

ETATS GÉNÉRAUX DE LA NAISSANCE 2006 - PRÉSENTATION D'**AUDIPOG**

par Marc-Alain ROZAN et Catherine CRENN HEBERT

Le diaporama (Power Point) de la présentation de C. Crenn Hebert est consultable sur le site des EGN :
<http://www.quellenaisancedemain.info/images/stories/audipog-detail.pps>

La présentation de M.-A. ROZAN n'est pas disponible.

Liens utiles :

Site AUDIPOG : <http://audipog.inserm.fr>

Haute Autorité de Santé : <http://www.has-sante.fr> (voir l'évaluation des pratiques professionnelles)

Contenu :

<u>[Présentation des principes de l'Audipog par Catherine Crenn Hebert]</u>	1
<u>[Qu'est-ce que l'Audipog]</u>	2
<u>[Les moyens techniques utilisés pour Audipog : dossier périnatal ; tronc commun d'informations ; logiciels ; collecte de données ; traitement des données]</u>	2
<u>[Ce que permet Audipog : système d'information commun, évaluation des pratiques professionnelles]</u>	3
<u>[Un exemple d'utilisation de la base de données]</u>	4
<u>[Illustration pour une maternité, par Marc-Alain ROZAN]</u>	4
<u>[Utilité du tableau de bord pour son établissement]</u>	4
<u>[Caractéristiques maternelles]</u>	5
<u>[Déroulement de la grossesse]</u>	5
<u>[Déroulement de l'accouchement et du séjour en maternité]</u>	6
<u>[Etat du nouveau-né]</u>	7
<u>[Conclusion Marc-Alain ROZAN]</u>	7
<u>[Conclusion de Catherine Crenn Hebert]</u>	7
<u>[Sur les facteurs qui favorisent et ceux qui freinent le développement de la procédure d'évaluation d'Audipog]</u>	7
<u>[Questions de la salle]</u>	8
<u>[Question sur l'accès aux données pour les non membres de l'association Audipog]</u>	8
<u>[Intervention pour rendre hommage à Nicole Mamelle ; à propos des grands prématurés]</u>	8
<u>[Question sur dossiers Audipog et accouchement à domicile, maison de naissance]</u>	8
<u>[Information sur mise à jour du tronc commun : positions d'accouchement, addictions]</u>	9
<u>[Question sur les caractéristiques des maternités participant à Audipog]</u>	9

[PRÉSENTATION DES PRINCIPES DE L'AUDIPOG PAR CATHERINE CRENN HEBERT]

Catherine CRENN HEBERT: Marc-Alain ROZAN va être à la technique pour une partie de l'exposé. On s'est répartis notre exposé en deux parties, j'espère que ce sera lisible et compréhensible. Merci d'avance. Si vous ne lisez pas tout, on sera prêts à répéter avant les prochains ateliers.

Donc Marc-Alain se présentera, il est gynécologue-obstétricien dans le privé, et moi je suis gynécologue-obstétricienne à l'hôpital de Louis-Mourier à Colombes.

[Qu'est-ce que l'Audipog]

L'Audipog, qu'est-ce que c'est ?

C'est d'abord une association, une association d'utilisateurs de dossier informatisé, réunissant les utilisateurs professionnels pour l'instant, mais les usagers peuvent adhérer, pour les dossiers de pédiatrie, d'obstétrique et de gynécologie.

Le système Audipog : on a commencé par constituer un dossier périnatal commun depuis longtemps, depuis 1980, qui s'est étendu à un certain nombre de maternités en France, qui a été copié, recopié, ça a été ensuite l'élaboration de logiciels compatibles dans les maternités, pas encore assez à notre goût, et une banque de données communes depuis 1994 le réseau sentinelle Audipog, qui permet d'envisager une démarche d'autoévaluation des pratiques par comparaison, et puis depuis 1999 il y a un site internet qui permet d'accéder à la banque de données commune.

