

Les maternités au sein du réseau périnatal : organisation actuelle et enjeu à venir

L'objectif des plans successifs de périnatalité depuis 1970 a été d'accroître la sécurité de la mère et de l'enfant lors de la naissance par une importante restructuration de l'offre obstétrico-pédiatrique, et par le recours à des normes précises de fonctionnement. Si le premier plan périnatal, au début des années soixante-dix, a mis l'accent autour de la naissance, principalement sur le renforcement des moyens techniques adéquats dans les maternités, la formation des professionnels et leur disponibilité immédiate, les marqueurs périnatals relevés dans toute l'Europe au début des années quatre-vingt-dix montraient un décalage de la France parmi les 14 nations européennes les plus développées médicalement sur ce sujet par rapport à ses résultats dans tous les autres domaines de la médecine : mortalité périnatale à 8,2 ‰ (13^e rang) ; mortalité maternelle à 8,8 pour 100 000 (11^e rang).

C'est sur la base de ce constat qu'a été élaboré le rapport du Haut Comité de la santé publique paru en 1994 [49]. Celui-ci recommandait, en cas de risque prévisible et en l'absence de structures de soins adaptées, le transfert prénatal des mères vers des centres obstétricaux comportant, entre autres, un service de néonatalogie en vue de diminuer la mortalité périnatale et la fréquence des handicaps. Afin que cela ne constitue par un leurre, ce rapport a proposé aussi, pour participer à la garantie de sécurité, de rendre obligatoires des normes de personnels, de locaux et d'équipements applicables dans les maternités dont les capacités d'accueil de certaines pathologies et de certains termes de naissance ont été définis.

La structuration d'un réseau d'établissements

Ce constat a abouti à un plan périnatalité dont les objectifs ont été formalisés par deux décrets du 9 octobre 1998 : n° 98-899 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale ; et n° 98-900 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé pour être autorisé à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale.

En pratique, ces décrets d'application portaient principalement sur la restructuration des maternités, qui devait aboutir à la fermeture des plus petites d'entre elles, du fait de l'exigence de normes renforcées. Hormis ces normes minimales, la création des réseaux de soins, qui ne doit pas s'apparenter à un « classement hiérarchique » des maternités ou des professionnels y travaillant, comme il est souvent perçu, mais une défi-


nition de leur rôle en fonction de l'adéquation de leur « équipement » matériel et humain au regard du terme de la grossesse et de la pathologie maternelle et/ou fœtale concernée. C'est ainsi qu'ont été définis trois niveaux de maternités, principalement sur la base des capacités d'accueil pédiatrique (maternité de niveau I, II et III ; lire encadré ci-dessous), sans omettre toutefois les contraintes de certaines pathologies maternelles ou gravidiques qui peuvent nécessiter la proximité de services spécialisés spécifiques. Enfin, lorsque l'activité de la maternité était considérée comme insuffisante pour pouvoir assurer la garantie d'une permanence de soins adéquate (seuil estimé à moins de 300 accouchements), il y avait la possibilité de continuer à exercer les activités pré et postnatales sous l'appellation « centre périnatal de proximité » en bénéficiant, par convention, du concours d'un établissement de santé pratiquant l'obstétrique.

Ces décrets ont ainsi permis d'améliorer les soins périnatals par leur régionalisation, la mise en complémentarité des établissements au sein de réseau, l'organisation des « transferts *in utero* », afin de proposer une offre de soins plus cohérente.

