

L'organisation autour de la grossesse et de la naissance

Les Plans périnatalité ont relevé plusieurs défis : baisse de la mortalité périnatale dans un premier temps, amélioration de la sécurité à la naissance puis réorganisation de la prise en charge du couple et de l'enfant. Cette dernière devant être plus humaine, plus proche et plus sûre.

Le Plan de périnatalité 2005-2007

Francis Puech

Président de la Commission nationale de la naissance

Remerciements aux agents de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (bureau de l'organisation générale de l'offre régionale de soins) ainsi qu'aux agents de la Direction générale de la santé (bureau santé des populations) qui contribuent largement au fonctionnement de la Commission nationale de la naissance.

Le Plan de Périnatalité 2005-2007 propose un changement de la politique suivie depuis plus de trente ans, concernant la prise en charge des femmes enceintes et de l'accouchement. La notion de risque a été à la base de la publication des décrets successifs, au point que l'on a assisté à une médicalisation de plus en plus importante de la prise en charge de toutes les femmes enceintes et à une généralisation des mesures préconisées pour les grossesses à haut risque. Ce changement se fait au profit d'une plus grande prise en compte des attentes des couples, d'une humanisation de nos pratiques. Il est le fruit d'une évolution de la société, mais ce changement n'est possible aujourd'hui que grâce aux formidables progrès dans l'organisation des « soins périnataux ».

Les trois grandes priorités proposées dans le rapport de la « Mission périnatalité » sont : assurer la sécurité émotionnelle, médicale et sociale des femmes enceintes et de leur enfant, permettre une égalité d'accès à des soins adaptés et enfin répondre aux différentes attentes des usagers. Il s'agit d'un véritable défi auquel le Plan Périnatalité 2005-2007 a l'ambition de répondre.

On assiste à une évolution de la pratique périnatale, de la nécessaire technique, garante de la sécurité des professionnels et des patientes à l'introduction de la dimension émotionnelle de la naissance.

Historique

Avant 1970, le système de soins est peu structuré et la loi hospitalière du 31 décembre 1970¹ va mettre en place une planification à travers la création d'une carte sanitaire.

La même année, la périnatalité, dont le concept émerge à peine en France, va bénéficier de la priorité donnée aux problèmes de la naissance, en raison de résultats médiocres en terme de mortalité périnatale, proche de 26 pour 1000 naissances, alors qu'il était en Suède de 14 pour 1000 naissances.

Ce premier plan 1971-1976 s'appuiera sur une méthode de rationalisation des choix budgétaires [84] substituant un budget d'objectifs à un budget de moyens. La notion de risque est très présente dans la loi du 15 juillet 1970² qui crée l'obligation des certificats de santé et l'arrêté de 1971³ « *Lorsqu'un examen décèle un facteur de risque médical ou obstétrical...* ». En 1976, le Plan sera reconduit pour une période de cinq ans, jusque 1981.

1. Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.
2. Loi n° 70-633 du 15 juillet 1970 relative à la délivrance obligatoire de certificats de santé à l'occasion de certains examens médicaux préventifs.
3. Arrêté du 27 août 1971 relatif aux examens médicaux pré- et postnataux (art. 1 à 4, 7 et 10).

Les références entre crochets renvoient à la bibliographie p. 96.



L'amélioration de la surveillance prénatale, l'amélioration de la surveillance de l'accouchement et la réanimation des nouveau-nés en salle de travail, la création de centres de réanimation néonatale constituaient les principaux axes de ce plan. Les résultats seront satisfaisants puisque la mortalité périnatale sera de 12,3 pour 1000 en 1980 mais nous laissera en retard sur nos voisins européens.

Dans la période 1980-1992, les lois de décentralisation confirment la structure départementale de la PMI [28]. La loi hospitalière du 31 juillet 1991⁴ va entraîner une planification plus qualitative, avec la mise en place des schémas régionaux d'organisation des soins (Sros), des projets d'établissements en même temps que les contrats d'objectifs et de moyens.

C'est, pour la périnatalité, une période de développement de nouvelles techniques : de l'échographie aux nouvelles méthodes de prélèvements fœtaux. Mais les résultats ne sont pas ceux escomptés, comme le montrait en 1993 le rapport du Haut Comité de la santé publique [49].

L'intérêt majeur de ce rapport est d'analyser l'ensemble des problèmes posés par une mise en perspective d'une pluralité de contextes et d'aborder les questions qui nous intéressent aujourd'hui : Qu'est-ce qu'une bonne naissance ? Et quelles sont ses conditions du point de vue des femmes, de la famille et des professionnels ?

Il évoque d'abord un certain nombre de références qui tendent à prouver les corrélations existant entre les caractéristiques de la grossesse, de la naissance et du futur état de santé du nouveau-né durant l'enfance puis la vie adulte, en particulier sur le plan psychique. Il insiste beaucoup, et il nous semble à juste titre, sur les enjeux psychologiques liés à la grossesse et à la naissance, qu'il s'agisse de l'enfant naissant et de son avenir psychique mais aussi de celui de sa mère, voire de son père et des conséquences pour la famille.

Au-delà des exigences de sécurité à la naissance dans les maternités, le Haut Comité de la santé publique insiste sur la nécessité de poursuivre la réflexion dans deux directions :

- les conditions du suivi et de la surveillance de la grossesse, de l'accouchement et de la naissance ;
- l'organisation des filières et l'amélioration de l'accessibilité de la prise en charge, notamment pour les femmes les plus défavorisées.

C'est ainsi que la périnatalité devient à nouveau prioritaire et qu'un nouveau Plan de périnatalité de cinq ans fixe 4 objectifs à atteindre en 16 mesures, mais qui resteront du domaine du risque : diminuer la mortalité maternelle de 30 %, abaisser la mortalité périnatale de 20 % au moins, réduire le nombre des enfants de faible poids de naissance de 25 %, réduire de moitié le nombre de femmes enceintes peu ou pas suivies au cours de la grossesse.

4. Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991. Loi portant réforme hospitalière.

Pour ce faire, sont fixées par un texte réglementaire, une réforme des établissements accueillant des femmes enceintes et l'organisation de filières de prise en charge « mère-enfant » suivant les conventions établies entre les divers établissements.

Mais ce n'est qu'en 1998 que sont promulgués les décrets sur la sécurité des naissances définissant les normes des établissements et les exigences en matière de personnel et de locaux⁵.

Quatre types d'établissements se distinguent, en fonction du risque qu'encourent la mère et/ou l'enfant à naître, selon leurs possibilités de prise en charge du nouveau-né dans l'établissement où elles sont implantées. Si l'établissement dans lequel est né l'enfant ne peut assurer sa prise en charge adaptée, il organise son transfert vers un autre établissement apte à délivrer les soins appropriés.

- Les maternités de type I assurent, tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, les accouchements ainsi que les actes de chirurgie abdomino-pelvienne liés à la grossesse, à l'accouchement et à la délivrance.

- Les maternités type II A et II B sont situées dans un établissement disposant d'un service de médecine néonatale et/ou de pédiatrie.

- Les maternités de type III sont situées dans un établissement (centre hospitalier universitaire ou non) disposant d'une unité individualisée de soins intensifs ou d'un service de réanimation pédiatrique ou néonatale.

Dans le même temps seront créés un Comité national d'experts sur la mortalité maternelle (CNEMM), des centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal (CPDPN); des textes réglementaires fixent leur activité et leur fonctionnement.