Les objectifs de ce Réseau sentinelle de maternité : en fait ce sont **des maternités volontaires** qui ont pour **objectif de mettre en place un système de veille en continu** permettant de surveiller les indicateurs santé périnatale, et surtout à l'origine, et c'est toujours l'élément principal, c'est de promouvoir **l'autoévaluation des pratiques médicales, et ensuite des réseaux de soins**. C'est aussi la possibilité de susciter des études épidémiologiques ou de recherche clinique en commun.

[Les moyens techniques utilisés pour Audipog : dossier périnatal ; tronc commun d'informations ; logiciels ; collecte de données ; traitement des données]

Les moyens techniques utilisés donc, cela suit l'historique : **le dossier périnatal papier**, qui continue à être mis à jour, qui se veut être un outil didactique pour les jeunes cliniciens et les moins jeunes (les moins jeunes oublient les petites choses à cocher parfois) ; une assurance qualité, parce que justement on a un dossier structuré, et des rappels. On essaie de faire évoluer, de cocher « les éléments d'information ont-ils été remis », etc. Et ce dossier est validé par la CNIL comme pouvant être informatisé.

Deuxième élément de moyens techniques, le **tronc commun d'informations**, c'est-à-dire que **chacun est libre d'avoir un dossier plus ou moins extensible**, un obstétricien, une sage-femme, un médecin de ville qui n'auraient pas énormément de femmes enceintes avec de la pathologie n'ont pas besoin de beaucoup de pages. Ou il peut y avoir de petites cases pour les consultations, un hôpital de CHU qui a des sujets particuliers de recherche va avoir besoin de plus de place, plus d'éléments. Donc on peut adapter le format. L'important c'est d'avoir **un tronc commun d'informations**. Ce tronc commun a été validé par les sociétés dites savantes : le Collège National des Gynécologues-obstétriciens [CNGOF], la Société française de Médecine Périnatale [SFMP], la Fédération Nationale des Pédiatres de Néonatalogie [FNPN], le Collège français des échographistes [CFEF, Collège Français d'Echographie Fœtale], et on a essayé de trouver ensemble quel était le minimum nécessaire pour assurer, depuis le début de la grossesse jusqu'à la naissance, voir même l'hospitalisation d'un nouveau-né, le suivi des patientes et de leur nouveau-né, la surveillance de l'activité des services, et enfin quelles étaient les demandes nécessaires pour l'évaluation des pratiques médicales ou des réseaux périnatals.

Troisième élément technique, **les logiciels de saisie des données**. Il faut qu'ils soient compatibles, qu'ils recueillent toujours les données de la même façon, et cela n'est pas une mince affaire. Donc **on a structuré les données pour exprimer toujours de la même façon** ce que c'était que l'hypertension artérielle, quand est-ce qu'on coche « modéré », « sévère », il faut que ce soit compatible avec les systèmes institutionnels pour que les professionnels n'aient pas à remplir 36000 fois les papiers, le PMSI c'est obligatoire, le certificat de santé de l'enfant aussi.

Et on a essayé de structurer les données, on continue de faire des mises à jour pour que ça s'adapte aux évolutions permettant de faire une seule saisie. Il a fallu donc rédiger un cahier des

charges des logiciels avec des vérifications de logique pour qu'il y ait des avertissements quand il y a une saisie qui se révèle être peut-être avec des erreurs, et il a fallu établir un partenariat avec des éditeurs de logiciel pour qu'ils mettent en conformité leurs logiciels et qu'on puisse les vérifier avant de dire si c'est conforme.

Et enfin, ceci pour aboutir à **une banque de données commune**, commencer la collecte des données. Le système informatisé de la maternité peut faire une extraction et **exporter** une partie de son fichier, on peut aussi saisir, depuis la salle de travail ou les suites de couches, le résumé concernant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches. On peut **saisir en ligne** sur internet au niveau du site Audipog, on peut **saisir en local** sur un cdrom et exporter tout en une seule fois, et puis on peut encore et toujours faire une collecte sur des **fiches papier** sur un mois d'accouchement par an, et envoyer au réseau sentinelle.

Le **traitement des données** : à la réception des fichiers individuels de la maternité, il y a des procédures de contrôle de qualité des données au niveau de chaque fichier, puis les données sont mises en commun.