Fabrice Pierre

Gynécologue-obstétricien,
CHU-Poitiers

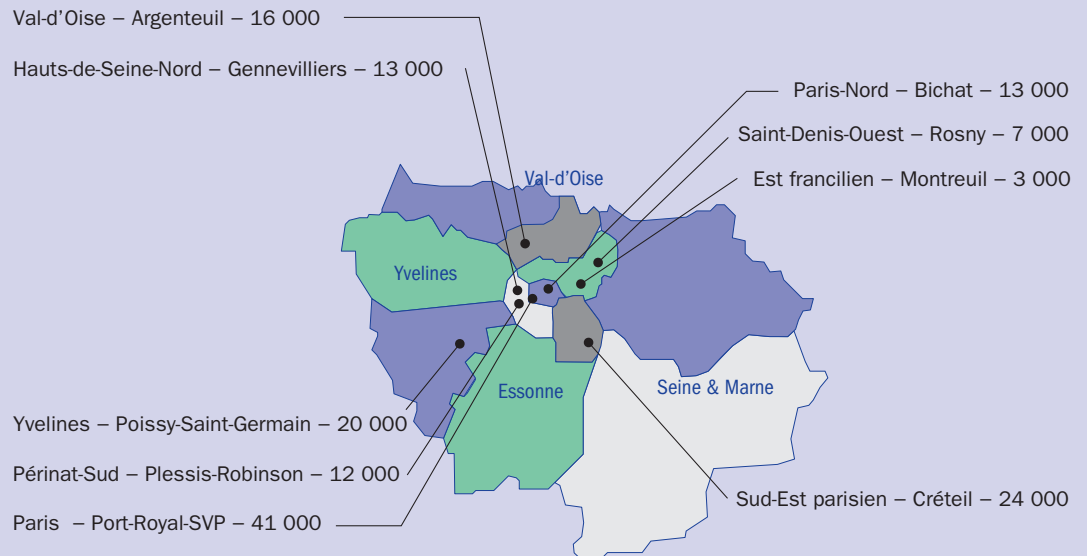
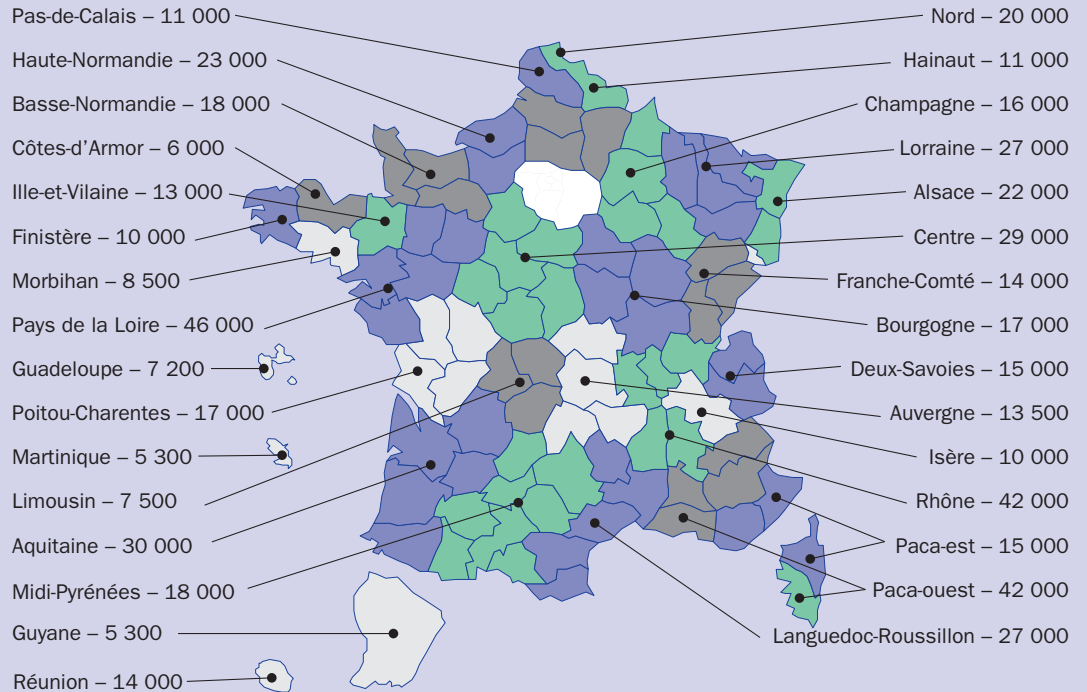
Les grandes lignes de l'activité des trois niveaux de maternités

