

cialistes exercent en secteur libéral, contre 71 % des généralistes.

Deux tiers des médecins salariés sont spécialistes.

La médecine libérale est davantage masculine (71 % d'hommes), alors que pour la médecine salariée les proportions sont équilibrées. De manière générale, la population médicale se féminise puisque la proportion de femmes passe de 24 % en 1984 à 36 % en 1999.

De plus, on constate un vieillissement constant du corps médical. En effet, selon la Drees, en 1990, 46 % des médecins avaient moins de 40 ans et ils étaient deux fois plus nombreux que les médecins de 50 ans. Au cours des années quatre-vingt-dix, la situation s'est proportionnellement inversée, de sorte que l'on comptabilise aujourd'hui plus de médecins de 50 ans que de 40 ans. L'âge moyen des médecins a évolué ainsi de + 2,7 ans en neuf ans.

La répartition des médecins sur le territoire reste très inégale. Elle est essentiellement concentrée dans les villes, avec une grande disparité régionale (la densité médicale est, par exemple, de 2,5 pour 1 000 habitants en Picardie, contre 4,2 en Île-de-France).

Les paramédicaux sont au nombre de 720 000. Ce sont les infirmiers qui représentent l'effectif le plus important puisqu'ils sont près de 360 000. La densité d'infirmiers est alors, pour 1998, de 6,1 pour 1 000 habitants.

La féminisation de la profession infirmière est très marquée puisque les hommes représentent seulement 14 % de l'effectif total. Cependant ce taux varie suivant la spécialisation (moins de 1 % en puériculture, 27 % en anesthésie-réanimation).

Là encore, comme pour les médecins, il est intéressant de remarquer, en quinze ans, une nette progression de l'âge moyen de la population infirmière. En effet celui-ci était de 34 ans en 1983, contre 40 ans en 1998.

Notons enfin la pénurie de personnels soignants dans les établissements de santé.

S'agissant des infirmiers, on peut avoir accès à certaines informations, issues de la presse professionnelle, car les études nationales ne nous permettent pas d'évaluer cette pénurie. Au niveau national, les cliniques privées françaises, qui ont connu au printemps dernier un important mouvement de grève, souffrent de façon aiguë du manque d'infirmiers sur le marché du travail. Alain Coulomb, Président de l'Union hospitalière privée, estimait en juin dernier la pénurie pour les cliniques privées à environ 10 000 infirmiers.

Par ailleurs, selon une enquête de l'Union Hospitalière de la région Île-de-France (UHRIF), les établissements publics de santé se trouveraient aussi confrontés à une pénurie de 10 000 infirmiers — le passage aux 35 heures prévu en janvier 2002, jouant comme facteur aggravant. ■

Que peut-on conclure de ces résultats ?

Les patients, dans ce contexte d'offre, agissent en véritables décideurs « rationnels ». Dans ces conditions, les services des urgences représentent, pour certains problèmes, une offre de soins lisible et bien caractérisée. Ils y ont donc recours.

Il est évident que les médecins généralistes sont capables de prendre en charge des problèmes de traumatologie assez rapidement, surtout dans une ville comme La Rochelle où il existe une forte densité de plateaux techniques en ambulatoire. Ils n'offrent cependant pas un service lisible pour les patients comme le montre, par exemple, leur méconnaissance du dispositif ambulatoire (59,5 %, n = 210) ou leur perception de la disponibilité des médecins de garde.

Le patient, devenu usager du système de soins, est donc actif. Il dispose des marges de liberté. Son comportement ne peut plus être conçu comme le résultat de l'application de normes (plus ou moins implicites) déterminées par les professionnels ou les tutelles [29]. Celles-ci deviennent au contraire le produit d'une négociation permanente. Il s'agit donc de créer les conditions favorables à cette négociation. Pour cela, les professionnels doivent, d'une part, adapter leur fonctionnement en tenant compte des savoirs et des capacités d'action des patients et, d'autre part, donner de la lisibilité au système de soins.

La mise en œuvre de maisons médicales, l'implication plus large des centres 15 dans la régulation des flux sont autant de solutions qui peuvent contribuer à cette lisibilité accrue. Elle mérite donc, à ce titre, une attention particulière. ■

Exemple 2 Le réseau de soins : quels coûts pour quelle santé ?