L'analyse statistique repose sur ce qu'on appelle la **standardisation des taux** puisque ce sont effectivement des **maternités volontaires, donc par définition suspectes de ne pas être représentatives de l'ensemble des maternités**. Donc en fait on redistribue, en fonction du nombre d'accouchements par région et par type d'établissement, le poids qu'ont ces différentes données, c'est la méthode des **quotas**, qui sont faits par les instituts de sondage, ce qui permet de valider des résultats : à partir de maternités volontaires on peut se comparer avec les taux standardisés qui sont représentatifs du niveau national.

Les comparaisons qui sont faites au fil des années avec les études menées par la DGS, les **enquêtes périnatales**, la dernière était en 2003, montrent une correspondance tout à fait correcte pour les grands indicateurs. C'est vrai que pour les indicateurs qui auront nécessité l'entretien auprès des femmes (et c'est la supériorité dans ce domaine des enquêtes périnatales, c'est qu'on va voir les femmes), il y a certaines données qui ne se trouvent pas dans les dossiers informatisés, Pour ces données là c'est plus précis, il y a des différences entre l'enquête périnatale et le réseau sentinelle. Pour tous les autres indicateurs, c'est tout à fait comparable.

[Ce que permet Audipog : système d'information commun, évaluation des pratiques professionnelles]

Donc au total il s'agit de la mise en place d'un **système d'information commun** dans un but de cohérence, de communication, depuis le début de la grossesse jusqu'au séjour potentiel du nouveau-né dans un service de néonatalogie.

Et cela permet de faire **l'évaluation de pratiques professionnelles**, tant au niveau individuel qu'au niveau des réseaux. On peut interroger, faire des requêtes statistiques en ligne sur le site.

Voilà le site internet : par exemple, dans l'échantillon d'un réseau de soin particulier, quel est le mode d'accouchement. Donc il y a la base de données qui permet d'afficher le mode d'accouchement dans l'échantillon sélectionné et de comparer, par exemple, à la population totale.

C'est le **principe de l'interrogation en ligne**, qui est **accessible à tous les membres de l'association Audipog** et donc, je répète que l'on peut adhérer soit en tant que professionnel, soit en tant qu'utilisateur.

Ceci dans un but de constituer un référentiel de pratiques médicales. La banque de données regroupe plus de 180 000 naissances, et elle permet donc de confronter les pratiques professionnelles au niveau local, au niveau régional ou national.

[Un exemple d'utilisation de la base de données]

Par exemple, et Marc-Alain va vous l'illustrer tout à l'heure : je veux surveiller les pratiques dans la maternité X. Je peux regarder les modes d'accouchement et les comparer au réseau sentinelle.

Donc je suis une maternité qui exporte ses données sur le réseau Audipog, je peux tout de suite surveiller en **temps quasiment réel** comment je me situe par rapport au réseau.

Là, j'ai beaucoup plus d'interventions voie basse et césarienne par rapport au réseau sentinelle, tout ça pour des grossesses uniques, cela permet de se poser des questions.

Et je vois que mes césariennes sont expliquées par des grosses proportions de césariennes avant travail, par exemple. Est-ce que c'est parce que j'ai des patientes qui sont à très haut risque de césarienne dans ma maternité, ou est-ce parce que les obstétriciens de notre maternité ont des protocoles, des attitudes face à certaines situations cliniques, qui les conduisent à faire plus de césariennes ?

Alors on regarde le **recrutement**, pour savoir si c'est ce qui explique les différences.

Ce serait quand même extraordinaire qu'il y ait plus de présentations du siège dans cette maternité là que dans une autre (bon, s'il y a plus de prématurés cela peut s'expliquer).

Est-ce parce qu'il y a plus de mamans qui ont déjà accouché par césarienne, donc un taux d'utérus cicatriciel un peu plus élevé ? Oui.

Mais si je regroupe l'ensemble du critère « primipare à bas risque », on voit qu'il y a plus de primipares à bas risque dans cette maternité par rapport à l'ensemble du réseau.