- Maternités de niveau I : possibilité d'accouchement dits à bas risque au cours du 9^e mois de grossesse, 24 heures/24 ; ainsi que les consultations de surveillance de grossesse et la prise en charge des urgences obstétricales (fausses couches, grossesses extra-utérines, césariennes, hémorragies de la délivrance). Elles disposent d'au moins une sage-femme présente 24 heures/24 et d'un obstétricien (et d'un chirurgien si l'obstétricien n'est pas titulaire de la compétence chirurgicale), d'un anesthésiste réanimateur et d'un pédiatre présents ou rapidement joignables (liste d'astreinte).
- Maternités de niveau II : disposent en plus d'un service de néonatalogie permettant la prise en charge des enfants nés prématurément pendant le 8^e mois de grossesse (32-36 SA), pesant entre 1 500 et 2 500 g, et/ou nécessitant des soins spécifiques. Au sein de l'établissement existent de plus un service de soins intensifs en néonatalogie (niveau II b) et certains établissements d'un service de réanimation adulte, leur permettant de prendre en charge les grossesses à risques maternels.
- Maternités de niveau III : disposent en plus d'un service de réanimation néonatale permettant la prise en charge des enfants nés très prématurément (pendant le 6^e ou le 7^e mois de grossesse) ou présentant des maladies ou des malformations graves. Ils disposent de plus d'un service d'hospitalisation des grossesses à risque maternel et/ou fœtal, de services de réanimation adulte, de soins intensifs et de radiologie interventionnelle permettant la prise en charge des grossesses à haut risque maternel. 



Naitre en France

Les réseaux interétablissements périnataux formalisés (naissances annuelles supérieures à 5 000, novembre 2007)



Source : Fédération des réseaux périnataux, novembre 2007.

Les dernières modifications des textes en vigueur sur le sujet au sein du Code de la santé publique remontent au décret n° 2005-840 du 20 juillet 2005 relatif à la sixième partie (dispositions réglementaires) du Code de la santé publique et modifiant certaines de ses dispositions, qui fait l'objet d'une publication spéciale annexée au *Journal officiel* du même jour¹.

Du réseau d'établissements au réseau de soins de proximité

Les objectifs du Plan périnatal 1994, qui était de diminuer la mortalité liée à la naissance d'un enfant en abaissant la mortalité maternelle de 30 % et la mortalité périnatale de 20 %, ont été atteints. Cependant, des progrès sont encore nécessaires et possibles, comme le soulignent les constats faits à l'occasion des « États généraux de la naissance » organisés en juin 2003 par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français et le rapport remis au ministre de la Santé en septembre 2003 [21, 64]. Ces constats sont, entre autres, basés sur les marqueurs de périnatalité relevés en 2001 au niveau des mêmes pays européens qu'en 1991, et objectivent une très nette amélioration du chiffre de mortalité périnatale, à 6,7 ‰, qui est passé au 8^e rang sur 14 (extrêmes des autres pays européens : 4,5 à 9,5 ‰), mais avec des indicateurs de périnatalité qui restent toujours moyens au sein de l'Europe. L'aboutissement de ce rapport remis par la Mission périnatalité fin 2003 est un nouveau plan périnatalité qui concerne les années 2005-2007 [75].

Ainsi, si le travail en réseaux interhospitaliers formalisés a contribué à améliorer la sécurité en définissant les situations justifiant un transfert, en améliorant les conditions de l'organisation de ces transferts (communication et rupture de l'isolement des professionnels participant au réseau), des efforts sont encore nécessaires : possibilité d'optimiser leur fonctionnement, entre autres dans l'organisation des transports, ou la coopération interhospitalière public/privé ; accentuation et organisation de la prise en charge de proximité avec des réseaux de soins impliquant tous les professionnels (sages-femmes, médecins généralistes autant que spécialistes, PMI, professionnels impliqués dans la prise en charge psychosociale...); nécessité de progresser rapidement sur le dossier commun pour faciliter et rendre plus sécuritaire ce travail multidisciplinaire multisites.

Les grands axes de ce dernier plan périnatalité sont [75] :

- Plus d'humanité, basé principalement sur la mise en place de l'entretien individuel de début de grossesse, le suivi psychologique de la grossesse, des échanges et une prise en compte des souhaits des usagers, une amélioration de la circulation de l'information au sein

des réseaux périnatals interétablissements, mais aussi au sein et avec les autres centres de proximité.