Le plan mis en place en 1994, puis les décrets d'application en 1998 modifient la vision maximaliste qui prévalait jusqu'alors pour une gestion différenciée du risque fondée sur un dépistage précoce des pathologies et une orientation des femmes vers le niveau de soins approprié. L'organisation des « transferts *in utero* » a permis de proposer une offre de soins plus cohérente.

En 2002, la situation de la périnatalité, bien qu'en constante amélioration, est loin d'être optimale : les résultats en termes de mortalité et de morbidité sont moyens, les gynécologues obstétriciens, les néonatalogues et les anesthésistes ne sont plus assez nombreux pour répondre aux exigences des décrets de 1998, les sages-femmes sont insatisfaites et manifestent pour une meilleure reconnaissance statutaire et financière, les médecins généralistes ont été exclus de la prise en charge de la grossesse.

Par ailleurs, les usagers sont insatisfaits et le font savoir, car ces évolutions et ces « progrès » ne se sont pas faits sans modifier l'environnement de la naissance

5. Décrets n° 98-899 et n° 98-900 du 9 octobre 1998 relatifs aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie et la réanimation néonatale.

et souvent, comme il a déjà été dit, au prix d'une hyper-technicisation et sans qu'aient été instaurés un dialogue, une écoute suffisante avec les couples. C'est la raison pour laquelle une partie d'entre eux manifestent de plus en plus le décalage entre leurs aspirations et ce que l'on leur propose.

C'est dans ce cadre que le ministre de la Santé (J.-F. Mattei) donne pour mission à trois professionnels — un épidémiologiste (G. Bréart), un néonatalogue (J.-C. Rozé) et un gynécologue-obstétricien (F. Puech) — de faire un état des lieux de la situation de la périnatalité. Le rapport est rendu en juillet 2003 et se résume en 20 propositions qui seront reprises dans leur quasi-totalité dans le Plan de périnatalité 2005-2007 souhaité par le ministre [21].

Dans le même temps, les ordonnances du 4 septembre 2003⁶ et du 2 mai 2005⁷ vont déterminer les Sros sur des objectifs quantifiés de l'offre de soins qui seront basés sur les besoins de la population avec des projets médicaux de territoire fixés par des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

Au total, alors que l'état d'esprit depuis les années soixante-dix/quatre-vingt était dominé par la notion de risque, voire de haut risque, c'est le caractère physiologique et naturel de la grossesse et de la naissance qui a été mis en avant dans le Plan périnatalité.

Le Plan de périnatalité 2005-2007

Il imprime un changement fondamental dans la philosophie de la prise en charge de la grossesse et de la naissance en intégrant la notion de sécurité émotionnelle dans la prise en charge des futurs parents.

Il prend à son compte le constat fait dans le rapport de la « mission » : «... à la fois faire plus et mieux dans les situations à haut risque, et moins (et mieux) dans les situations à faible risque. Il s'agit certainement là d'un défi pour l'organisation des soins périnataux dans les années à venir... »

Il permet aux professionnels de la naissance de mieux répondre aux besoins d'écoute et d'information qu'expriment les parents, notamment pour le choix de la maternité, les modalités de suivi de la grossesse et le contexte de l'accouchement.

Et dans le même temps il assure, par un financement important (270 millions d'euros), l'application des décrets de 1998, c'est-à-dire la mise aux normes des établissements.

La totalité du plan étant disponible sur le site, nous n'en développerons que les mesures principales.

Les quatre mots clés sont : humanité, proximité, sécurité, qualité.

L'humanisation de la naissance

La première partie du plan est centrée sur l'humanisation, c'est-à-dire « recentrer » la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement sur la femme, le couple, l'enfant.

La mesure phare de cette première partie est la mise en place, mais surtout le financement de l'entretien prénatal précoce (entretien du 4^e mois)

Il permet l'instauration, très tôt, des conditions d'un dialogue permettant l'expression des attentes et des besoins des futurs parents.

Il a pour objectif aussi de créer des liens sécurisants, notamment avec les partenaires du réseau périnatal les plus appropriés. Il doit être l'occasion d'évoquer les questions mal ou peu abordées avec la future mère lors des examens médicaux prénataux. Il est réalisé par une sage-femme ou un autre professionnel de la naissance disposant d'une expertise reconnue par le réseau de périnatalité auquel ils appartiennent. Cette mesure a bénéficié d'un financement de 21 millions d'euros sur trois ans, 16,7 millions d'euros ont été financés à ce jour ; le complément est prévu sur l'année 2008.

La deuxième mesure vise à une meilleure prise en compte de l'environnement psychologique de la naissance

Françoise Molénat, pédopsychiatre, fait le constat dans son rapport [70] de la nécessité de considérer les vulnérabilités personnelles et familiales particulières à cette période comme un facteur influençant non seulement le bon déroulement du processus naturel de la naissance, mais aussi l'instauration du lien attendu entre les parents et l'enfant. Ces vulnérabilités peuvent entraîner des dysfonctionnements qui peuvent être un facteur de problèmes psychopathologiques ultérieurs chez l'enfant jusqu'à l'adolescence et au-delà, voire de maltraitance.

Chacun des professionnels de la naissance peut être à l'écoute d'une parole exprimée par un parent révélant une fragilité et lui permettre de confier ses angoisses, traumatismes actuels ou anciens et d'être suffisamment en confiance pour se tourner vers les aides dont il pourrait bénéficier. L'enjeu consiste à aider les professionnels, dans l'exercice de leurs pratiques respectives et collectives, à apporter la réponse la mieux adaptée aux besoins de cette mère ou de ce père en difficulté, avec éventuellement le soutien d'un psychiatre et/ou d'un psychologue.

Cette démarche repose sur la mise en place de collaborations médico-psychologiques en maternité, de l'entretien individuel prénatal précoce, de formations interprofessionnelles et d'un réseau de professionnels centré sur chaque famille qui le souhaite, s'appuyant sur l'expression de ses besoins propres, agissant dans une continuité et une cohérence suffisante de l'ante au postnatal.

La circulaire du 4 juillet 2005 est précisément destinée à initier une meilleure prise en compte de la dimension psychologique, et à atteindre un objectif global de conti-

6. Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation.

7. Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé ; ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille.



Le projet de naissance

Le projet de naissance est un document écrit qui peut revêtir plusieurs formes. C'est l'expression des souhaits de la femme, du couple concernant la naissance de leur enfant. Ce document écrit sert de base de négociation avec les équipes de la maternité choisie.

En France, nombreuses sont les femmes enceintes qui souhaitent se réapproprier le moment de la naissance de leur enfant avec leur conjoint. Les femmes veulent réinscrire cet événement dans leur vie affective et familiale. La naissance ne peut être réduite à un événement hospitalier et médicalisé.

Les associations françaises d'usagers se sont inspirées de l'expérience anglo-saxonne « *Changing childbirth* », rédigée en 10 points fondamentaux en 1993. Le *birth plan* est un document écrit dont la mise en forme est standardisée. Il a, lors de sa diffusion, montré ses limites ; les femmes enceintes ont rédigé des *birth plans* revendicatifs, voire directifs à l'égard des équipes de maternité.

L'absence d'un mode d'expression des usagers avait réussi à déposséder le couple de ce moment de la naissance, en imposant une médicalisation ou une surmédicalisation. L'effet de balancier a mis à mal les professionnels de la naissance en les obligeant à remettre en cause certaines de leurs pratiques obstétricales et leur comportement professionnel.

Au Royaume-Uni, le concept de santé est dans son maintien, il n'est pas uniquement envisagé sous l'angle de la maladie. Le maintien de la santé des femmes pendant leur grossesse est un objectif de la politique de santé.