Donc à priori ce n'est pas le haut risque du recrutement qui explique ces pratiques, mais les différences d'attitudes ou **pratiques médicales**.

Cette confrontation de résultat permet la **prise de conscience et l'auto-évaluation** par les praticiens eux-mêmes qui sont les plus à mêmes de changer leurs pratiques, disons que c'est eux qui vont devoir prendre des mesures pour modifier leurs pratiques. Il vaut mieux qu'ils se rendent compte eux-mêmes qu'il y a un problème.

Alors c'est le principe de la mise en œuvre de l'évaluation des pratiques professionnelles, donc on a proposé un système qui permette de mettre en ligne les bases de données, d'éditer le **tableau de bord de la maternité**, de permettre des **interrogations statistiques**, et d'accéder par exemple au calcul du taux de césarienne attendu compte tenu du recrutement. Alors à quoi ressemble le tableau de bord comparatif d'une maternité, mais je crois que je vais laisser la parole à Marc-Alain qui va venir présenter son rapport de maternité.

[ILLUSTRATION POUR UNE MATERNITÉ, PAR MARC-ALAIN ROZAN]

[Utilité du tableau de bord pour son établissement]

Marc-Alain ROZAN : Je vais vous présenter les évaluations de notre établissement portant sur plus de 5000 naissances en 3 ans, et ce tableau, vous verrez, nous a permis de modifier complètement nos pratiques et de mieux assurer d'une part la sécurité, et d'autre part le bien être.

Donc nous allons prendre ces tableaux de bord en détail pour notre établissement. C'est la première fois qu'on a une étude aussi détaillée portant sur plus de 5000 naissances.

Donc c'est le tableau de bord de l'activité « évaluation des pratiques médicales de la maternité de la Roseraie à Aubervilliers.

Il faut savoir que la loi et le décret d'application sont sortis au Journal Officiel à partir du mois d'août, et qu'il y a maintenant une **obligation d'évaluation des pratiques professionnelles** collectives et individuelles. Donc cette étude tombe bien.

Nous verrons la première partie « renseignements généraux et antécédents », deuxième partie déroulement de la grossesse, déroulement de l'accouchement et séjour en maternité, quatrième partie état des nouveau-nés.

[Caractéristiques maternelles]

Donc caractéristiques maternelles. Vous voyez les années, 2003 à 2005, et le rapport par rapport au réseau standardisé, en 2003, le réseau sentinelle, et en 2004. Donc nous allons prendre juste une première ligne parce qu'on ne va pas tout faire le tableau.

L'âge de la mère, donc le taux de mère **inférieur à 20 ans**, en taux brut, est de 4,1 en 2003, 3,6% en 2004, 4,1% en 2005. Et si on voit que le réseau standardisé entre 2003 et 2004, le taux national est 2,4% et 2,6%. Donc nous sommes une maternité jeune, car nous avons beaucoup de jeunes femmes qui accouchent. Par contre, nous sommes aussi une maternité dite âgée, car nous avons un taux supérieur, si vous prenez supérieur à 35 ans, nous avons 20%, et la moyenne nationale est de 16,7%. Pourquoi ? On ne sait pas, on ne peut pas l'expliquer.

Donc on reprend ensuite :

- origine géographique, les situations de famille, donc ça nous permet de voir exactement ce qui se passe,
- célibataire ou pas,
- le tabac, la dépendance, l'alcool et toxicomanie. Par exemple en toxicomanie nous sommes identiques au réseau national.

Maintenant les antécédents maternels, on reprend la **gestité**, nous voyons que nous sommes une maternité où nous avons beaucoup de grandes gestantes parce que le taux chez nous est de 23,6% et on a la même chose sur les trois ans, le réseau national est 15,5%. La **parité** c'est la même chose, vous voyez que nous sommes à 14,2% à trois enfants, et la moyenne nationale est de 7,4. Ensuite les antécédents d'IVG, on reprend tout ce qui nous permet d'étudier. Là c'est sur l'historique.