- Plus de proximité, en rendant plus dense la « trame périnatale ». En effet, si les réseaux se sont développés au cours de ces dernières années — une quarantaine de réseaux de périnatalité fonctionnent aujourd'hui de manière formalisée et organisée (lire encadré ci-contre)—, il s'agit essentiellement de réseaux interétablissements qui permettent de réguler la coopération interétablissements public/privé dans le domaine de la périnatalité : contribuant à améliorer la sécurité, ils définissent notamment les situations justifiant un transfert, dont les conditions et l'organisation ont été ainsi améliorées. Les réseaux doivent éviter les transferts inutiles, et favoriser ceux qui sont nécessaires, en respectant le principe de la graduation des soins selon les besoins de la mère et de l'enfant. La fonction du réseau est également d'éviter des demandes des usagers inadaptées à leurs besoins. Cette coopération interhospitalière doit couvrir également l'amont et l'aval de la prise en charge hospitalière pour une prise en charge globale de la mère et de l'enfant dès la grossesse : organisation du suivi de la grossesse, dépistage et prise en charge des risques médicaux et psychosociaux en pré- et postnatal. Pour obtenir cela, la solution évoquée est donc le développement du versant réseau de santé de proximité ville/PMI/hôpital en amont et en aval de l'organisation interétablissements, afin de garantir le meilleur accès aux soins pour l'ensemble de la population et améliorer la qualité de la prise en charge de la mère et de son enfant autour de la naissance : en orientant la femme enceinte vers le lieu le mieux adapté à sa surveillance ; en privilégiant, si possible, la proximité de son lieu d'habitation ; en prenant en charge de façon adaptée la grossesse en cas de situation pathologique ou de risque psychosocial ; en informant et en respectant le libre choix de la patiente et de sa famille ; bref, en créant une « communauté périnatale » correspondant à l'ensemble des professionnels de la naissance qui appartiennent au réseau périnatal. Ces réseaux de santé de proximité doivent intégrer les centres périnatals de proximité, les structures de protection maternelle et infantile, les sages-femmes libérales, sans oublier les médecins généralistes qui malheureusement n'ont souvent pas beaucoup de place dans la réflexion sur cette organisation alors qu'ils sont des acteurs impliqués en prénatal autant que postnatal (réseau de soins/suivi des enfants vulnérables, par exemple), ainsi que les acteurs du champ médico-social.

- Plus de sécurité car, si cette organisation des maternités en différents niveaux en rapport avec les moyens techniques et en personnel des établissements (encadré p. 53) a la capacité d'assurer une permanence de certains soins très techniques, elle implique aussi un fonctionnement parfait en réseau interétablissements et avec les professionnels, nécessitant un véritable réseau d'échanges d'informations (dossier commun, télémédecine, etc.).

1. Dispositions réglementaires de la sixième partie du Code de la santé publique. Annexe au décret n° 2005-840 du 20 juillet 2005 (CSP 37001 à 37168), *Journal officiel* n° 0172 du 26 juillet 2005.



Naitre en France

- Plus de qualité : la démarche qualité passe par des relevés à type de registres, d'organisation d'évaluations des pratiques professionnelles et de la mise en place d'un mécanisme de gestion des risques, certes pour la mortalité maternelle périnatale, mais surtout pour la morbidité. La récente publication du cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité suggère entre autres un travail d'évaluation qui devrait faciliter la mise en place de ces relevés prospectifs de morbidité maternelle grave, ainsi que l'analyse constructive de ces dossiers².

2. Circulaire Dhos/01/03/Cnamts/2006/151 du 30 mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité.

En conclusion

Les objectifs du Plan périnatalité 2005-2007 sont de renforcer les acquis du plan précédent, afin de diminuer les taux de mortalité périnatale et maternelle entre autres, en élargissant le champ d'action pour éviter les effets néfastes d'une « désertification » en terme de densité des établissements, en remplaçant ceux-ci par des soins de proximité parfaitement structurés en relation étroite et inter-active avec les réseaux périnataux et les établissements en fonction des pathologies maternelles ou fœtales, et des termes gestationnels concernés.

