

RESEAU PERINATALITE  
De  
FRANCHE-COMTE

**Convention constitutive**

(19/02/2004)

Entre les établissements signataires :

- Vu le Code de la Santé Publique, notamment ses articles L 6115-3, 6121-2 et 6121-5,
- Vu La circulaire DE/EO/97 n°97/277 du 9 avril 1997 relative aux réseaux de soins et communautés d'établissements,
- Vu le 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 repris dans les articles R 712-84 à R 712-89 du Code de la Santé Publique,
- Vu le décret n° 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale, repris dans les articles D 712-75 à 712-103 du Code de la Santé Publique,
- Vu l'arrêté n° 99-11 en date du 13 juillet 1999 de Monsieur le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation approuvant le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire pour la région Franche-Comté.
- Vu la circulaire DGS/SQ2/DAS/DH/DSS/DIRMI n° 99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs et sociaux,
- Vu l'arrêté du 25 avril 2000 relatif aux locaux de prétravail et de travail, aux dispositifs médicaux et aux examens pratiqués en néonatalogie et en réanimation pédiatrique,
- Vu le décret n° 2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux et portant application des articles L 162-43 à L 162-46 du Code de la Sécurité Sociale,
- Vu le décret n° 2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux,
- Vu la circulaire MIN/DHOS/DSS/CNAMTS/2002/ n° 610 du 19 décembre 2002 relative aux réseaux de santé,

Il est arrêté et convenu ce qui suit :

## Préambule

Depuis le plan de rationalisation des choix budgétaires de 1970, la périnatalogie française n'a plus bénéficié de soutien national prioritaire, et les indicateurs de santé publique, comme la mortalité périnatale et la mortalité puerpérale, ont progressivement relégué notre pays au 13<sup>ème</sup> rang des pays de l'OCDE en 1994.

Dès lors, le plan « périnatalité 1994-2000 » a été établi et s'est fixé 4 objectifs principaux :

- abaisser la mortalité périnatale de 20 %,
- diminuer la mortalité maternelle de 20 %,
- réduire le nombre d'enfants de petits poids de naissance de 25 %,
- réduire le nombre de grossesses mal suivies.

Puis les décrets sur la périnatalité, publiés le 10 octobre 1998, ont fixé avec précision des normes d'organisation, de structure, de matériel et de personnel concernant les maternités et les services de néonatalogie.

La Franche-Comté compte 1 100 000 habitants et plus de 14 000 naissances annuelles.

Le SROS de 2<sup>ème</sup> génération a classé les 11 maternités d'après leur niveau de soin, défini par la spécificité et la technicité du service de néonatalogie attendant : réanimation néonatale, soins intensifs néonataux ou néonatalogie.

Depuis plus de 20 ans, la maternité du CHU fonctionne de fait en réseau avec les hôpitaux généraux et les cliniques de Franche-Comté, mais afin d'optimiser la prise en charge en obstétrique et en néonatalogie, les médecins de périnatalogie de Franche-Comté ont décidé en commun de formaliser un réseau inter-hospitalier de périnatalité défini par une convention constitutive qui en fixe les objectifs, le mode de fonctionnement et l'évaluation.

## **Article 1 – Objet**

La présente convention a pour objet de préciser les modalités d'organisation et le fonctionnement du Réseau Périnatalité de Franche-Comté.