Le terme de réseau est aujourd'hui employé pour désigner toute forme d'organisation, même informelle et lâche, entre au moins deux producteurs de soins. Il est donc difficile d'en donner une définition consensuelle. Cependant, pour définir une démarche d'évaluation de l'apport de l'organisation en réseau, il faut au moins la caractériser par ses éléments typiques. On se propose de mener à bien cette caractérisation au moyen de trois questions :

- À quoi servent les réseaux ?
- Comment opèrent-ils ?
- Quelle évaluation économique mener ?

À travers ces trois questions, on suit un raisonnement

Michel Grignon
Directeur de
recherche, CreDES
Fabienne Midi
Économiste, chargée
de recherche, CreDES

Cet article est une synthèse de travaux réalisés par les auteurs, Y. Bougueil, A. Develay, J.-C. Mino, M. Naiditch (Image) et D. Polton (CreDES)



Quelle formation à l'apprentissage organisationnel pour les médecins libéraux ?

Avec les contraintes financières, les décisions en matière de santé sont soumises au principe de l'efficience.

L'enseignement médical

En France, le médecin est, depuis 1958, formé dans des centres hospitaliers et universitaires.

On lui enseigne les sciences fondamentales et les sciences cliniques, c'est-à-dire tout ce qui a trait à la médecine hospitalière de haut niveau. Il est ensuite considéré comme apte à exercer la médecine libérale, générale ou spécialisée selon le troisième cycle qu'il aura été conduit à suivre.

Le médecin entrepreneur libéral sans liberté...

La médecine libérale est organisée en France sur le modèle de l'organisation libérale commerciale. Le médecin doit ainsi être également commerçant, créateur et gestionnaire d'entreprise.

Cependant, contraint par la convention passée avec la Sécurité sociale, il exerce un métier qui ne répond en rien à la loi du marché. Il n'est libre ni de la définition des produits qu'il offre, ni de leurs coûts. Le prix en est fixé alors même que leur contenu n'est pas défini. Ce n'est pas celui qui consomme qui, en fin de compte, paye.

Qui doit tout savoir...

Ce métier réclame donc une solide formation dans de nombreux domaines. Le médecin doit déjà posséder, à côté de sa compétence médicale stricte, des compétences relationnelles, psychologiques, voire sociologiques. Il doit également être un comptable, un juriste, un gestionnaire. Il doit posséder de solides connaissances juridiques et administratives. À aucun moment de son curriculum, la Faculté ne lui dispense de tels enseignements ou n'atteste de ce type de capacités.

Un débat a eu lieu autrefois, séparant les tenants d'une école professionnelle et ceux d'une faculté de médecine. L'élitisme ambiant a vite fait de trancher en faveur de ces derniers sans qu'il soit vrai-

ment répondu à la question de fond : quel type de pratique professionnelle veut-on enseigner aux futurs médecins ?

Sans l'avoir appris

Depuis 1958, les CHU ont permis d'améliorer considérablement la qualité de l'enseignement des sciences médicales. Ils recrutent leurs enseignants exclusivement chez les praticiens hospitaliers. Ils ne disposent pas des psychologues, sociologues, économistes, éthologues, ni des juristes qui permettraient aux médecins de comprendre comment leur travail s'inscrit dans la société de plus en plus complexe dans laquelle ils vivent. C'est « sur le tas », au cours, voire après leur installation qu'ils acquièrent les compétences psychologiques et relationnelles ainsi que les connaissances organisationnelles qu'imposent leur exercice professionnel.

La prise en compte de cette insuffisance a conduit à introduire quelques heures de sciences humaines en premier cycle. Les chaires de santé publique et de médecine légale ont, en ce qui les concerne, à l'occasion de leurs enseignements, la possibilité de sensibiliser les étudiants à différents points juridiques et administratifs de leur pratique médicale. C'est bien, mais trop peu, souvent trop tôt et sans aucune intégration avec le reste de l'enseignement médical.

Des troisièmes cycles perfectibles

La mise en place des troisièmes cycles de spécialités, puis, à partir de la fin des années quatre-vingt, du troisième cycle de médecine générale vise très précisément à enseigner aux étudiants leur future pratique professionnelle. Cependant, pris en charge par les mêmes médecins hospitaliers, ces troisièmes cycles ont répondu aux besoins perçus par ceux-ci et n'ont pas abordé les problèmes posés par l'exercice libéral de la médecine.