L'ensemble des démarches actuelles en termes de référentiels, projets de modification de l'organisation

Description des établissements d'accouchement, Enquête nationale périnatale, 2003

Un questionnaire a été rempli pour chaque maternité. Il avait pour objectif de décrire l'environnement des naissances et regroupait un certain nombre de questions destinées à mesurer les difficultés rencontrées dans la prise en charge des grossesses. Au total 615 questionnaires pour les 643 établissements ont été remplis. Le taux de participation ne diffère pas suivant la taille, ni le statut de la maternité, mais est légèrement plus faible parmi les maternités privées (93 % versus 97 %). Pour assurer la cohérence des questionnaires et une jonction correcte avec les questionnaires des naissances collectés dans les mêmes maternités, un contrôle des items communs avec la Statistique d'activité des établissements a été fait. Les résultats sont présentés suivant le niveau de la maternité et le volume d'activité mesuré par le nombre annuel d'accouchements.

Plus de la moitié des maternités sont de niveau I et 10 % sont de niveau III. Le statut et la taille des maternités varient beaucoup suivant le niveau. La proportion d'établissements privés ou participant au service public passe de 55,8 % dans les maternités de niveau I à 3,0 % dans les maternités de niveau III et la proportion de maternités faisant 1 500 accouchements ou plus passe de 8,7 % en niveau I à 89,4 % en niveau III.

Le bloc obstétrical pour les césariennes est très rarement en dehors du bâtiment où est implantée la maternité, y compris en cas de niveau I. Toutefois, 19,8 % des maternités de niveau IIB et 14,5 % des maternités de niveau III déclarent que le bloc obstétrical n'est pas contigu au secteur naissance. Plus de 90 % des maternités déclarent avoir accès à des produits sanguins labiles à moins de 30 minutes. Cela peut correspondre à des situations très variables car cela incluait les sites transfusionnels et aussi les dépôts d'urgence. Les maternités de niveau II ou III déclarent souvent avoir une unité kangourou dans leur service,

qu'elle soit intégrée dans une unité de néonatalogie ou en dehors; les unités kangourou sont présentes dans 46,4 % des maternités de niveau IIA, 27,4 % des maternités de niveau IIB et 40,6 % des maternités de niveau III.

Un gynécologue-obstétricien est présent en permanence dans la maternité, y compris la nuit et le week-end, dans 40,4 % des maternités; ce pourcentage est de 42,6 % en niveau IIA et de 69,1 % en niveau IIB. Un pédiatre est présent en permanence dans la maternité ou l'établissement dans 23,1 % des maternités, soit 20,1 % des maternités de niveau IIA et 48,7 % des maternités de niveau IIB. Par ailleurs, le pourcentage de maternités dans lesquelles un anesthésiste réanimateur est présent en permanence dans le secteur naissance varie de 10,0 % en niveau I, 22,8 % en niveau IIA, 32,1 % en niveau IIB à 64,1 % en niveau III. Le recours à un psychiatre est très souvent effectué au coup par coup, sauf dans les maternités de niveau III où il intervient dans un cadre formalisé ou est membre du service dans 64,1 % des services. Les psychologues sont plus souvent présents dans les services : ils font partie du service dans 29 % des maternités de niveau IIA, 49 % des maternités de niveau IIB et 58 % des maternités de niveau III. Par ailleurs, entre un tiers et un quart des services, suivant le niveau, sollicitent un ou une psychologue dans un cadre formalisé.

Cette description de l'environnement et de l'équipe de garde suivant le niveau de la maternité peut sembler parfois contradictoire avec la réglementation, en particulier pour les maternités de niveau III. Cela s'explique en partie par la difficulté à décrire la situation quand la maternité se trouve sur un site autre que celui de la réanimation des adultes et des nouveau-nés, mais à une faible distance. Dans certains cas, les réponses faites dans les questionnaires reflètent exactement la situation dans le périmètre immédiat de la maternité,

de la surveillance prénatale, ainsi que la formation des professionnels vont dans ce sens. Il est possible d'apporter un éclairage sur cette évolution en citant pour exemple les récentes recommandations sur le « *Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées* » [53], les discussions autour du projet d'une consultation pré-conceptionnelle qui bénéficierait à nombre de « *pathologies médicales et sociales* » [34, 61], ainsi que la mise en place maintenant effective d'un diplôme interuniversitaire national de gynécologie obstétrique à l'attention des médecins généralistes qui sont amenés à suivre de plus en plus de grossesses non pathologiques.