Les usagers ont pris appui sur la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades, pour que les femmes enceintes qui ne sont pas, *a priori*, malades mais enceintes, communiquent avec les professionnels de santé : médecins et sages-femmes. « *Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les*

décisions concernant sa santé. [...] Aucun acte médical ni aucun traitement ne peuvent être pratiqués sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. »

La loi du 4 mars 2002 place la personne soignée au centre du dispositif médical et soignant, obligeant de fait les professionnels de santé à abandonner la conception paternaliste de la relation dissymétrique soignant-soigné. Dès lors, le soignant sait et prend la responsabilité de ses actes médicaux, le soigné sait de plus en plus et prend la responsabilité de décider et de faire confiance au soignant.

Le projet de naissance encourage les femmes à se sentir davantage responsables et moins démunies et soumises face au pouvoir médical.

Les femmes enceintes élaborent le projet durant toute leur grossesse, avec les professionnels de santé qui répondent à leurs questions. C'est un outil de communication entre le couple et les

Françoise Nguyen,
Directrice de
l'école de sages-
femmes Jeanne
Sentubery, Poissy,
présidente de
l'ASFEF, membre
de la Commission
d'évaluation des
stratégies de santé
- HAS

nuité et de cohérence impliquant le renforcement des partenariats et la poursuite de l'évolution des pratiques dans le sens d'un travail en réseau renforcé entre les différents acteurs concernés : sanitaires (quels que soient le mode d'exercice et la discipline), sociaux et médicaux-sociaux⁸.

Si la sécurité affective de l'enfant passe par celle de ses parents, la sécurité des parents passe notamment par celle des professionnels qui les entourent. La formation, en particulier collective, est un moyen essentiel pour que les professionnels développent une confiance mutuelle nécessaire au développement du travail en collaboration.

Le financement dédié à cette mesure est de 18 millions d'euros sur trois ans ; l'intégralité des moyens prévus ont été distribués.

La troisième mesure est la participation des usagers à la définition, au suivi et à l'évaluation de la politique périnatale, ainsi qu'une optimisation de l'information donnée aux usagers sur les modalités de prise en charge offertes au sein du réseau de périnatalité

Cette participation a été mise en place au sein des commissions régionales de la naissance depuis un arrêté du

8 janvier 1999 ; elle est confirmée par leur participation à la Commission nationale de la naissance⁹.

Les besoins des usagers constituent un élément essentiel des textes régissant l'organisation des soins ; ils sont l'un des axes importants du Plan de périnatalité. Il est demandé que soit précisé, dans le document d'information à destination des patients, un certain nombre d'indications claires et détaillées sur les modalités de prise en charge de leur maternité.

L'élaboration d'un carnet de santé de la maternité actualisé, intégré au dossier médical, fait partie de ces mesures ainsi que sa diffusion par le conseil général¹⁰.

Dans ce cadre, il a été proposé de documenter, à l'aide d'une enquête directe de grande envergure auprès des usagers (environ 3 000 femmes, financement de 300 000 euros), la décision de recours à une maternité en fonction des caractéristiques socio-économiques et culturelles des femmes, des conditions médicales de leur grossesse, des préconisations perçues par elles en provenance de leur médecin ou de leur entourage, la qualité ressentie de l'accueil et de la prise en charge en termes de suivi de la femme et de son enfant.

9. Arrêté du 8 janvier 1999 relatif aux commissions régionales de la naissance.

10. Arrêté du 21 juin 2007 relatif au modèle et au mode d'utilisation du carnet de grossesse dit « carnet de santé maternité », JO 173 du 28 juillet 2007.

8. Circulaire Dhos/DGS/02/6 C n° 2005-300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité : Périnatalité et prévention en santé mentale.

professionnels de santé. Il établit un lien pour construire une relation de confiance, une écoute mutuelle entre usagers et professionnels, il prévient les conflits, met à plat les craintes et les incompréhensions. « *Le projet de naissance est la conjonction entre les aspirations de la femme et du couple et l'offre de soins locale. Il inclut l'organisation des soins avec le suivi médical et la préparation à la naissance et à la parentalité, les modalités d'accouchement, les possibilités de suivi pendant la période postnatale, y compris les conditions d'un retour précoce à domicile, le recours en cas de difficulté.* »

Ce projet de naissance rédigé par la femme, par le couple, est un outil de communication. Il perd toute son utilité et son efficacité s'il n'est remis qu'au moment de l'accouchement à la sage-femme qui le découvre à ce moment-là. Certaines demandes, voire exigences du couple ne pourront être réalisées. Cette situation provo-

que inévitablement des situations de conflit et de tension qui ne sont pas souhaitables. Il est essentiel que ce projet de naissance soit un outil de dialogue et de négociation tout au long de la grossesse.

En France, le projet de naissance est encore souvent la traduction et la formalisation de l'expression collective des usagers. L'ignorance ou la méconnaissance alimentent les peurs ; le projet de naissance est un excellent outil de médiation entre le professionnel et les femmes enceintes.

Le projet de naissance doit être un projet personnel. Le document écrit peut revêtir plusieurs formes : ce peut être l'expression écrite des souhaits de la femme, du couple quand tout se déroule normalement et en cas de problème. Ce document écrit sert de base de négociation avec les équipes de la maternité choisie.


La rédaction personnelle du projet de naissance passe par une réappropriation forte et individualisée de la

maternité par la femme. Le projet de naissance n'est pas un contrat de soin au sens juridique du terme. Il ne place pas les professionnels de la périnatalité en position d'obligation. Il est important que les professionnels puissent également apporter une réponse écrite aux couples, avant l'entrée en travail, sur les choses qui sont possibles de mettre en œuvre et dans quelle mesure et celles qui ne le sont pas.

Les informations doivent être claires et loyales, elles tiennent compte des réalités professionnelles locales indépendantes de la volonté des professionnels en présence. Cependant, et c'est heureux, les professionnels de santé sont capables de progresser (postures, diminution des indications d'épisiotomie, accueil du nouveau-né, respect de l'intimité) et de rassurer honnêtement et humainement les femmes enceintes. Des travaux sont menés sur le jeûne imposé aux parturientes en salles de naissance. La

France est un des seuls pays à l'imposer dans beaucoup de maternités.

En France, nous sommes au balbutiement de la définition des objectifs du projet de naissance.

Il est plus que souhaitable qu'il ne devienne pas un instrument de chantage médico-légal. Quelle va être son utilisation réelle et comment les usagers vont-ils recevoir en retour des améliorations de prise en charge et d'accompagnement humain ? Comment les professionnels vont-ils prendre le virage de plus d'humanité, de plus d'actes raisonnés et pesés pour les près de 80 % des femmes dont le processus de la naissance se déroulera sereinement dans un environnement capable de respecter une sécurité affective et relationnelle, et d'assurer une sécurité efficace de veille médicale présente mais non envahissante ? 

La quatrième mesure est l'amélioration de la prise en charge des femmes enceintes en situation de précarité

La loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions¹¹ a créé les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) ; la périnatalité doit être un des champs d'action de cet outil et ainsi les adapter aux enjeux de la naissance et de la parentalité.

Un groupe de travail réunissant les principaux acteurs (État, collectivités territoriales, professionnels, associations) a démarré le 12 octobre 2005.

Ses objectifs étaient de définir des mesures à prendre dans trois champs concernant des futures mères ou jeunes mères très démunies, françaises de souche ou non, et leurs enfants : prise en charge du suivi de la grossesse et de la petite enfance ; sensibilisation et formation des professionnels de santé sur les enjeux que cela représente pour ces mères et leurs enfants ; médiation de santé et éventuellement interprétariat pour ne laisser personne de côté.