L'organisation du troisième cycle de médecine générale a été confiée à des généralistes libéraux au début des années quatre-vingt-dix. Cette question de l'enseignement de la connaissance de l'organisation professionnelle a été soulevée de façon plus précise par ces médecins qui avaient constaté, lors de

leur installation, l'insuffisance de leur formation dans ce domaine.

Des enseignements portant sur l'entreprise médicale et sur les problèmes administratifs, juridiques et fiscaux ont commencé à voir le jour au sein des facultés. Ainsi, pour prendre deux exemples locaux, à Tours, un tel enseignement organisé par les médecins généralistes et des conseillers juridiques de la profession médicale a-t-il été proposé également aux futurs médecins spécialistes. À Rennes, dans le cadre du troisième cycle de médecine générale, les caisses d'assurance-maladie, à la demande de la faculté, organisent pour la quatrième année consécutive un enseignement pratique sur la convention médicale. Dans le même cadre, des journées centralisées sont consacrées à la gestion de l'entreprise médicale et à ses aspects juridiques et fiscaux.

Une profession désorganisée

Il y aurait toutefois une certaine logique à considérer que si l'enseignement de la médecine est l'apanage des facultés de médecine, celui de l'organisation professionnelle relève de la profession elle-même.

Ce point de vue prédomine dans certains pays étrangers. Il a été défendu par une partie du syndicalisme médical. Des formations à la gestion, des formations juridiques ont été organisées par la CSMF, et en particulier par le Syndical national de la médecine de groupe, dans les années soixante-dix. Faute de moyens, elles n'ont souvent touché que les seuls cotisants de ces syndicats et n'ont pas réussi à atteindre le niveau nécessaire pour en faire un véritable enseignement professionnel. Le syndicalisme, miné par ses divisions et déchiré ensuite sur le sujet de la formation continue des médecins, n'a pas pu remplir ce rôle malgré les opportunités qui lui étaient offertes par les dernières conventions médicales.

Les pouvoirs publics, malgré les ouvertures des ordonnances Juppé de 1996, se sont révélés incapables de définir le cadre d'une formation médicale continue à la hauteur des enjeux et dans lequel une telle formation aurait pu être développée.

La complexité croissante des règles comptables et administratives de l'exer-

Charles Honorat
Maître de conférences associé, département de médecine générale, Faculté de Médecine de Rennes

cice professionnel libéral a nécessité que les médecins acquièrent toutefois une compétence minimum dans ces domaines. Ce sont encore les associations de gestion qui, actuellement, assurent le mieux la formation fiscale et juridique nécessaire à la gestion d'un cabinet médical.

Les caisses d'assurance-maladie et les syndicats de médecins ont cherché à faire évoluer les conditions d'exercice médical par la convention médicale. Ils assurent, chacun de leur côté, l'information des médecins par des courriers ou par des réunions.

Tout cela se fait sans cohérence et dans un contexte souvent polémique et revendicatif qui n'est guère propice à la compréhension et à l'esprit de synthèse.

Et demain ?

Ces dernières années, la profession médicale a été dotée de nouveaux moyens d'action. Les unions régionales des médecins libéraux se sont mises en place et deviennent maintenant opérationnelles. L'information et la formation des médecins est inscrite dans leurs objectifs institutionnels. Elles disposent des moyens financiers nécessaires.

Les facultés de médecine, que ce soit au niveau de la Conférence des doyens ou au sein de chaque UFR, poursuivent leur réflexion sur l'adaptation de leurs enseignements aux réalités de notre société et de notre système de soins.

À partir d'une évaluation rigoureuse des manques actuels, c'est sans doute dans un partenariat clair et constructif entre les facultés de médecine et les structures professionnelles que l'on arrivera à progresser. Nous devons offrir aux médecins de demain les outils nécessaires pour analyser le système de santé dans lequel ils exercent leur métier et pour développer les compétences professionnelles dont ils ont besoin, au-delà des compétences strictement médicales.

Cet enseignement, comme l'ensemble de leur formation, devra commencer dès le premier cycle de leurs études et, en parfaite complémentarité, se développer dans le second et dans le troisième cycle, puis, dans leur formation continue, tout au long de leur exercice professionnel. ■

logique : c'est parce que les réseaux servent avant tout d'espace d'expérimentation et d'émergence de nouvelles pratiques et de nouvelles relations au sein du système de santé que leur mode opératoire s'éloigne de celui — défini *ex ante* — du protocole clinique classique ou du programme de santé ; à son tour, ce nouveau mode opératoire conduit l'évaluateur à enrichir sa palette médico-économique d'outils plus qualitatifs et descriptifs, et à adopter une position intermédiaire entre le contrôleur qualité et le chroniqueur.