## **Article 2 – Les membres du réseau**

Peuvent adhérer au réseau :

- Les établissements de santé publics et privés y compris les services d'hospitalisation à domicile pratiquant l'une ou plusieurs des activités suivantes :
  - obstétrique
  - néonatalogie avec ou sans soins intensifs
  - réanimation néonatale
  - diagnostic prénatal
  - centre périnatal de proximité
- Les établissements sanitaires et sociaux ,
- Les professionnels libéraux de la santé : médecins généralistes, gynécologues obstétriciens, pédiatres, chirurgiens pédiatriques, pédopsychiatres, généticiens, sages-femmes, kinésithérapeutes, infirmières, psychologues,
- Les associations travaillant dans le domaine de la périnatalogie,
- Les associations de patients

Des collaborations seront recherchées avec :

- les autres réseaux de la région : mucoviscidose, obésité, troubles du langage, RéQua, Réseau 25
- les réseaux de périnatalogie des autres régions : Bourgogne, Lorraine, Languedoc Roussillon, Poitou-Charentes

L'adhésion se fait par signature de la charte des professionnels. Le retrait est signifié par écrit au coordonnateur.

## **Article 3 – La zone géographique**

La région de Franche-Comté constitue le cadre géographique d'intervention du réseau.

## **Article 4 – La population prise en charge**

Le réseau périnatalité a pour objet :

- d'assurer la prise en charge diagnostique, thérapeutique et psychosociale, en milieu hospitalier des :
  - femmes enceintes
  - mères
  - nouveau-nés
- de participer aux activités de dépistage et de prévention pour l'ensemble de la population.

### **Article 5 – Les objectifs du réseau**

Le réseau périnatalité a pour objectif principal d'optimiser la prise en charge en obstétrique et en néonatalogie, et pour cela, il se fixe les objectifs suivants :

- repérer de façon précoce et évaluer de manière précise le risque obstétrical, social, psychologique de la grossesse grâce à un suivi de qualité,
- orienter et organiser la prise en charge de la mère et de l'enfant selon le niveau de risque, vers les structures obstétrico-pédiatriques les plus adaptées, tout en favorisant l'offre de proximité et en évitant chaque fois que cela est possible la séparation mère-enfant,
- développer le diagnostic prénatal sous l'impulsion du centre régional de diagnostic prénatal (Annexe...)
- développer le dépistage des malformations,
- optimiser la gestion des transferts in utero, ainsi que des transferts et des retransferts néonataux vers l'hôpital d'origine,
- optimiser les dépistages néonataux systématiques existants et à venir,
- faciliter la communication entre les établissements de santé, les structures extra-hospitalières et les professionnels de santé libéraux ou salariés par la télé médecine et les autres moyens modernes de communication (dossier informatique commun, Internet, intranet...)
- améliorer l'organisation du suivi du nouveau-né présentant une déficience d'origine périnatale et à risque de développer un handicap,
- mettre en place des actions ciblées dans le domaine de l'éducation sanitaire et de la formation permanente,
- assurer l'évaluation de la qualité des soins prodigués à la mère et à l'enfant au sein du réseau par l'utilisation d'outils et de systèmes d'information communs aux membres du réseau,
- assurer un suivi exhaustif et en temps réel des grands prématurés de moins de 32 semaines sous forme d'un observatoire.

## Article 6 – Les niveaux de soins

### 6.1 – Prise en charge hospitalière (établissements de santé publics et privés)

Conformément aux conditions d'exercice des activités d'obstétrique, de néonatalogie et de réanimation néonatale indiquées par le décret n° 98-899 du 9 octobre 1998 (art. R 712-84 à R 712-89 du Code de Santé Publique) et définies par le SROS, la graduation des soins repose sur 4 niveaux d'organisation des soins néonataux