Depuis la parution du plan, différentes actions ont été menées :

- la circulaire du 16 mars 2005 relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant

en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'aide médicale d'État (AME) qui inclut le suivi de grossesse, du nouveau-né, l'interruption médicale de grossesse et l'interruption volontaire de grossesse (IVG) dans la notion des soins urgents¹² ;

- la création de PASS dédiées aux femmes enceintes : 10 en 2006 et 2007 ;
- les propositions du groupe de travail, Direction générale de l'action sociale (DGAS) aboutissant à un certain nombre de recommandations présentées au Conseil interministériel de lutte contre les exclusions (Cile) en mai 2006, qui se résument ainsi :
 - ◆ Facilitation des démarches administratives et mise en place d'un partenariat avec les collectivités territoriales (ARF, ADF),
 - ◆ Consultations sans rendez-vous à jours fixes,
 - ◆ Recours à des interprètes ou médiateurs de santé publique,
 - ◆ Aménagement de la TAA et des Migac,
 - ◆ Sensibilisation de tous les professionnels concernés (santé et social) aux conditions de vie de cette population : documentation et campagne par l'INPES, formations continues par l'ANFH et l'ENSP,

12. Circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 141 du 16 mars 2005 relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'Aide médicale d'État.

11. Loi 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.



- ◆ Renforcement de la prévention des effets nocifs de la précarité sur les femmes et les nouveau-nés,
- ◆ Accroissement de l'offre d'hébergement durable et de places adaptées pour les futures mères, les jeunes mères et les petits enfants (DGAS),
- ◆ Définition du « panier d'alimentation idéal » femme enceinte et aide à la mise à disposition de laits 1^{er} et 2^e âges (DGS).

Certaines de ces propositions ont été mises en place, comme la création de PASS dont le financement est de 150 000 euros par an de 2005 à 2010, mais il est difficile actuellement de faire un bilan objectif des résultats obtenus.

La cinquième mesure est l'expérimentation des maisons de naissance

Les maisons de naissance sont définies comme le « lieu d'accueil de femmes enceintes, du début de leur grossesse jusqu'à leur accouchement, sous la responsabilité exclusive des sages-femmes, dès lors que celui-ci se présente comme a priori normal ». Un certain nombre de femmes souhaitent accoucher dans un contexte moins médicalisé que celui que leur offrent aujourd'hui la plupart des maternités. De nombreux pays voisins proposent déjà un type de prise en charge fondé sur une moindre médicalisation, considérée plus « naturelle ».

Les « maisons de naissance » sont attendantes aux services d'obstétrique, et fonctionnent avec des sages-femmes libérales et/ou hospitalières. « Attenante » signifie qu'un transfert de la maison de naissance vers la maternité peut avoir lieu en brancard et dans un délai compatible avec l'urgence.

L'objectif de cette expérimentation est de proposer un plus grand choix aux parents quant aux modalités de prise en charge, de permettre une moindre technicisation, tout en garantissant la sécurité de la mère et de l'enfant par la proximité immédiate du plateau technique (blocs opératoires). Ces pratiques nouvelles doivent en tout état de cause être totalement insérées dans un réseau de périnatalité, donner lieu à un protocole des pratiques professionnelles, et elles sont bien sûr conditionnées à l'avis favorable des instances de l'établissement concerné.

Un groupe de travail associant toutes les parties prenantes a contribué à l'élaboration d'un cahier des charges établissant la définition et le périmètre d'activité de la maison de naissance, ses modalités d'organisation de la prise en charge et du suivi, son fonctionnement au sein du réseau, ses modalités de financement, de gestion des personnels, modalités juridiques, questions de responsabilité et d'assurance.

L'évaluation médico-économique et l'évaluation de l'impact en termes de santé publique de l'expérimentation des maisons de naissance au regard du cahier des charges sont des éléments importants de cette expérience.

Il s'agit d'un dossier complexe quant aux modalités de financement nécessaires pour que l'expérimentation puisse démarrer, mais aussi sur le plan juridique et

assurantiel. Le cahier des charges qui encadrera l'expérimentation est en cours de finalisation.

La sixième mesure a pour objectif l'accompagnement spécifique des femmes enceintes et des couples faisant face à un handicap ou à une maladie invalidante

- Organiser l'accessibilité physique à l'information, aux consultations, à la préparation à la naissance, à la prévention et aux soins et leur offrir le soutien psychologique nécessaire ;

- Sensibiliser, former et soutenir les professionnels de santé impliqués dans le suivi de la périnatalité à l'accueil, à l'écoute et à l'accompagnement des personnes handicapées ;

- Apporter des aides humaines et matérielles aux difficultés rencontrées pendant la grossesse et après la naissance ;

- Sensibiliser la société aux enjeux de la sexualité, de la maternité et de la parentalité pour toute personne handicapée, en tant que personne et en tant que citoyen.

Les mesures proposées dans le plan sont :

- la diffusion auprès des services concernés des recommandations relatives à l'accompagnement des femmes enceintes handicapées, à partir d'un recensement des actions et documents d'appui, ou d'outils spécifiques à concevoir ;

- l'élaboration du cahier des charges de la formation destinée aux professionnels de la naissance, en application de l'obligation de formation sur le handicap des professionnels de santé¹³.

Ces mesures n'ont pas encore fait l'objet d'un suivi de la Commission nationale de la naissance et il est à remarquer qu'aucun financement n'était associé à ces propositions.

Davantage de proximité

La deuxième partie du plan tient à l'organisation du suivi pré- et postnatal assurant la proximité tout en veillant à la complémentarité et la coordination entre les différents acteurs, quel que soit leur lieu d'exercice, dans le cadre de réseaux de périnatalité.

Le développement des réseaux en périnatalité fait partie des objectifs importants du plan

Les réseaux qui se sont développés au cours des années 2000 sont essentiellement des réseaux interétablissements. Ils ont contribué à améliorer la sécurité en définissant notamment les situations justifiant un transfert, en respectant le principe de la graduation des soins selon les besoins de la mère et de l'enfant.

L'objectif spécifique du plan est de créer et développer des réseaux 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

13. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

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 ; la définition d'indicateurs nationaux doit permettre d'évaluer l'adéquation de l'orientation.

- 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.

- En créant une « communauté périnatale » correspondant à l'ensemble des professionnels de la naissance qui appartiennent au réseau.

Le plan prévoit :

- de couvrir tout le territoire par des réseaux de périnatalité d'ici fin 2005 ;

- d'élaborer un cahier des charges national avec l'ensemble des professionnels concernés (Commission nationale de la naissance) et la création d'un « label » des réseaux de périnatalité. Ce label sera octroyé régionalement après vérification du respect du cahier des charges ;

- de donner des instructions aux agences régionales de l'hospitalisation (ARH) dans le cadre d'une circulaire pour mettre en place des réseaux de périnatalité associant la ville, l'hôpital et les services de la PMI, et permettant la couverture de l'ensemble du territoire.

En conformité avec le cahier des charges, ces réseaux sont financés sur la Dotation nationale de développement des réseaux (DNDR).

L'objectif est en grande partie atteint : le cahier des charges a fait l'objet d'une circulaire¹⁴, la Fédération nationale des réseaux en périnatalité a vu le jour en octobre 2007. Le financement des réseaux a été, pour la périnatalité, de 6 millions d'euros sur la Dotation nationale de développement des réseaux.

