

### Aménagement des territoires sanitaires et réseau de soins **Le réseau périnatalité en Auvergne**

**A**u sein de l'hospitalisation, la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés occupe une place particulière dans l'aménagement des territoires sanitaires. À tel point que la présence d'un hôpital est souvent associée par la population à l'existence d'une maternité et, réciproquement, la fermeture de la maternité à la condamnation de l'établissement. De plus la proximité d'une maternité peut orienter les choix de domicile des adultes jeunes. La fréquence de cette prise en charge (souvent premier contact avec l'hospitalisation) en fait un symbole de l'équité d'accès aux soins ainsi qu'en témoignent les réactions provoquées par l'annonce de fermeture d'une maternité. En Auvergne, comme ailleurs, la progression ou le maintien de cette équité se heurte à un certain nombre de contraintes que l'organisation en réseau peut permettre d'aplanir.

La région Auvergne assure annuellement environ 13 000 accouchements. La prise en charge est assurée par le pôle de Clermont-Ferrand qui héberge l'établissement de référence au CHU, et cinq pôles intermédiaires (Aurillac, Le Puy, Montluçon, Moulins, Vichy). Le dispositif est complété par 7 maternités de moins de 400 accouchements annuels disséminées sur le reste du territoire. Cette organisation situe 7 % des femmes entre 15 et 44 ans à plus de 45 minutes d'une maternité et 19 % à plus de 30 minutes [28]. Dans l'hypothèse extrême d'une cessation de l'activité des plus petites d'entre elles, ces proportions évolueraient respectivement à 14 % et 33 % [cartes 1 et 2]. Bien que dans le cadre d'une gradation efficace des soins, ces établissements ne constituent pas un risque particulier, plusieurs facteurs doivent être pris en compte avant de déclarer cette hypothèse infondée pour les années à venir.

- En premier lieu on note une baisse de la demande qui se traduit par un quart de naissances en moins par rapport aux années quatre-vingt.

- L'analyse démographique générale révèle aussi les mouvements de popu-

lation vers les villes centres, accroissant ainsi la diminution prévisible de l'activité des petits établissements.

La démographie médicale constitue un réel handicap supplémentaire. Le début des années 2000 se caractérise par une baisse globale du nombre des médecins en exercice, particulièrement prononcée pour les gynécologues-obstétriciens. Le renouvellement actuel permet de prévoir une diminution de 30 % des effectifs de cette spécialité dans la région d'ici à l'année 2020. Ce phénomène est potentiellement aggravé par une orientation préférentielle vers l'exercice exclusif de la gynécologie compte tenu de la forte féminisation des nouveaux spécialistes et de la pression médico-légale particulièrement forte qui pèse sur l'activité d'obstétrique. Cette dernière détient en effet la double record du nombre de sinistres et celui du montant moyen d'indemnisation par sinistre parmi les spécialités chirurgicales. Ceci ne fait que renforcer le risque de cessation d'activité qui pèse sur les plus petites structures, qui sont dotées d'un faible nombre de praticiens et qui n'en attireront pas de nouveaux dans ce contexte.

La question de l'équité de l'accès aux soins ne saurait se résumer au temps d'accès à une structure. Encore faut-il que la prise en charge soit adaptée aux caractéristiques de déroulement de la grossesse et aux risques qui en découlent. L'évolution permanente de la technologie et de la technique médicale conduit à faire émerger le concept de médecins référents, en nombre restreint, pour certains sous-domaines particuliers comme le diagnostic antenatal ou l'échographie obstétricale et de spécialités référentes comme la réanimation néonatale. L'équité dans l'accès aux soins suppose que le recours à ces compétences et l'identification des situations le justifiant se réalisent à chaque fois que la situation l'exige. La nécessité d'une collaboration entre praticiens s'exprime alors pour favoriser l'évolution des savoir-faire et la qualité des décisions. C'est ainsi que s'est progressivement imposé à

tous les acteurs le concept de réseau périnatalité.