[Déroulement de la grossesse]

Maintenant déroulement de la grossesse.

Provenance lors du premier contact : la patiente se présente d'elle-même, vous voyez que par rapport aux maternités il y en a 82,7%, national 66%, ensuite venant d'une PMI 13,4%, national 30,7.

Donc en découle **l'âge de la gestation** à la première visite en nombre de semaines, vous voyez qu'effectivement nous sommes un petit peu différent du national. Le **nombre de consultations** à la maternité, vous voyez que au début elles sont très faibles, puis nous reprenons et nous arrivons à 13,2% par rapport au national 11,5%. Les **amniocentèses**, nous en faisons par rapport à la moyenne nationale un tout petit peu moins.

Et les **hospitalisations**, les **sages-femmes à domicile**, les consultations auprès d'un centre de **diagnostique anténatal**, nos chiffres : par rapport à l'hospitalisation, nous sommes très faibles par rapport au national, par contre la sage-femme à domicile nous en avons beaucoup, car il faut savoir que la Seine-Saint-Denis est un département qui a un très bon réseau de PMI et donc de prise en charge de la mère.

[Déroulement de l'accouchement et du séjour en maternité]

Déroulement de l'accouchement et du séjour en maternité, nous allons voir une grande évolution dans nos chiffres.

Sur l'**âge gestationnel** : pour une grossesse unique, nos taux se ressemblent, pour une grossesse multiple nos taux sont légèrement inférieurs, et l'âge gestationnel inférieur à 33 semaines sur grossesse unique nous avons 0,8% par rapport à 1,3 %. Ceci s'explique en définitive parce que nous suivons bien les recommandations des réseaux, et pour les grossesses multiples c'est la même chose. Voilà pour l'âge gestationnel, en données brutes et en données standardisées. Donc vous voyez que les chiffres dans ces cas là se ressemblent.

Âge gestationnel – taux rapporté aux mères – le pourcentage de **prématurité induite**, il faut voir si c'est déclenchement de l'accouchement ou césarienne avant travail, avant terme, et en l'absence de radiopelvimétrie. Vous voyez que nos chiffres sont légèrement inférieurs. Le pourcentage de grande prématurité induite aussi.

Admission en travail, donc le **mode d'entrée** directement par rapport au domicile, par rapport à la mutation, aux transferts etc. Et on peut reprendre donc dans chaque tranche exactement ce qui se passe et on peut se comparer. Mais disons que ça c'est un fait, bien, on ne peut pas

Voyez pour les **déclenchements programmés** : nous sommes à 1% par rapport en 2003, 1,1% en 2004 et 2005, nous faisons moins d'accouchements programmés que sur le plan national.

Pour les **grossesses prolongées** : nous étions à 3,5% la première année et nous avons chuté parce que nous avons renforcé cette surveillance. Donc là, c'est très bien, ces évaluations de nos pratiques, pourquoi nous avons tant de grossesses prolongées, donc on a fait et on a amélioré notre score.

Ensuite les **modes d'accouchement** : pour la voie basse spontanée nous sommes à 65%, intervention sur voie basse nous sommes à 13%, et césarienne à 21%, notre taux a très peu évolué sur les trois ans, et le taux national de 18,7 est monté à 19%.

Pour les **interventions voie basse** : on spécifie la différence entre les forceps, spatules, ventouses, extraction siège et autre, et en définitive notre nombre de forceps, vous verrez bien, a diminué, et le nombre de ventouses et spatules aussi. Parce que les praticiens qui faisaient des spatules ne sont plus là, et les jeunes qui viennent ne savent pas du tout faire la spatule, c'est soit le forceps ou la ventouse, et maintenant on a effectivement une montée en charge de la ventouse. Les **extractions en siège** que nous voyons ce sont les seniors qui les font plus que les autres, parce que les jeunes ne font pas du tout d'extraction de siège.

Durée de travail à 5 comme : ça c'est pour vous donner un score.

Les **anesthésies** : on voit le chiffre d'anesthésies, par rapport au national, vous avez « aucune », ensuite la péridurale, la rachi anesthésie, la générale, locale ou autre. Ensuite le moment de l'anesthésie, alors là il est très bien repéré, et la rachi anesthésie.