Le renfort et l'extension du rôle des centres périnataux de proximité (CPP) et l'expérimentation puis l'évaluation de CPP avec hébergement dans le post-partum

Ces CPP fonctionnent actuellement au titre de l'activité de soins de médecine d'urgence¹⁵ ; ils peuvent être financés par la Dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation.

Mais avant que la mesure annoncée dans le Plan de périnatalité soit mise en œuvre, un groupe de travail sous la responsabilité de la Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (Dhos) a entamé une réflexion sur les fonctions, activités et responsabilités des CPP. Il a

fait des propositions en juillet 2005, dont les conclusions ont été suspendues en raison de l'évaluation de l'expérimentation des CPP ayant des lits d'hébergement en *post-partum*.

L'évaluation est en cours et le rapport doit être rendu dans les premiers mois de 2008. Il devrait permettre d'avoir une vision plus claire sur leurs fonctions, activités et organisation au sein des réseaux de soin périnataux.

Le service de Protection maternelle et infantile (PMI)

Service public territorialisé, sans aucune condition d'accès, gratuit, décentralisé, la mission de la PMI se partage entre l'État et l'assurance maladie. La PMI suit 18 % des femmes enceintes. Les trois axes qui donnent une spécificité à cette institution sont :

- l'accessibilité géographique : la PMI compte 4600 lieux de consultation infantile et 1000 lieux de consultations prénatales ;

- une approche globale, à la charnière du sanitaire et du social, de l'individuel et du collectif : la PMI s'est massivement investie dans les difficultés de la parentalité ;

- un partenariat très ancré avec les services sociaux. Elle participe à des réseaux, sa présence dans les maternités est forte, et les relations avec les médecins de vie et les secteurs de psychiatrie sont réelles.

Des améliorations sont possibles : en particulier la communication et le partage d'information des acteurs autour de la PMI, notamment dans les réseaux de périnatalité, une meilleure connaissance des disparités des moyens entre les départements.

Les recommandations gravitent autour de trois idées : repositionner la PMI comme une politique sanitaire nationale ; recentrer la PMI pour qu'elle se concentre sur les populations vulnérables ; œuvrer pour la performance des services, grâce à des objectifs clairs, à une transparence des dépenses et des coûts, et une mise en place de démarches qualité.

La PMI doit se positionner comme un acteur clé du réseau de périnatalité, comme le rappelle la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance¹⁶.

Plus de sécurité

La troisième partie du plan est capitale car, sans les mesures qui suivent, les précédentes n'étaient pas réalisables.

La sécurisation de l'accouchement, en particulier dans les établissements de type IIB et III, passait par trois mesures principales : la mise aux normes des maternités, l'amélioration de la prise en charge du risque obstétrical de la réanimation néonatale et pédiatrique, et l'organisation des transports maternels et pédiatriques.

La première mesure est la mise aux normes des établissements en équipement et en personnel

En application du Plan « périnatalité » de 1994 les décrets d'octobre 1998¹⁷ ont précisé les normes d'installation

14. Circulaire n° 2006-251 du 30 mars 2006 (Dhos/01/03 Cnamts) relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité.

15. Article R. 6123-50 du Code de la santé publique, Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 art. 2 *Journal officiel* du 23 mai 2006.

16. Loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance.

17. Cf. note 5.



et de fonctionnement des maternités en définissant les activités d'obstétrique, de néonatalogie et de réanimation néonatale pour assurer aux femmes la prise en charge la plus adaptée à leur grossesse. Ces normes ont donc permis de structurer l'offre de soins en maternité en identifiant les sites nécessaires du point de vue de l'accès aux soins et dans lesquels la sécurité des mères et de leurs nouveau-nés pouvait être garantie.

Mais, en 2002, au moment où la mission était confiée aux trois experts, tous les établissements autorisés ne remplissaient pas les normes prévues par les décrets.

Ces besoins variaient en fonction des types de maternité et des régions. Ils ont été estimés à partir d'une vaste enquête réalisée en 2002. Afin de permettre cette mise aux normes, le décret du 16 octobre 2003¹⁸ a allongé de deux ans le délai pour une obligation de conformité, en 2006. Il convenait donc de se donner les moyens de respecter ce nouveau délai.

L'objectif était de poursuivre de manière significative et adaptée les efforts budgétaires permettant de créer les postes médicaux et non médicaux nécessaires dans les maternités.

Cela s'est traduit par le financement dans l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) hospitalier public et privé, par le biais des tarifs de la maternité et de néonatalogie (tarification à l'activité, T2A), et des dotations complémentaires pendant la phase de montée en charge de la tarification à l'activité.

Le coût de la mise aux normes était prévu à hauteur de 130 millions d'euros en 2005 (110 millions d'euros pour les hôpitaux publics et 20 millions d'euros pour les cliniques privées). Le point sur cette mesure est donné dans l'analyse du bilan financier.

La deuxième mesure consistait dans l'amélioration et le renforcement des transports

L'amélioration des transports des mères et des nouveau-nés était devenue une nécessité qui passait par des mesures organisationnelles et financières.

Suite au regroupement des plateaux techniques et des maternités, il devenait primordial de mieux organiser les transports sanitaires des femmes enceintes, des nouveau-nés, nourrissons et enfants.

Le schéma organisationnel proposé repose donc sur une organisation graduée des transports néonataux ou pédiatriques allant du simple transport sanitaire réalisé par un ambulancier jusqu'au transport médicalisé, que cette médicalisation soit assurée par un Smur ou par un Smur néonatal ou pédiatrique.

Un niveau intermédiaire est instauré, reposant sur un accompagnement paramédical, pour certains transports interhospitaliers de nouveau-nés, de nourrissons ou d'enfants. Les recommandations visent à favoriser l'existence d'au moins un type de transport médicalisé spécialisé dans le transport des enfants par région.

18. Décret n° 2003-992 du 16 octobre 2003 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie, la réanimation néonatale ou la réanimation.

Les deux mesures préconisées étaient :

- l'élaboration de textes organisant les transports des mères, des nouveau-nés et des enfants, avec les professionnels de la naissance et les urgentistes des Samu/Smur ;

- l'établissement de recommandations spécifiques sur les transferts *in utero*, notamment concernant sa régulation, élaborées avec les professionnels concernés (professionnels de la naissance et des Samu/Smur).

Ces mesures ont fait l'objet de la création de groupes de travail qui ont abouti à la rédaction de deux circulaires^{19, 20}. Le financement prévu de (27 millions d'euros), soit 9 millions d'euros pour les Smur (Services mobiles d'urgences et de réanimation) et 18 millions d'euros pour les transports interhospitaliers, est à ce jour de 26,4 millions d'euros.

L'amélioration de la prise en charge des urgences maternelles (risque obstétrical)

On observe chaque année environ 70 décès maternels.

Les rapports du Comité national d'experts sur la mortalité maternelle (CNEMM) de mai 2001 puis de 2006 rappellent que 50 % de ces décès sont évitables [78].

De façon plus spécifique, on peut noter que les hémorragies du 3^e trimestre, et en particulier de la délivrance, qui constituent 20 % des décès maternels, auraient pu être évitées dans plus de 80 % des cas. Par ailleurs, les décrets de 1998 ont organisé une graduation de l'offre de soins périnatale fondée sur le risque néonatal. Cette graduation est liée à la présence ou non d'une unité de néonatalogie, avec ou sans soins intensifs ou de réanimation néonatale, mais elle n'a pas été liée à la prise en charge « des grossesses à risques maternels identifiés ».