La prise de conscience d'une situation préoccupante en termes de mortalité périnatale en est sans doute un point de départ puisque, en 1990, c'est en Auvergne qu'était relevée la plus mauvaise valeur de cet indicateur. La nécessité de formaliser et surtout de renforcer des contacts existants s'est alors fait sentir et, confortée par les avis du schéma régional d'organisation sanitaire et les recommandations du Haut Comité de la santé publique [9], a abouti en 1998 à la charte du réseau périnatalité Auvergne. Celui-ci se fixe comme objectif « d'améliorer la coordination de la prise en charge globale des soins périnatals en conciliant gradation, continuité et proximité des soins ». Il associe les sages-femmes et les différentes spécialités médicales concernées de l'ensemble des établissements publics et privés de la région afin d'effectuer des choix communs en matière de procédures et d'organisation tant en matière de politique de transfert que de diagnostic anténatal.

#### Réseau et télé-médecine

Cette logique de collaboration, associée à la mise en œuvre des nouvelles technologies de la communication, a permis l'émergence d'une organisation particulière sous la forme d'un réseau de télé-médecine entre établissements. À ce jour, l'accès interactif aux réunions de travail du centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal est une réalité. La transmission de la voix, de l'image fixe ou animée, permet une lecture des dossiers que les praticiens soient physiquement présents dans le même lieu ou dans plusieurs sites distants. Le double impact sur la prise de décision opérationnelle et le partage pédagogique d'expériences est souligné par les utilisateurs. Des sessions de téléenseignement sont par ailleurs en cours d'élaboration. Une application plus originale est la « télé-échographie » qui permet au praticien référent de visualiser non seulement l'image échographique en direct, mais aussi la patiente et la po-

**Bruno Aublet-Cuvelier**

Médecin, laboratoire de santé publique  
Faculté de Médecine  
Université d'Auvergne

**Marcel Venet**

Médecin, maternité Centre Hospitalier Le Puy-en-Velay

**Michèle Mascart**

Sage-femme, CHU Clermont-Ferrand

**Jean-Luc Meyer**

Médecin, maternité Clinique La Chataigneraie  
Clermont-Ferrand

**Didier Lemery**

Professeur de gynécologie-obstétrique, CHU Clermont-Ferrand

sition de la sonde échographique pour pouvoir diriger le geste du praticien demandeur. Cette pratique permet ainsi de trancher dans des situations atypiques où la visualisation d'images échographiques en temps différé aurait imposé un transfert de la patiente pour avis. Ces approches tendent à assurer une prise en charge optimale, à diminuer l'isolement que peuvent ressentir certains praticiens, mais aussi à permettre une prise en charge de proximité sans surcharger inutilement les établissements de niveau supérieur.

Cette approche permet aujourd'hui d'afficher des premiers résultats encourageants : normalisation de la mortalité périnatale, forte augmentation de la proportion des transferts « *in utero* » chez les nouveau-nés admis en réanimation.

Il ne faut toutefois pas mésestimer les différentes questions que soulève la mise en œuvre d'un réseau. Tout d'abord un point essentiel est la bonne indication du recours aux praticiens référents. Si les contraintes de l'espace