- Les Centres Périnataux de Proximité (CPP)  
Les Centres Périnataux de Proximité (CPP), liés par convention avec un établissement pratiquant l'obstétrique assurent les consultations pré et post-natales, les cours de préparation à la naissance, l'enseignement des soins aux nouveau-nés et les consultations de planification familiale.  
Etablissements : Centre Hospitalier du Val de Saône – Site de Luxeuil  
Centre Hospitalier de Champagnole  
Centre Hospitalier de Belfort-Montbéliard : CPP d'Audincourt  
Centre Hospitalier de Gray avec convention CHU
- Niveau I :  
Maternité au sein de laquelle sont pratiqués les soins néonataux de l'enfant ne présentant pas de problème particulier et qui ne possède pas d'unité de néonatalogie individualisée.  
Etablissements : Centre Hospitalier de Saint Claude  
Polyclinique des Portes du Jura (Montbéliard)
- Niveau 2a:  
Maternité qui dispose d'une unité de néonatalogie, avec présence pédiatrique le jour et astreinte la nuit permettant d'assurer la surveillance et les soins spécialisés des nouveau-nés à risque ou ceux dont l'état s'est déstabilisé après la naissance, qu'ils soient nés ou non dans l'établissement.  
Etablissements : Centre Hospitalier de Belfort-Montbéliard : Site de Montbéliard  
Centre Hospitalier de Vesoul  
Centre Hospitalier de Dole  
Centre Hospitalier de Pontarlier  
Polyclinique de Franche-Comté (Besançon)
- Niveau 2b :  
Maternité qui dispose d'une unité de néonatalogie et avec un secteur de soins intensifs pour les nouveau-nés présentant une ou plusieurs pathologies aiguës ou sortant d'une unité de réanimation néonatale, avec présence permanente tous les jours de l'année, 24 heures sur 24 d'un pédiatre permettant d'assurer la surveillance et les soins spécialisés des nouveau-nés à risque ou ceux dont l'état s'est déstabilisé après la naissance, qu'ils soient nés ou non dans l'établissement.  
Etablissements : Centre Hospitalier de Belfort-Montbéliard : Site de Belfort  
Centre Hospitalier de Lons Le Saunier
- Niveau 3  
Maternité qui dispose d'une unité de néonatalogie de niveau IIB et d'une unité de réanimation néonatale qui assure toute l'année, 24 heures sur 24 la surveillance et les soins spécialisés des enfants, nés ou non dans l'établissement, présentant des détresses graves ou des risques vitaux.  
Etablissement : CHU de Besançon

### 6.2 – Prise en charge extra-hospitalière

Participent également à la prise en charge :

- Les professionnels libéraux de santé, libéraux ou salariés hors établissement de santé
- Les structures d'hospitalisation à domicile,
- Les institutions sociales ou médico-sociales recevant liens actuels avec les libéraux
- Les associations à vocation sanitaire ou sociale
- Les réseaux de périnatalité des régions voisines
- Les réseaux de santé de Franche-Comté : Réseau mucoviscidose, Réseau troubles du langage, Réseau obésité, Réseau 25

## **Article 7 – L'accès des patients au réseau**

Afin de faciliter l'accès des patients au réseau, ce dernier informe l'ensemble des professionnels de santé de l'intérêt d'une prise en charge pluridisciplinaire et coordonnée et de ses modes de fonctionnement.

Le libre choix de la patiente et des parents des nouveau-nés constitue le principe d'accès au réseau, et pour cela :

- Ils reçoivent une information claire sur l'intérêt d'une prise en charge pluridisciplinaire, le fonctionnement du réseau et le respect de son libre choix en ce qui concerne notamment le praticien et le lieu de sa prise en charge dans la limite des niveaux de soins définis précédemment.
- Il donne son accord par écrit à l'intégration dans le réseau et il est informé qu'il peut révoquer, à tout moment et choisir un autre mode de prise en charge, en le signifiant par écrit et après avoir été informé des conséquences de ce choix. Le professionnel qui reçoit la décision du patient en informe le coordonnateur du réseau.

