioré l'état de santé des mères et des nouveaux nés

Figure 29: Comparaison de la mortalité périnatale en Région Centre et en France Métropolitaine en 2003 ³¹

	Région Centre	France métropolitaine
Mortalité périnatale	6,5‰	7‰
Mortalité infantile	4,4‰	4,5‰
Mortalité néonatale	2,6‰	2,9‰

Plan périnatal et réseau

Figure 32: Niveau d'atteinte en Région Centre des objectifs formulés par le plan 1995-2000

	Degré d'atteinte de l'objectif
1. Baisse de la mortalité maternelle	Oui
2. Baisse de la mortalité périnatale	Oui
3. Baisse de l'hypotrophie	Non
4. Baisse du nombre de femmes non suivies pendant leur grossesse	Non
5. Baisse des morts subites	Oui

Evolution réseau

- **Début de la procédure d'informatisation Cahier accouchement**
- **Pilotage du PHRC Pithagore 6 sur la région Centre**
- **Action anti tabac**
- **Organisation des transferts in utéro**
- **Etude mortalité/Morbidité Nouveau Né 2005**
- **Création réseaux proximité :MG+SF libérales ou PMI**
- **Etude femmes situation précaire**



Perinat Centre
Réseau de périnatalité de la région Centre