Le mode de délivrance : vous allez voir une chose qui est très importante, c'est la prévention de l'hémorragie. Pour le mode de délivrance nous étions naturels à 92% en 2003, on est passé à 64% deux ans après. Donc ça a été quand même une sensibilisation auprès des sages-femmes et des médecins qu'il fallait mieux faire une délivrance dirigée, vous voyez qu'on est passés de 6 à 33%, ce qui va impliquer que... nous verrons tout à l'heure ce qui se passe.

Pour l'**épisiotomie** : nous restons quand même à un taux moyen national, ensuite les problèmes de déchirures, de lésions traumatiques, et **hémorragies** vous voyez quand même, et là c'est exactement la conséquence de la **délivrance dirigée**, nous étions à 2,8% en 2003 et nous sommes passés à 1,5%. Donc voilà un petit peu des études qui ont porté.

L'état de la mère et les suites de couches : notre **durée de séjour** inférieur à trois jours en 2003 était de 31,4%, ce qui s'explique par les problèmes de prématurité et le nombre de transferts de bébés dans les maternités de type 3. Nous étions maternité de type 1 et nous sommes passés type 2. Donc au moment où nous sommes passés type 2, le séjour était plus long, parce que les mères restaient avec leurs enfants.

Par contre nous avons une augmentation de notre **durée de séjour supérieur à 8 jours**, parce que de nombreuses mères ne savent pas où loger après leur accouchement. Ce sont des personnes sans domicile fixe, elles étaient à l'hôtel avant dans notre département, quand elles étaient enceintes elles pouvaient être hébergées, et une fois qu'elles ont un bébé ou deux enfants le problème de l'habitation se pose, et notre département est en train de faire de très gros efforts sur l'hébergement de ces mères.

Durée de séjour en cas d'accouchement par voie basse, on avait une durée de séjour importante puis qui diminue au fur et à mesure.

[Etat du nouveau-né]

Nos nouveau-nés à la naissance, les sexes masculins c'est 54,2%, 51%, 52%. Pour l'**allaitement** maternel en fin de séjour notre taux est le même. Les **transferts ou mutation immédiats** ont augmenté. Et le **transfert différé**, a augmenté aussi, il y a aussi plus d'enfants qui sont transférés après la naissance dans des centres spécialisés tels que Robert Debré, car on a des nombres importants d'enfants qui ont des fentes labiales, qui ont d'autres problèmes qui ne nécessitent pas un transfert immédiat après la naissance mais un transfert secondaire.

[Conclusion Marc-Alain ROZAN]

Donc si vous voulez nous en tirez les conséquences.

Les saisies sont toutes faites en temps réel, ce qui est une chose importante, et tout le monde a ce dossier Audipog papier. Nous allons passer au cours de l'année au dossier papier et informatique complet. La mère a toujours son dossier avec elle. Et nous essayons, dans la mesure du possible, lorsque la patiente va voir un autre professionnel de santé quel qu'il soit (car il y a la prévention au niveau dentaire...), tout le monde commence à s'inscrire dans ce dossier et on met en place ce réseau.

[CONCLUSION DE CATHERINE CRENN HEBERT]

[Sur les facteurs qui favorisent et ceux qui freinent le développement de la procédure d'évaluation d'Audipog]

Catherine CRENN HEBERT : En conclusion, l'Audipog est une association de professionnels ouverte aux usagers, je le redis, jouant un rôle de **tiers de confiance**, et dotée d'un **réseau sentinelle**. Le réseau sentinelle a un comité scientifique, un comité d'éthique et un comité d'utilisateurs qui adhèrent à une charte.

Maintenant, quels sont les **facteurs qui favorisent l'adoption de procédures d'évaluation** : c'est la mobilisation des professionnels et la demande des usagers. C'est permis par le développement (en cours) de l'informatisation des réseaux. La restitution, sur le site internet, des informations de la banque de données qui permet de se réapproprier les données quand on les a recueillies, et de participer activement à l'évaluation de pratiques. C'est une source de connaissance aussi, qui est renouvelée en temps réel.