Des difficultés persistent :

- d'une part, l'organisation d'un financement pérenne de cette démarche, qui passera inmanquablement par des solutions innovantes n'impliquant pas que le financement de la santé ;
- d'autre part, pour ne parler que de la gynécologie obstétrique, près de la moitié des spécialistes seront à la retraite dans les dix ans à venir, certes avec des fluctuations selon les régions, mais sans espoir de pouvoir combler ces postes vacants directement par des spécialistes formés disponibles, tout au moins dans les premières années, et cela même si la filière spécifique de gynécologie obstétrique a nettement augmenté le nombre de spécialistes en formation. ↵

et, dans d'autres cas, elles incluent également d'autres sites du même établissement.

Presque toutes les maternités organisent des consultations dans le service. Les consultations peuvent être proposées à toutes les femmes pour toute la grossesse dans les trois quarts des services. Toutefois, les maternités de niveau III sont beaucoup plus nombreuses que les autres à déclarer qu'elles ne peuvent suivre les femmes que pour une partie de la grossesse (43,6 % en niveau III *versus* 24 % en niveau IIA et 22,6 % en niveau IIB). Presque les trois quarts des maternités déclarent que des consultations sont réalisées par les sages-femmes.

Près de 90 % des maternités ont une préparation à la naissance dans la maternité. Les séances sont réalisées majoritairement par les sages-femmes du service, et la contribution de ces sages-femmes est d'autant plus grande que la maternité est de niveau élevé : en niveau III, la préparation est faite presque entièrement par les sages-femmes du service. La possibilité d'accueillir toutes les femmes qui souhaitent une préparation diminue dans les maternités de niveau élevé : elle passe de 88,1 % en niveau I à 38,9 % en niveau III.

Au total, 41 % des maternités font partie d'un réseau ville-hôpital et 91 % font partie d'un réseau périnatal entre maternités et services de pédiatrie et néonatalogie. Ces réseaux incluent la PMI deux fois sur trois. Quand une maternité souhaite adresser une femme dans une autre maternité pour des raisons médicales, la distance à parcourir est d'autant plus grande que la maternité de destination a un niveau élevé : une distance supérieure à 30 kilomètres est à parcourir dans 28,4 % des cas pour aller dans une maternité de niveau IIA, dans 36,4 % des cas pour aller dans une maternité de niveau IIB et dans 59,8 % des cas pour aller dans une maternité de niveau III. Les difficultés de gestion des services liées au manque de place

diffèrent beaucoup suivant le niveau de la maternité. 62,8 % des maternités de niveau III déclarent avoir des difficultés pour accueillir des femmes, au lieu de 29,4 % des maternités de niveau IIB et 23,2 % des maternités de niveau IIA. 27,5 % des maternités de niveau III déclarent transférer au moins une femme par mois au moment de l'accouchement par manque de place, au lieu de 5,8 % des maternités de niveau IIA et 4,6 % des maternités de niveau IIB. Enfin 39,3 % des maternités de niveau III déclarent refuser au moins un transfert *in utero* par mois par manque de place au lieu de 16,3 % des maternités de niveau IIB et 7,0 % des maternités de niveau IIA.

L'accompagnement des femmes à la sortie des suites de couches est surtout assuré par une sage-femme libérale, une sage-femme de PMI ou une puéricultrice de PMI. Cette prise en charge est essentiellement prévue pour un petit nombre de femmes, sauf les contacts avec une puéricultrice qui sont destinés à toutes les femmes à la sortie d'un quart des établissements. Une prise en charge n'est pas plus souvent prévue à la sortie des maternités de niveau III, en dépit du recrutement de ces services et des sorties précoces plus fréquentes, si ce n'est les hospitalisations à domicile possibles pour 26 % des services de niveau III au lieu de 17-18 % dans les maternités de niveau II. Là encore, les hospitalisations sont destinées à un petit nombre de femmes.

Du fait du lien entre niveau et taille des maternités, les différences observées entre maternités de niveaux différents se retrouvent entre maternités de tailles différentes, avec souvent des écarts moins prononcés. ↵

Source : Enquête nationale périnatale 2003.

Site http://www.sante.gouv.fr/hm/dossiers/perinat03/etab_accouchement.htm