

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

**D**ans 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<sup>e</sup> 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



mêmes contraintes de transfert que les niveaux 3. Ces transferts sont néanmoins actuellement peu fréquents car souvent l'obstétricien qui a en charge une parturiente nécessitant un transfert *in utero* l'orientera d'emblée vers un niveau 3.

La prise en charge du bas risque ou des grossesses sans risque identifié est celle qui implique le plus la notion de réseau. 90 % des grossesses sont dans ce cas, avec néanmoins une nécessité de réanimation maternelle dans 0,25 % des cas environ. Une réanimation à la naissance et/ou le transfert de l'enfant sont nécessaires dans 4 à 8 % des cas. La contrainte pour tous les praticiens exerçant dans un établissement de niveau 1 est la sélection des patientes dites à bas risque. Aucun consensus n'est actuellement admis. De plus, il faut avoir à l'esprit que des praticiens qui ne suivent plus de pathologie n'auront plus les bons réflexes lorsque celle-ci arrivera en urgence dans leur établissement. Le maintien de la formation des professionnels est également une difficulté du fonctionnement en réseau.

Les effectifs actuels et pour les années à venir des praticiens en obstétrique, réanimation pédiatrique ou anesthésie-réanimation sont en baisse de manière dramatique. De plus, les praticiens nouvellement formés n'acceptent pas de travailler comme leurs aînés. Les réseaux devront donc s'organiser et évoluer dans le cadre d'une pénurie de praticiens [22].

Le dernier type de contrainte que l'on peut aborder est celui posé par les changements dans les mentalités pour les professionnels mais également pour nos patientes.

Pour les professionnels, cela implique d'accepter un changement des pratiques professionnelles. Les pathologies prises en charge dans un établissement ne dépendent pas que de la compétence du praticien mais aussi de l'offre de soins de l'établissement.

L'évaluation de la qualité des soins pour une pathologie donnée ne devra plus se faire uniquement pour un établissement ou un praticien, mais de manière globale dans le réseau. Pour une même pathologie, les moyens et les contraintes sont différents entre les niveaux 1 et les niveaux 3.

Pour les praticiens, cela implique également d'élaborer et d'accepter des protocoles thérapeutiques adaptés aux soins qu'ils sont à même de donner dans leur établissement.

Pour les patientes enfin, le danger est grand de voir tous les accouchements se regrouper dans les niveaux 3 ou 2 en vertu de la règle : « Qui peut le plus peut le moins ». Pour éviter cet engorgement et maintenir les maternités de niveau 1 qui sont incontournables, une information médiatique est nécessaire. Actuellement cette information va plutôt dans le sens inverse en pointant du doigt toutes les faiblesses des niveaux 1. La connaissance et l'acceptation des réseaux par le grand public doivent être un enjeu pour les années à venir.

La mise en réseau des maternités est incontournable pour des raisons économiques (tous les établissements ne peuvent avoir tous les équipements et le personnel pour les grossesses à haut risque), mais aussi pour des raisons de démographie médicale.

Les réseaux doivent aboutir à une optimisation des soins en périnatalité en tenant compte des différentes contraintes ou difficultés que nous avons abordées. Cette analyse n'est pas exhaustive. Dans chaque région, l'organisation des réseaux aura aussi sa propre spécificité en fonction d'autres contraintes liées à la géographie, au type de populations pris en charge... ■