Ensuite, qu'est-ce qui **freine le développement** : vous avez vu les dates historiques du système, c'est vrai qu'on trouve que c'est toujours très, très lent, ce développement de l'informatisation. On peut quand même être optimistes avec les mesures qui finiront par aboutir sur le **dossier médical**

et ses possibilités de partage, sur les moyens dédiés à l'informatisation des réseaux, et puis sur l'obligation d'évaluation des services, donc la **procédure d'évaluation** qui est basée sur le dossier médical, le référentiel de pratique, c'est à priori une garantie d'acceptabilité par les professionnels et donc mise en application en connaissance partagée.

Je vous remercie.

[QUESTIONS DE LA SALLE]

[Question sur l'accès aux données pour les non membres de l'association Audipog]

La salle : Est-ce que les données sont accessibles à des non-membres de l'association ?

Catherine CRENN HEBERT : Les données du site, jusqu'à présent, étaient accessibles. Mais maintenant on souhaiterait que les gens qui consultent les données deviennent adhérents, c'est 25 euros annuels. Donc changement dans les modalités, nous allons **réserver l'accès** de cette banque. Mais tout le monde, maintenant, peut être adhérent. Il faut payer l'informaticien qui gère le site et la banque de données, c'est l'association qui emploie cet informaticien, il n'y a aucun subside public.

La salle : ...

Catherine CRENN HEBERT : Les produits gratuits sont chers et les gens ne sont pas gratuits quand ils sont professionnels de l'informatique. Nous, nous sommes bénévoles, mais on fait ça en plus de notre travail, on ne peut pas, et on n'a pas les compétences pour gérer un site et gérer une banque de données, c'est quand même très lourd, et si on veut que ce soit bien fait il vaut mieux que ce soient des professionnels.

[Intervention pour rendre hommage à Nicole Mamelle ; à propos des grands prématurés]

La salle : Je vous remercie beaucoup pour cette présentation qui était tout à fait remarquable. Il y a deux choses, quand même, auxquelles je voudrais faire référence.

C'est, d'une part, rendre hommage à **Nicole Mamelle** que vous avez citée en premier. Nicole Mamelle était quand même l'une des instigatrices compétentes qui malheureusement nous a quittés le 25 novembre dernier comme vous le savez.

Et, d'autre part, je trouve que votre présentation, Monsieur, est remarquable, mais vous avez dit : « on a des chiffres moins élevés, plus élevés, que la population générale » mais vous n'avez pas donné le pourcentage. Or moi qui suis à l'arrière, je ne voyais pas ce qu'il y avait à l'écran. Alors je crois que ce qui est important, c'est de savoir le nombre de prématurés, de **très petits prématurés**, des enfants de moins de 1000 grammes. D'après Nicole Mamelle, je me souviens qu'on en avait à peu près 4000 en France en 2003, donc c'est très, très important, c'est un drame dont on ne parle pas véritablement, mais je crois que c'est très important.

[Question sur dossiers Audipog et accouchement à domicile, maison de naissance]

La salle : Je voulais savoir si vos dossiers sont prévus pour les **accouchements à domicile**. Et par rapport aux futurs projets de **maisons de naissance**, si vous avez déjà commencé une grille d'évaluation et si on peut participer à cette grille.

Marc-Alain ROZAN : Alors les accouchements à domicile, il en existe, on va les répertorier en deux cas, c'est : l'accouchement simple, et la patiente est transférée par le SAMU et la délivrance est faite par notre établissement. Ou alors, tout est fait à domicile. Le nombre est très faible. On les enregistre. Par contre nous n'avons pas mis en route encore de grille d'évaluation sur les maisons

de naissance, nous nous occupons, si vous voulez, de nos pratiques in situ, mais il n'y a pas de problème, parce que c'est par rapport à un référentiel.

La salle (suite) : Ma question était plus par rapport au dossier Audipog, dans la mesure où j'imagine que ce dossier est national et n'est pas propre à une maternité, on a des soins [...] par rapport au dossier Audipog.