À quoi servent-ils ?

Le plus souvent, un réseau formel se constitue pour rendre de nouveaux services, ou pour corriger des dysfonctionnements du système de soins en offrant une nouvelle organisation*.

En revanche, l'examen et l'instruction des dossiers menés par l'équipe de D. Osselin (Direction des risques de la Cnamts) ne montre pas de réseau pour lequel l'innovation de procédé permettrait d'offrir la même chose en matière de soins, mais moins cher, soit en économisant le temps des professionnels, soit en diminuant le volume des consommables (tests, examens biologiques).

Il n'y a pas non plus, à la différence de ce qui s'est développé au Royaume-Uni dans les années quatre-vingt-dix, de réseau de médecins acheteurs de soins, même si on trouve des réseaux de médecins de ville qui visent explicitement à diminuer les consommations de ressources hospitalières. Cependant, alors qu'au Royaume-Uni une telle motivation est claire avec des conséquences immédiates**, en France, quand un réseau entend diminuer le volume, il présente cela comme une conséquence à long terme de son implantation (médiée par l'amélioration de l'état de santé).

Une première conséquence logique d'un tel objectif d'amélioration du service rendu, c'est que les réseaux engendrent presque toujours des dépenses supplémentaires par rapport à la pratique actuelle.

Comment fonctionnent-ils ?

Pour offrir de nouveaux services en jouant sur l'organisation, les réseaux se donnent comme première mission de centraliser les soins autour du patient. Cela signifie que la principale lacune de notre système, pointée par les promoteurs de réseaux, est l'allure chaotique et imprévisible de la trajectoire du patient dans le système de soins. Ce chaos est dommageable d'abord pour le patient, qui ne sait pas ce que sera sa prise en charge quand il a recours au système de soins et qui ne peut compter sur une responsabilité unique tout au long de la chaîne de traitement. Il est également dommageable

* En ce sens, l'objet que nous traitons s'écarte radicalement du « réseau » informel d'adressage de routine d'un généraliste vers un confrère spécialiste ou un établissement.

** Le réseau d'acheteurs entendant ainsi récupérer les ressources non consommées pour les dépenser ailleurs, dans des soins de ville jugés plus efficaces ou plus demandés.



pour le professionnel d'amont qui ne dispose d'aucun suivi de ses patients et ne connaît pas réellement les conséquences de ses traitements à long terme, ainsi que pour le professionnel d'aval qui doit faire le diagnostic clinique sans nécessairement connaître les actes appliqués par ses confrères d'amont. Il est enfin dommageable pour le payeur, qui ne trouve jamais d'interlocuteur responsable en face de lui.

Le premier objectif intermédiaire du réseau consiste donc à substituer une logique de suivi à la logique de fractionnement en vigueur actuellement, ce qui nous amène à discuter de trois points spécifiques du fonctionnement en réseau* : la place du patient, l'organisation des professions de santé et le partenariat avec l'ensemble des acteurs.

Dans le réseau, le patient se voit offrir une prise en charge harmonisée dès le départ, ce qui contribue à la standardisation de son produit de santé, et lui permet de s'investir dans sa prise en charge médicale. Cela suppose que l'évaluation des pratiques du réseau ne se limite pas à des indicateurs externes d'application et de respect de la trajectoire définie dans le protocole, mais inclut aussi des évaluations du degré d'implication et de participation du patient à sa prise en charge à partir d'outils de type questionnaires directs auprès des patients.

Pour que cette prise en charge existe, il faut que les professionnels définissent une trajectoire idéale, et se soient donné les moyens de suivre et valider le respect de cette trajectoire, ou de comprendre et discuter en commun les écarts à la trajectoire. Cette dimension organisationnelle s'appréhende par des indicateurs d'objectifs, de qualité du suivi et de respect de la trajectoire, mais aussi par des indicateurs plus descriptifs de la manière dont les trajectoires sont aménagées, notamment pour intégrer les accidents et écarts. En ce sens, un réseau diffère d'un protocole en ce que la trajectoire n'est pas imposée *ex ante* et de l'extérieur, elle est produite et amendée en permanence par les acteurs du réseau eux-mêmes.