Il a donc été préconisé :

- d'élaborer avec la Haute Autorité de santé (HAS) des recommandations de pratique clinique (RPC) pour la prise en charge des hémorragies du post-partum (2004). En 2005, les complications de l'hypertension artérielle, notamment l'éclampsie, ont fait l'objet de nouvelles recommandations. À la suite de ces travaux, des arbres de décisions sont disponibles dans toutes les salles de naissance.

Le Collège des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) et la Société française de médecine périnatale (SFMP), de leur côté, ont élaboré des recommandations en matière de suivi des femmes enceintes, en prenant en compte le risque maternel et le risque fœtal, pour permettre d'adapter les soins au niveau de risque de la grossesse.

- de réaliser, en 2005, une étude sur l'adéquation de la prise en charge des mères dans les services d'obstétrique. Les résultats de cette étude pourraient conduire à une réflexion avec les professionnels sur

19. Circulaire DHOS/O1/2005/67 du 7 février 2005 relative à l'organisation de nouveau-nés, nourrissons et enfants.

20. Circulaire DHOS/O1 n° 2006-273 du 21 juin 2006 relative à l'organisation des transports périnataux des mères.

l'adaptation, le cas échéant, de l'offre de soins, en ce qui concerne la prise en charge des grossesses pathologiques, et plus généralement en fonction du risque obstétrical.

Un groupe de travail regroupant des professionnels de l'unité Inserm 149, la DHOS, la DGS, la Cnam, a établi une grille d'exploitation à partir du PMSI. Cette étude a été réalisée par l'ATIH. Les conclusions sont en cours de finalisation et pourront être publiées en début d'année 2008.

Plus de qualité

Commission nationale de la naissance

Le plan prévoyait la création de la Commission nationale de la naissance : « Cette commission pérenne sera un lieu de discussion, d'élaboration et de recommandations en matière de périnatalité. » Sa composition, ses missions ont été définies par l'arrêté du 11 juillet 2005²¹, qui précise : « La Commission nationale de la naissance a été créée par le Plan de périnatalité 2005-2007. Elle est chargée de contribuer à la réalisation des objectifs de santé publique pour la périnatalité... Elle est un lieu de discussion en matière de périnatalité, un lieu d'échange entre professionnels et usagers, un lieu de retour d'expérience des réseaux, contribuant ainsi à l'élaboration et à l'évaluation de la politique périnatale. Elle doit apporter son concours à l'évaluation des actions engagées en la matière. »

Bilan de l'activité

Depuis deux ans, la Commission nationale de la naissance se positionne comme le comité de suivi de la mise en œuvre du Plan de périnatalité et joue son rôle d'alerte, d'échanges, d'évaluation. Elle se réunit quatre fois par an.

Sont rapportés les points d'étapes des différents groupes de travail touchant à l'élaboration des mesures du Plan de périnatalité. D'autres thèmes ont fait l'objet de la constitution de groupes de travail pour résoudre, ou tenter de résoudre, des problèmes posés aux professionnels de la périnatalité, en particulier ceux relatifs au financement d'activités mais aussi plus largement au statut de la profession et à sa formation.

C'est ainsi que la Commission nationale de la naissance a abordé les problèmes de la prise en charge des urgences dans les services de gynécologie obstétrique, et la reconnaissance et la valorisation (mission d'intérêt général) de l'activité des CPDPN.

En ce qui concerne la prise en charge des urgences dans les services de gynécologie obstétrique, il a été proposé qu'un groupe de travail associant quelques professionnels, la Dhos et la mission T2A se mette en place afin de proposer des critères précis définissant l'activité non programmée pour envisager les réponses techniques qui pourraient être apportées, mais en respectant un cadrage précis et commun à l'ensemble

des activités de soins non programmées. La Cnam a été associée à ce groupe de travail, la réflexion devant également porter sur la valorisation des actes dans le cadre de la Classification commune des actes médicaux (CCAM).

Des solutions sont attendues afin de valoriser cette activité assumée par les services de gynécologie-obstétrique et de pouvoir continuer à répondre aux besoins de la population.

Après qu'un groupe de travail associant professionnels, Dhos, MT2A eut rendu un rapport sur l'activité des CPDPN, un arrêté en date du 9 octobre 2006 les a intégrés dans le financement Migac. Cette activité a été valorisée à hauteur de 9,8 millions d'euros.

La formation, la démographie des sages-femmes, la valorisation de leurs actes font l'objet de réflexions ; la DGS et le ministère de l'Enseignement supérieur ont apporté leur concours pour éclairer l'évolution de la profession. C'est ainsi que le financement de 24 postes de monitrices pour les écoles de sages-femmes a pu être obtenu.

Tous les problèmes ne peuvent pas être résolus au sein de la Commission nationale de la naissance, mais tous les sujets peuvent être abordés et ensuite faire l'objet d'un thème de travail.

Bilan de la mise en œuvre du Plan 2005-2006 et campagne 2007 : bilan financier

Le Plan de périnatalité fait l'objet d'un accompagnement financier important (274 millions d'euros qui se répartissent en 239 millions d'euros pour les établissements de santé, dont 209 millions d'euros pour les établissements publics et 30 millions d'euros pour les établissements privés, 30 millions d'euros pour des mesures spécifiques et 5 millions d'euros pour les soins de ville).

Les crédits délégués aux établissements ont permis de financer les mesures décrites (tableau 1).

Sont également financées par le plan les mesures suivantes : réseau et santé (DNDR, 6 millions d'euros),

tableau 1

Financement des mesures du Plan périnatalité

Mesures	Total plan	2005	2006	2007	Total financé
Établissements publics					
Mise aux normes	110	77,1	33,2	0	110,3
Entretien 1 ^{er} trimestre	17	5,7	6,7	4,3	16,7
Réanimation pédiatrique	43	0	10,5	21,3	31,8*
Transports	27	5,9	11,6	8,9	26,4
Environnement psychologique	12	2,7	3,2	4	9,9*
Total	209	91,4	65,2	38,5	195,1
Établissements privés anciennement financés sous OQN					
Revalorisation des tarifs CMD14 et 15	30	10	19	0	29*

* Complément prévu en 2008.

21. Arrêté du 11 juillet 2005 relatif à la composition de la Commission nationale de la naissance.



mise en œuvre d'un système d'information (18 millions d'euros), précarité et périnatalité (6 millions d'euros)

Bilan ciblé des financements 2005 et 2006

Les résultats présentés ci-dessous ont fait l'objet d'une enquête réalisée par la Dhos en avril 2007 auprès de l'ensemble des ARH portant sur les établissements publics et PSPH et recueillant les données au 31 décembre 2006. Des réponses ont été transmises par les 26 régions avec, toutefois, des réponses inexploitable pour 1 région et des informations partielles pour 2 régions (absence d'information sur les postes pourvus).

Le bilan général du financement depuis 2005 montre que le cadrage général du plan a été respecté et les financements distribués selon les engagements pris : pour les établissements publics, 195 des 209 millions d'euros prévus ont été distribués (soit 93,3 %). Pour les établissements privés, 29 des 30 millions d'euros prévus (soit 97 %). À ces financements d'ores et déjà versés s'ajouteront les mesures 2008.

Les résultats de l'enquête

- **Bilan des postes créés.** L'enquête révèle que 980 postes ont été créés en 2006. Ils viennent s'ajouter aux 1 608 postes créés en 2005. Au total ce sont 2 588 postes qui ont été créés sur les deux années. L'écart de volume entre les deux années s'explique par le phasage de la répartition des crédits essentiellement concentrés sur l'année 2005 (92,3 millions d'euros et 65 en 2006) (tableau 2).
- **Bilan des postes pourvus.** Il porte sur 23 régions. Ce bilan révèle que 60 % des postes créés en 2006 ont été pourvus, soit des données comparables à 2005 (61 %). L'analyse révèle des données contrastées selon les catégories de professionnels (tableau 3).