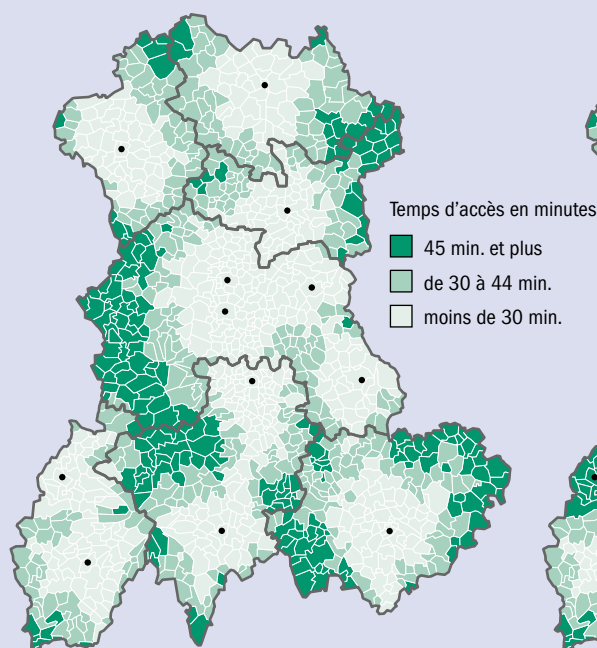
sont minimisés celles du temps persistent voire s'aggravent. Réseau ou télémédecine ne sauraient être toujours synonymes d'accès instantané aux compétences et imposent une grande rigueur dans la gestion des rendez-vous. Il est important de noter que le réseau ne s'est pas construit ex-nihilo mais sur la base d'une confiance réciproque préexistante entre les acteurs. L'amélioration, comme l'évaluation des performances du réseau passe à l'évidence par la mise en œuvre d'un dossier commun communiquant et donc informatisé. Des choix s'imposent dans son contenu pour le rendre efficace dans la prise de décision et compatible avec les contraintes de saisies. D'autres choix techniques plus épineux encore sont indispensables pour le rendre compatible avec les systèmes d'informations hospitaliers existants au sein d'un réel système d'information de santé. Les contraintes organisationnelles et financières dans chaque centre doivent être soulignées, le soutien financier apporté par les tutelles au réseau de

télémédecine a été fondamental dans son émergence et a bien marqué le rôle de l'État dans l'aménagement des territoires sanitaires. Un point préoccupant est le statut juridique du réseau et ses conséquences médico-légales. En effet, dans le contexte judiciaire fort déjà évoqué, qui assure la responsabilité des décisions ? Le praticien « sur place » doit-il seul en assurer la charge alors qu'il s'intègre dans la démarche et la complémentarité du réseau ? Le flou du cadre réglementaire à ce sujet conduit à une hétérogénéité des pratiques selon les régions dont les conséquences jurisprudentielles sont imprévisibles.

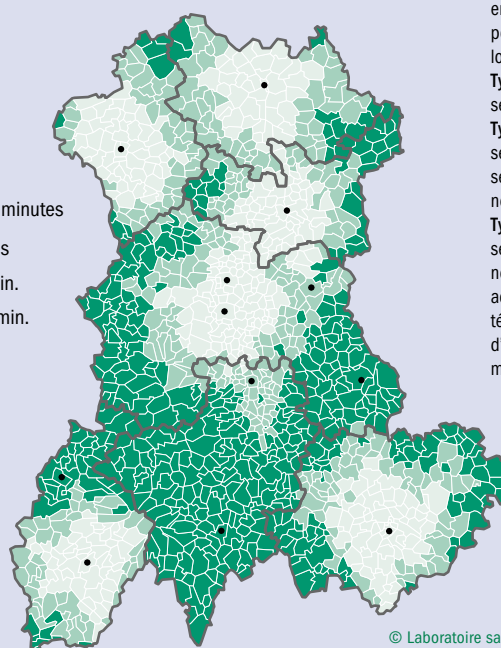
La mise en œuvre du réseau périnatalité Auvergne tend à concilier une raisonnable proximité à la sécurité optimale de la prise en charge. Il doit réussir l'objectif ambitieux de garantir la qualité des soins pour la femme enceinte et le nouveau-né dans la véritable « Maternité d'Auvergne » que souhaitent tous les praticiens et ce quel que soit le lieu d'habitation. ■

## Temps d'accès à la maternité la plus proche et à la maternité de niveau 2 ou 3 la plus proche

Accès aux maternités de niveaux 1 à 3



Accès aux maternités de niveaux 2 et 3



Les maternités sont classées en trois types selon les possibilités pédiatriques locales :

**Type 1 :** maternité sans service néonatal

**Type 2 :** maternité avec service néonatal mais sans service de réanimation néonatale

**Type 3 :** maternité avec un service de réanimation néonatale, doivent être adressées dans ces maternités les femmes menacées d'accouchement prématuré à moins de 33 semaines.

© Laboratoire santé publique Clermont-Ferrand