Cette dynamique de partenariat dans la définition et la maintenance de la trajectoire du patient suppose un décloisonnement et une complémentarité entre les professionnels de soins, mais également entre eux et les autres acteurs de la prise en charge. Cela nécessite que les outils de négociation et de rencontres n'existent pas que sur le papier, mais qu'ils aient véritablement provoqué dialogue et prise de décision en commun. L'analyse des minutes du comité de pilotage et des réunions internes de coordination ou d'orientation, ainsi que des entretiens directs avec différents membres du réseau sont des outils précieux de l'évaluation de la pratique du réseau et de sa capacité à innover.

* Ces trois éléments donnent évidemment lieu à évaluation, ce qui prépare l'évaluation économique.

Quelle évaluation économique ?

On voit certains réseaux demander à être jugés sur un critère extrêmement ambitieux, voire inaccessible, le retour sur investissement. Selon eux, l'intensification instantanée des soins permettrait d'obtenir une diminution des volumes consommés ultérieurement, par exemple en repoussant dans le temps un processus dégénératif ou en diminuant les complications. Ces réseaux tentent donc de montrer qu'ils sont moins chers que le *statu quo*.

Notre position, on l'a vu, est que le réseau propose une innovation de produit (ou de service), ce qui engendre un coût par rapport à la situation actuelle. Au total, si le commanditaire de l'évaluation doit connaître les conséquences économiques, ça n'est pas pour chercher des économies budgétaires par rapport à la situation sans réseau, mais pour allouer au mieux un financement supplémentaire dédié à l'innovation dans le domaine de la santé*. Rappelons quelques principes de base.

La notion de « coût » ne renvoie pas à un prix, de revient ou d'achat, mais à un sacrifice d'opportunité : dépenser une ressource dans un projet, c'est s'interdire de l'affecter ailleurs. L'évaluation devra mesurer un impact différentiel entre la situation avec un réseau et une situation de référence.

Outre la valorisation de ressources classiques, c'est-à-dire les actes portés sur l'enveloppe de ville ou hospitalière, l'évaluation des conséquences économiques doit tenir compte des ressources de coordination, comme les ressources consommées pour bâtir la trajectoire de référence ou suivre les trajectoires effectives. On voit que l'évaluation de la pratique en réseau supposera que les professionnels développent une capacité à traiter les différents actes relevant d'un même traitement au sein d'une même « capitation ». Une capitation est, rappelons-le, une enveloppe prépayée et ajustée au « risque » (ici la dépense), incitant le « rémunéré » (le réseau, dans notre cas d'espèce) à rendre son service en restant dans l'enveloppe, voire, s'il peut s'approprier le bénéfice, au coût le plus bas possible ; en ce sens, une capitation va bien au-delà d'un forfait d'actes.

Toute évaluation doit préciser le point de vue adopté (pour l'assurance-maladie, pour le patient et ses proches, pour le professionnel). Il nous semble illusoire de tenter une mesure de l'apport net du réseau à la société dans son ensemble. De manière schématique, ceci nous conduit à privilégier les coûts appelés directs, c'est-à-dire les mobilisations de ressources pour lesquelles existe un équivalent marchand et qui sont consommées par le réseau : il s'agit des ressources médicales, des frais de transport non médicalisé et des frais de garde des enfants du patient (pour une discussion sur les coûts directs et indirects).

* Ce serait par exemple le cas du Fonds d'assurance qualité pour les soins de ville.

L'évaluation des conséquences économiques est compliquée par deux éléments caractéristiques des réseaux et qui en diminuent le coût :

- toute ressource mobilisée par le réseau n'est pas perdue pour d'autres productions dans la mesure où le réseau crée ses propres ressources. L'économie de la production parle de ressources spécifiques, qui ne seraient en tout état de cause pas utilisables ailleurs. L'existence de ressources spécifiques est une conséquence de l'aspect partenarial du réseau : les compétences des acteurs du réseau peuvent fort bien n'être mises en valeur que dans le cadre de ce partenariat précis, et ne pouvoir s'exporter dans d'autres contextes ;

- le commanditaire finance, à travers le réseau, des produits que le réseau ne pourra s'approprier et qui profiteront à l'ensemble du système de soins, ce qui est la caractéristique des innovations non matérielles (nouvelle trajectoire, nouveaux comportements, nouveaux protocoles, qui tiennent sur les pages d'un cahier).