- **Bilan des mises aux normes.** 774 postes ont été créés en 2006 au titre des mises aux normes dans les établissements publics. Ainsi, 2 201 postes ont été créés à ce titre entre 2005-2006.

Pour mémoire, l'objectif du plan au titre des mises aux normes dans les établissements publics était de 1 930 postes. Il est ainsi largement dépassé. Ce constat s'explique par la création de postes dans des catégories professionnelles qui n'avaient pas été envisagées dans la définition initiale du plan (aides-soignants, auxiliaires de puériculture...) (tableau 4).

Enfin, en marge de ce financement la Commission d'orientation de prévention a défini les orientations stratégiques qui inscriront l'action publique dans la durée : 5 priorités et 15 mesures pour donner un nouvel élan à la politique de prévention (128,7 millions d'euros en 2007) [79]. Plusieurs actions ont pour cible la périnatalité et les jeunes ; c'est ainsi que l'engagement en matière de lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme concernera aussi les femmes enceintes : l'extension des maternités sans tabac dans les réseaux de périnatalité se poursuivra avec le soutien et l'expertise de l'Appri, un guide relatif à la prévention du syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF) pour les professionnels est en cours d'élaboration avec l'expérience du réseau Reunisaf de la Réunion ; divers outils d'intervention sont préparés par l'INPES : un outil destiné à la sensibilisation des professionnels de la périnatalité aux risques pendant la grossesse, un outil de promotion de l'allaitement maternel, un guide sur l'alimentation de la femme enceinte. L'arrêté du 23 mars 2006 place le médecin traitant au cœur du dispositif de coordination et de prévention, notamment

tableau 2

	Nombre de postes 2005	Nombre de postes 2006	Cumul (2005 et 2006)	% du total
Médecins, total	208,8	109,3	318,1	12,3 %
<i>Néonatal/Pédiatres/AR</i>	105,9	80,5	186,4	7,2 %
<i>Néonatal/Pédiatres</i>		60,9		
<i>Anesthésistes</i>		19,6		
<i>Gynéco/Obstétriciens</i>	102,9	28,9	131,8	5,1 %
Sages-femmes, total	468,2	278,0	746,2	28,8 %
<i>Mise aux normes</i>	347,5	184,3	531,8	20,5 %
<i>Entretien 4^e mois</i>	120,8	93,6	214,4	8,3 %
Puéricultrices	504,9	212,5	717,3	27,7 %
Infirmiers	153,0	112,0	265,0	10,2 %
Auxiliaires de puériculture	105,6	79,3	184,8	7,1 %
Aides-soignantes	33,7	28,5	62,1	2,4 %
Psychologues	60,9	68,2	129,0	5,0 %
Autres	72,9	92,5	165,4	6,4 %
Total créés	1 607,8	980,2	2 587,9	100,0 %

tableau 3

	Total postes créés (2006)	Nombre de postes pourvus 2006	% de postes pourvus 2006	Rappel : % de postes pourvus 2005
Médecins	99,0	50,0	51 %	58 %
<i>Néonatal/Pédiatres/AR</i>	72,9	38,1	52 %	52 %
<i>Néonatal/Pédiatres</i>	53,3	22,5	42 %	0 %
Anesthésistes	19,6	15,6	80 %	0 %
Gynéco/Obstétriciens	26,1	12,0	46 %	64 %
Sages-femmes	232,4	155,7	67 %	66 %
<i>Mise aux normes</i>	156,0	117,7	75 %	70 %
<i>Entretien 4^e mois</i>	76,4	38,0	50 %	53 %
Puéricultrices	157,5	90,5	57 %	56 %
Infirmiers	96,0	70,3	73 %	71 %
Auxiliaires de puériculture	75,8	50,4	66 %	56 %
Aides soignants	28,5	15,0	53 %	80 %
Psychologues	52,9	32,3	61 %	41 %
Autres	92,5	39,3	42,4 %	0,0 %
Total de postes	834,4	503,4	60 %	61 %

tableau 4

	Prévisions plan	Dont public	Nombre de postes 2005	Nombre de postes 2006	Cumul 2005-2006	% création/prévisions
Médecins	370	370	208,8	101,8	310,6	83,9 %
Sages femmes	480	360	347,5	171,6	519,1	144,2 %
Infirmiers(ères), puéricultrices	1300	1200	657,9	321,5	979,3	81,6 %
Auxiliaires de puériculture, aides soignants	0	0	139,2	91,7	230,9	
Autres	0	0	72,9	88,1	160,9	
Total créés	2150	1930	1426,2	774,7	2200,9	114,0 %

pour la prévention des facteurs de risque pendant la grossesse²².

Conclusion

Le Plan de périnatalité est l'expression d'un compromis entre l'attente des usagers et l'attente des professionnels : humanité et sécurité.

Il donne sa place au médecin généraliste, il offre plus de place et plus d'autonomie à la sage-femme dans la prise en charge de la grossesse à bas risque et l'accouchement normal, plus de place à l'écoute des femmes et des couples, plus de temps donné à la reconnaissance des vulnérabilités, plus de temps donné aux relais à prendre avec les autres professionnels en charge de la périnatalité (assistantes sociales, psychologues, psychiatres, pédopsychiatres) et les organismes.


Par les mesures qui sont en train d'être mises en place, il doit aider à donner ou redonner aux parents

22. Arrêté du 23 mars 2006 portant approbation de l'avenant n° 12 à la Convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes.

confiance en eux-mêmes : la mère, dans sa capacité à porter et à faire naître son enfant; le père, dans sa mission d'accompagnement; mais aussi confiance dans les professionnels.

Ces mesures doivent aussi aider les gynécologues obstétriciens à mieux appréhender les situations à risque. Elles doivent aussi aider à donner aux professionnels de la naissance les conditions financières et organisationnelles pour assurer leur mission de soins quel que soit le niveau de risque.

Les changements suscités dans le Plan de périnatalité engagent des modifications dans les comportements; la mise en place effective des réseaux de périnatalité est un facteur de décloisonnement et de communication majeur.

Il reste bien évidemment des problèmes, des freins, voire des obstacles qui doivent être analysés, exposés, argumentés, afin de se convaincre — professionnels, tutelles, usagers — que la mutation qu'est en train de vivre la périnatalité est physiologique et un signe de bonne santé. 



Programme de suivi et contenu des consultations pour la surveillance d'une grossesse

Anne-Françoise Pauchet-Traversat
Chef de projet,
Direction de
l'évaluation et
des stratégies de
santé, Service des
recommandations
professionnelles,
Haute Autorité de
santé (HAS)

La grossesse est un événement naturel qui se déroule normalement pour la majorité des femmes enceintes. Toutefois, pour améliorer le confort et le vécu de chaque femme enceinte, et identifier d'éventuelles difficultés ou complications, le suivi de la grossesse est nécessaire.

En France, sept consultations prénatales sont prises en charge par le système d'assurance maladie, ainsi qu'une consultation postnatale dans les huit semaines qui suivent l'accouchement.

Les consultations sont mensuelles jusqu'à l'accouchement. En début de grossesse, des visites plus longues sont nécessaires afin de procéder à un bilan complet et de pouvoir prendre le temps de dialoguer. Huit séances de préparation à la naissance et à la parentalité sont également prises en charge.