## **Article 8 – Les pratiques professionnelles communes**

Pour atteindre les objectifs définis à l'article 5, les membres du réseau :

- définissent le contenu minimum du dossier médical partagé en obstétrique et néonatalogie,
- communiquent aux autres acteurs du réseau, avec l'accord du patient, et dans le respect des règles relatives au secret professionnel les informations d'ordre médical, soignant, psychologique et social figurant dans le dossier de celui-ci et qui peuvent être utiles à sa prise en charge.
- Elaborent de manière consensuelle des recommandations et protocoles portant notamment sur :
  - Le suivi de la grossesse et l'orientation des grossesses à risques
  - L'organisation des soins obstétricaux, des transferts in utero et des transferts néonataux
  - Les limites techniques à la prise en charge des nouveau-nés en dehors de la salle de naissance selon le niveau de soins
- développent des activités communes grâce à la mobilité entre établissements et à la coordination entre médecine libérale et hospitalière,
- mettent en place des structures de concertation pluridisciplinaire,
- incitent l'information et la formation continue des professionnels de santé,
- mettent en œuvre une démarche d'amélioration et d'évaluation de la qualité des soins.

## **Article 9 – Les obligations des parties**

Les membres du réseau s'engagent à respecter les dispositions de la présente convention et à adhérer à la charte professionnelle du réseau en vue d'assurer la qualité, la sécurité et la continuité des soins ainsi que l'harmonisation des pratiques professionnelles entre les différentes équipes.

Dans ce but, ils s'engagent plus particulièrement à :

- organiser de façon transparente des plans de prise en charge individualisée, évitant la pratique ou la répétition d'examens et d'actes inutiles,
- respecter la confidentialité des informations recueillies ainsi que la confraternité,
- favoriser autant que possible le retour du patient, une fois la période critique passée, vers le professionnel de santé ou le service qui l'a adressé,
- fournir les informations nécessaires à la prise en charge des patients et à la tenue des dossiers obstétricaux et néonataux,
- adhérer à l'ensemble des recommandations et protocoles adoptés de manière consensuelle, dans le respect des règles déontologiques,
- participer à l'évaluation de l'action du réseau,
- faire connaître le réseau et son fonctionnement aux usagers, aux praticiens libéraux et aux autres acteurs de santé,
- respecter les conditions d'organisation des soins correspondant à chaque niveau de soins défini par le SROS,
- orienter les patientes dans le réseau de manière à offrir une qualité des soins identique pour un même niveau de risques, tout en respectant le principe du consentement et du libre choix.

## **Article 10 – Le système d'Information**

Les membres du réseau mettent en œuvre un système d'information partagé entre les professionnels de santé, dans le cadre du système régional d'échange d'informations, mis en place par l'ARH autour d'une plate-forme unique.

Ce système prévoit :

- la constitution d'une base de données nécessaires à l'évaluation,
- la création d'un dossier médical minimum partagé et d'une fiche de liaison entre les professionnels de santé en vue de coordonner les prises en charge et de gérer la filière de soins,
- la structuration du réseau par l'organisation de la circulation de l'information, du choix des informations transférées, des modes d'actualisation des données et du rôle de chacun des acteurs,
- l'information et la formation continue des professionnels de santé,
- l'utilisation de la télé-médecine afin de permettre l'amélioration des procédures diagnostiques et thérapeutiques à distance, assurant un meilleur confort aux patients et une optimisation des moyens ainsi que la multi-expertise dans le cadre de la pluridisciplinarité.

Les membres du réseau veillent à ce que :

- l'accès à l'information soit rapide, efficace et sécurisé
- les informations soient suffisantes, fiables, actualisées et rapidement intégrées
- le secret professionnel et les recommandations de la CNIL soient respectés.

Le responsable du système d'information est le coordonnateur.



## Article 11 – Le Coordonnateur

### *Missions*

Le médecin coordonnateur :

- anime le réseau,
- met en oeuvre les orientations définies par le comité de coordination,
- organise les actions de formation et d'information,
- prépare le bilan financier annuel,
- prépare le rapport annuel d'activité et d'évaluation prévu à l'article 17-1
- prépare le rapport triennal d'évaluation prévu à l'article 17-2
- assure la responsabilité du système d'information.

En outre, il siège, avec voix consultative, au comité de coordination.