En outre, ces deux éléments sont partiellement contradictoires, car un réseau dont l'exercice est très spécifique à son contexte aura très peu d'effet de diffusion sur l'ensemble du système de soins. ■

Exemple 3

Le réseau périnatalité, enjeu et difficultés

Georges Mellier
PUPH, université
Claude Bernard,
Lyon I, Lass-Graphos,
CNRS

**Jean-Charles
Pasquier**
Médecin
Fédération femme
mère nouveau-né,
Hôpital Edouard
Herriot, Lyon

Dans le domaine de la périnatalité la mise en réseau des structures de soins est plus que jamais d'actualité.

Le mode de prise en charge des mères et des enfants a considérablement évolué. Jusqu'à ces dernières années, on considérait que tout praticien diplômé était apte à suivre toutes les grossesses dans toutes les maternités. La diminution de la mortalité et de la morbidité périnatale par le développement des transferts *in utero* des enfants dans des structures adaptées à leur niveau de soins a bouleversé cette organisation.

Actuellement pendant la grossesse c'est l'unité mère-fœtus qui est prise en compte et qui doit être pris en charge dans une structure de soins adaptés à leurs risques. Cette adéquation est l'enjeu médical obstétrico-pédiatrique dans l'organisation des soins en périnatalité [21].

« Toute grossesse présente un risque qui peut devenir vital à l'accouchement pour la mère et l'enfant. »

Cette affirmation n'est contestée par aucun obstétricien de terrain. Elle a pour conséquence la multiplication des demandes de création de structures de soins très performantes, aptes à accueillir toute grossesse pathologique. Les contraintes sont évidentes. On ne

peut multiplier les structures spécialisées dans tous les sites d'accouchement pour des raisons de coûts mais aussi d'effectifs en professionnels (obstétriciens, pédiatres, anesthésistes-réanimateurs, sages-femmes). De plus, des études ont montré que les structures hautement spécialisées ne sont pas toujours adaptées à tous les risques et qu'elles n'ont pas fait preuve de leur supériorité pour la prise en charge des grossesses à faible risque [2].

« La grossesse est un phénomène physiologique avec des risques qui peuvent souvent être identifiés. »

On a ainsi évolué vers la prise en charge de parturientes dans des établissements définis en fonction de leur niveau de soins pour les mères, mais surtout pour les enfants.

Le niveau 3 est un établissement qui possède un service de réanimation maternelle et de réanimation néonatale. On peut donc accueillir toutes les grossesses et tout spécialement celles à très haut risque pour la mère ou son enfant.

Le niveau 2 associe un service d'obstétrique à un service de néonatalogie. Sa vocation est la prise en charge des grossesses avec un risque intermédiaire.

Le niveau 1 est un établissement qui n'a pas de service de néonatalogie. Il accueillera toutes les grossesses à bas risque, que nous préférons appeler des grossesses sans risque identifié.

Cette organisation en trois niveaux de soins permet en théorie une bonne adéquation entre le risque materno-fœtal et la structure de soins. Elle implique, pour que le système soit efficace, une mise en réseau des établissements de niveaux de soins différents.

Les contraintes et difficultés de la mise en réseau

La première difficulté est de définir de manière précise le risque materno-fœtal pendant la grossesse.

Le très haut risque peut le plus souvent être identifié pendant la grossesse. Néanmoins il existe des situations où le risque fœtal ou maternel n'était pas connu, et qu'un transfert *in utero* soit nécessaire vers une structure de niveau 3. L'organisation des transferts nécessite la recherche d'un lit d'accueil pour la mère et l'enfant. L'activité fluctuante en obstétrique ne facilite pas l'équilibre entre l'offre et la demande. Un système de régulation des transferts doit se mettre en place dans chaque région. De plus, pour l'obstétricien qui a en charge cette grossesse, il existe une double contrainte : informer et persuader la patiente de la nécessité d'un transfert et trouver une structure d'accueil avec un moyen de transport.

Le risque intermédiaire n'est pas toujours facile à définir. Il est pris en charge dans les niveaux 2 et représente 9 à 10 % des grossesses avec des accouchements avant 32 semaines d'aménorrhée, c'est-à-dire avant le début du 8^e mois de grossesse.

Il peut faire suite à un haut risque ou être identifié pendant la grossesse (grossesse gémellaire, par exemple). L'accueil dans les structures de niveau 2 pose les