Catherine CRENN HEBERT : Il y a en ce moment une mise à jour du dossier. En fait, quand on dit le dossier, c'est la pléiade de dossiers avec le tronc commun, il y a toutes les formes de dossier, du plus maigre qui fait, pour l'ensemble des consultations, une page recto verso, au plus gros qui nous est demandé par les universitaires, qui a 15 pages pour les consultations.

Donc pourquoi pas envisager un dossier qui vous serait beaucoup plus adapté. Et là il suffit de réunir un groupe **d'utilisateurs** qui font une maquette et qui la proposent.

L'important est de respecter le **tronc commun** des informations pour pouvoir les envoyer et les mettre dans la base commune, et de s'exprimer de la même façon quand on parle des mêmes choses.

[Information sur mise à jour du tronc commun : positions d'accouchement, addictions]

Si les gens veulent inscrire des éléments supplémentaires, la **position de l'accouchement** etc, ça de toute façon le groupe qui est en train de faire la révision va le noter comme item supplémentaire, parce que si on veut faire des grilles d'évaluation pratiques **d'épisiotomie**, on a besoin de ces éléments. Donc on va avoir besoin d'un petit module. Comme il y a un module pour le taux attendu de césariennes, un petit module épisiotomie, qui est fait en collaboration avec une convention des associations de sages-femmes. Cette position d'accouchement va être proposée dans l'ensemble des dossiers.

Mais il se peut que vous ayez des choses supplémentaires, l'important c'est qu'on l'exprime tous, les remarques sont les bienvenues, venez, il y a besoin d'expertise.

En ce moment le groupe de travail met à jour avec quatre sous-groupes de travail. Les addictions, pour mieux les répertorier. Actuellement on était restés sur l'ancien schéma, « tabac : plus de 10 cigarettes ou moins de 10 » dans les informations. Dans l'information qu'on veut obtenir en détail, on veut avoir le nombre de cigarettes, pareil pour l'alcool. C'est le nombre de verres par semaine qui est demandé dans le certificat de santé de l'enfant, donc cela va être changé dans la structure du tronc commun d'information et dans la façon de s'exprimer.

[Question sur les caractéristiques des maternités participant à Audipog]

Anne DUSART : Combien de maternités participent au réseau en alimentant de données, et vous avez dit qu'elles n'étaient pas représentatives, je m'en doute un peu parce que c'est un choix de transparence et d'entrer dans une démarche d'analyse des pratiques, j'imagine que toutes ne sont pas aussi préparées, est-ce qu'on peut dégager les caractéristiques de celles qui contribuent par rapport à celles qui, pour l'instant, ne le font pas.

Catherine CRENN HEBERT : On n'a pas fait, mais on a des éléments sur : est-ce que c'est plus en région, ou plus selon la taille des établissements. Cela a déjà été fait mais j'avoue que je ne sais plus exactement. J'ai dit qu'elles n'étaient pas représentatives a priori par définition, en général on dit que les gens volontaires sont différents de l'ensemble, donc c'est une « suspicion » a priori. Donc quand on sort les données nationales pour pouvoir se comparer, il faut se comparer à quelque chose d'a priori représentatif ; la technique de standardisation, ce qui est rendu aux maternités pour faire leur évaluation de pratiques, ce sont des données représentatives. C'est standardisé par la méthode des quotas en fonction du nombre. Ce qui fait les différences de représentativité de maternités, malgré des attitudes de pratiques – ça, effectivement ça peut

changer – c'est malgré tout le nombre d'accouchements, le type d'établissement – est-ce que c'est un centre périnatal de type 1, 2, 3 ; c'est ce qui fait les différences.

Marc-Alain ROZAN : Je vais être obligé de conclure puisqu'il faut laisser la place aux suivants. Juste pour vous dire quelque chose : l'Auvergne a réussi à mobiliser tous les établissements de santé, privés comme publics, sur le réseau Audipog. Ça commence maintenant, il faut rendre hommage à la Région Auvergne...