## Article 12 – Le comité de coordination

### *12.1 – Composition*

Il associe les différents membres du réseau et se compose :

- maternités de niveau 1  
1 obstétricien ou 1 pédiatre par établissement 3
- maternité de niveau II A  
1 obstétricien ou 1 pédiatre par établissement 5
- maternité de niveau II B  
1 obstétricien et 1 pédiatre par établissement 2 + 2
  
- maternités de niveau 3 6  
1 obstétricien  
1 pédiatre  
1 chirurgien pédiatrique  
1 anesthésiste de maternité  
1 représentant du SMUR  
1 représentant de réanimation médicale
- représentants des directeurs 3  
2 directeurs d'Établissements publics  
1 directeur d'établissement privé
- représentant des personnels non médecin 2  
1 sage-femme  
1 puéricultrice
  
- 1 représentant des médecins généralistes désigné par l'URML
- 1 représentant des gynéco-obstétriciens libéraux
- 1 représentant des pédiatres libéraux
- 1 représentant des sages-femmes libérales
- 1 représentant de l'HAD
- 1 représentant du CAMSP
- 1 représentant de l'APF
- 1 représentant de la PMI
- 1 représentant des usagers

## **12.2. – Missions**

Le comité de coordination :

- désigne en son sein le président qui ne peut être le coordonnateur. Il est désigné pour une période de 3 ans au scrutin uninominal majoritaire à 2 tours,
- décide de la composition du comité d'évaluation prévu à l'article 15-2,
- décide du statut juridique du réseau à la majorité absolue des membres,
- définit les modalités de l'évaluation de la qualité de la prise en charge et les indicateurs nécessaires,
- valide le rapport annuel d'évaluation préparé par le coordonnateur,
- arrête et propose toute disposition de nature à faciliter le fonctionnement du réseau,
- met en place les groupes de travail et commissions scientifiques qui lui paraissent utiles pour la réalisation des objectifs du réseau,
- favorise les accords utiles avec les adhérents dotés de moyens en personnels pour faciliter le fonctionnement administratif et technique du réseau,
- évalue les moyens nécessaires au fonctionnement du réseau et se prononce chaque année sur le projet du budget présenté par le coordonnateur et géré par l'établissement promoteur,
- propose la modification de la présente convention dans les conditions prévues à l'article 19.
- décide de la dissolution du réseau dans les conditions prévues à l'article 20.

## **12.3. – Fonctionnement**

Le comité :

- se réunit sur convocation du coordonnateur, adressée au moins quinze jours à l'avance, en tant que de besoins et au moins une fois par an,
- il délibère valablement dès lors que la moitié au moins de ses membres sont présents ou représentés, chaque membre ne pouvant être porteur que d'un mandat. A défaut, le comité est de nouveau convoqué dans un délai de huit jours et peut délibérer valablement quel que soit le nombre de membres présents ou représentés,
- le président peut inviter à participer aux travaux du comité, avec voix consultative, toute personne dont il juge la présence utile en fonction des questions inscrites à l'ordre du jour,
- les décisions et avis sont pris à la majorité des membres présents ou représentés par vote à main levée. Toutefois, il est procédé à un vote à bulletins secrets si un membre présent le demande, les votes par correspondances ne sont pas admis,
- chaque séance du comité fait l'objet d'un compte-rendu adressé à ses membres et aux personnes siégeant avec voix consultatives.

## **Article 13 – Statut juridique**

Le réseau ne dispose pas de la personnalité juridique.  
Le CHU de Besançon est le promoteur ainsi que le support juridique du réseau.  
Son siège est situé à l'Hôpital Saint Jacques.

## **Article 14 – Financement**

En sa qualité de support juridique du réseau, le CHU :

- recherche les financements nécessaires au fonctionnement du réseau, quel que soit leurs origines (ARH, URCAM, collectivités territoriales, Etat, associations ...), sans que cette liste soit limitative,
- reçoit de la “caisse pivot” les financements mis à la disposition du réseau par décision conjointe des directeurs de l'ARH et de l'URCAM dans les conditions prévues par le décret n° 2002-1298 du 25 octobre 2002,
- établit, chaque année, un bilan financier présenté en comité de coordination et transmis aux organismes financiers avec le rapport prévu à l'article 17-1.
- présente toute demande nouvelle de financement après avis du Comité de coordination,
- gère ces fonds conformément aux règles de la comptabilité publique et en tient une comptabilité séparée.

## **Article 15 – Evaluation de la qualité**

### ***15-1 Amélioration de la qualité***

Le réseau met en place un système d'amélioration continue de la qualité de la prise en charge reposant sur :

- la définition d'une politique
- la mise en oeuvre d'actions d'amélioration reposant sur l'implication des membres,
- l'évaluation des actions engagées,
- la réalisation d'actions correctives.

### ***15-2 Organisation de l'évaluation***

Un comité d'évaluation constitué de membres du comité de coordination et le cas échéant, d'experts externes, procède à une évaluation interne globale du réseau sur la base d'indicateurs clairement identifiés.

### ***15-3 Domaines d'évaluation***

L'évaluation porte en particulier sur :

- les pratiques professionnelles,
- l'impact économique du réseau,
- la qualité de vie et la satisfaction des malades et de leurs familles,
- la gestion des plaintes,

sans que cette liste soit limitative.

## **Article 16 - Activité**

Au terme de chaque année civile, le coordonnateur dresse le bilan d'activité du réseau, comportant en particulier :

- le nombre de patients pris en charge au 1<sup>er</sup> janvier et au 31 décembre,
- les modalités d'entrée dans le réseau,
- le nombre de nouveaux malades pris en charge au cours de l'année,
- l'origine géographique des patients,
- la mise en oeuvre du système d'information,
- la communication,
- la formation,
- le nombre de professionnels adhérents.

sans que cette liste soit exhaustive.

## **Article 17 - Rapports d'activité et d'évaluation**

### ***17-1 Rapport annuel***

Avant le 31 mars de chaque année, le coordonnateur présente au comité de coordination un rapport d'activité relatif à l'année précédente comportant des éléments d'évaluation.

Avant cette même date, le CHU, promoteur du réseau, adresse ce rapport aux organismes financeurs du réseau, accompagné d'un bilan financier.

### ***17-2 Rapport triennal***

Tous les 3 ans, le coordonnateur établit le rapport d'évaluation permettant d'apprécier les indicateurs cités à l'articles D 766-1-7 du Code de la Santé Publique.

## **Article 18 - Recherche**

Le réseau participe à des études et recherches portant sur l'évaluation des traitements, en collaboration avec les autres établissements de santé publics et privés.

## **Article 19 – Date d'effet et durée de la convention**

La présente convention prend effet dès la notification de la décision conjointe de financement des directeurs de l'ARH et de l'URCAM.

Elle est validée pour une durée de 3 ans à compter de cette date, correspondant à la durée de la décision de financement indiquée à l'article R 162-63 du Code de la Sécurité Sociale.

Elle sera tacitement reconduite par périodes successives de 3 ans.

Elle peut être modifiée :

- sur proposition des 2/3 des membres du comité de pilotage,
- après acceptation de la modification par les organismes financiers.

## Article 20 - Dissolution du réseau

Il peut être mis fin à la convention et par conséquent le réseau peut être dissout des façons suivantes :

- par la décision conjointe des directeurs de l'ARH et de l'URCAM, de retirer le financement du réseau,
- par décision du promoteur notifiée à tous les professionnels, membres du réseau, dans le délai de 6 mois précédant le terme de chaque période triennale.
- par décision prise à la majorité absolue des membres du comité de coordination.

Fait à Besançon, le 24 février 2004,

Pour le CHU,  
Promoteur du réseau,  
le Directeur Général,

Par délégation  
le Directeur des Activités et Projets

P. FLAMMARION