La déclaration de grossesse doit être effectuée à l'aide du formulaire médical spécifique établi par un médecin ou une sage-femme, dans les quatorze premières semaines de la grossesse. Les feuillets sont à adresser à l'organisme d'assurance maladie et à la caisse d'allocations familiales. Elle permet d'avoir accès aux prestations de l'assurance maternité et maladie, et à certaines prestations familiales.

L'assurance maternité couvre l'ensemble des coûts médicaux, pharmaceutiques, d'analyses et d'examens de laboratoire, d'appareils et d'hospitalisation relatifs ou non à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites, pendant une période qui débute quatre mois avant la date présumée de l'accouchement et qui se termine douze jours après celui-ci, dans la limite du tarif de responsabilité de la Sécurité sociale. En dehors de cette période, les examens suivants sont pris en charge en totalité par l'assurance maternité : caryotype fœtal et amniocentèse, notamment si l'âge de la femme est égal ou supérieur à 38 ans à la date du prélèvement ; test de dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ; dosage de la glycémie ; séances de préparation à la naissance et à la parentalité ; interruption volontaire de grossesse pour un motif thérapeutique ; séances de rééducation abdominale et périnéo-sphinctérienne.

Les consultations et les examens complémentaires prévus par le Code de santé publique sont également pris en charge par l'assurance maternité.

Toute femme bénéficie de cette couverture sociale en tant que : assurée si elle travaille ; ou « ayant droit » d'un assuré ; ou bénéficiant de la CMU (couverture maladie universelle) ; ou de l'AME (aide médicale de l'État) ; ou

dans toute autre situation en se renseignant auprès des services sociaux de la caisse d'assurance maladie, de la mairie ou du centre de PMI.

Pour le nouveau-né, les frais d'hospitalisation, les soins délivrés en établissement de santé dans les trente jours qui suivent la naissance sont pris en charge.

Sont pris en charge également pour le futur père un examen général éventuellement accompagné d'examens de laboratoire complémentaires, le dépistage de l'immunodéficience humaine (VIH).

La durée du congé maternité dépend du type de grossesse (unique, gémellaire, triple ou plus) et de la situation familiale (nombre d'enfants à charge ou nés viables). Les données réglementaires étant soumises à évolution, il convient de consulter le site de l'assurance maladie, qui met à disposition ces informations (www.ameli.fr).

Le père bénéficie, depuis le 1^{er} janvier 2002, de 11 jours ouvrables consécutifs de congé paternité. Cette durée s'ajoute aux 3 jours employeurs déjà accordés au père pour la naissance ou l'adoption d'un enfant. Elle est allongée de 18 jours en cas de naissance multiple.

Chaque consultation prénatale est structurée et comporte un contenu ciblé adapté au stade de la grossesse. Les consultations ont en commun d'être un moment d'écoute de la femme enceinte ou du couple et de leur donner la possibilité de poser des questions. Elles sont l'occasion de fournir des informations. Les objectifs de chacune de ces consultations sont les suivants.

1^{re} consultation (avant la fin du 3^e mois) et nouvelle consultation si besoin (avant la quinzième semaine d'aménorrhée révolue)

- Donner une information orale étayée par une information écrite sur l'alimentation et le mode de vie, les risques infectieux alimentaires, l'organisation des soins au sein d'un réseau périnatalité, les droits et avantages liés à la maternité, les examens de dépistage, les risques spécifiques liés à la consommation ou l'usage de toxiques (tabac, alcool, médicaments, drogues).
- Faire un examen clinique : observation de la femme, prise de la pression artérielle, mesure du poids, examen des seins dans le cadre d'un dépistage du cancer du sein, examen de l'état veineux des membres inférieurs, etc.
- Identifier un besoin de suivi complémentaire et orienter la femme vers une filière de soins spécifiques.
- Établir le diagnostic de grossesse : examen clinique, recherche de l'HCG qualitatif (gonadotrophine chorionique

Sources : HAS. 2005.
Recommandations
professionnelles.
Comment mieux informer
la femme enceinte ?
Saint-Denis La plaine.
www.ameli.fr

humaine hormone présente chez la femme enceinte) en cas de doute seulement.

- Établir la déclaration de grossesse et fixer la date présumée d'accouchement.
- Établir avec la femme enceinte ou le couple un projet de suivi de grossesse et de naissance. Les informer sur le déroulement de la grossesse, l'accouchement et la naissance, la programmation des consultations prénatales, la participation aux séances de préparation à la naissance, les dates du congé maternité, l'allaitement maternel.

Examens prescrits obligatoirement

- Détermination des groupes sanguins (ABO et phénotypes rhésus complet et Kell). Si la femme ne possède pas de carte de groupe sanguin complète, deux prélèvements sont effectués.
- Recherche d'une éventuelle incompatibilité de groupes sanguins entre la mère et l'enfant (recherche d'agglutinines irrégulières ou RAI). Si la recherche est positive, l'identification et le titrage des anticorps sont obligatoires.
- Sérologie de la syphilis (TPHA-VDRL).
- Sérologie de la toxoplasmose sauf en cas de résultats écrits faisant considérer l'immunité comme acquise.
- Sérologie de la rubéole sauf en cas de résultats écrits faisant considérer l'immunité comme acquise (datant de moins d'un an : possibles cas de ré-infestation).
- Glycosurie et albuminurie.

Examens à proposer systématiquement

- Échographie obstétricale entre la onzième et treizième semaine d'aménorrhée (SA) + 6 jours : détermination à ± 5 jours de la date de conception et du terme théorique de la grossesse, dépistage des malformations majeures à expression précoce et des signes d'appel de malformations fœtales et d'anomalies chromosomiques.
- Marqueurs sériques pour le dépistage sanguin de la trisomie 21 associés à la mesure de la clarté nucale ; recherche de maladies génétiques chez la femme ayant des antécédents familiaux et/ou personnels.
- Caryotype fœtal par amniocentèse ou choriocentèse si le taux du test sérique est élevé ($> 1/250$) ou en cas de clarté nucale anormale.
- Information sur les risques de contamination materno-fœtale par le VIH et proposition d'une sérologie VIH 1 et 2.

Examens à proposer éventuellement

- Dépistage de l'anémie (NFS) en cas de facteurs de risque.
- Examen cytbactériologique des urines (ECBU).
- Frottis cervical de dépistage des dysplasies cervicales si date de plus de deux à trois ans.

2° consultation (4° mois)

- Faire un examen clinique : prise de la pression artérielle, mesure du poids, mesure de la hauteur utérine, recherche des bruits du cœur.
- Identifier un besoin de suivi complémentaire et orienter la femme vers une filière de soins spécifiques.
- Rechercher d'éventuels facteurs de stress (malaise,

soucis, etc.) et toute forme d'insécurité (insécurité affective au sein du couple ou de la famille, précarité) et orienter vers un éventuel soutien spécialisé (PMI, social, psychologique, etc.) ou un réseau d'écoute, d'appui, d'accompagnement des parents.

- Proposer systématiquement un entretien individuel ou en couple avec une sage-femme ou un autre professionnel de la périnatalité afin de favoriser l'expression de leurs attentes, de leurs besoins, de leur projet ; de repérer des situations de vulnérabilité, les signes de violence domestique, et d'orienter vers un éventuel soutien spécialisé ; de leur donner des informations utiles sur les ressources de proximité ; de créer des liens sécurisants avec les partenaires du réseau périnatalité les plus appropriés.

- Conseiller la participation aux séances de préparation à la naissance (collectives ou individuelles) en expliquant leurs objectifs.

Examens prescrits obligatoirement

- Sérologie de la toxoplasmose en cas de négativité du résultat à la consultation du 3^e mois.
- Glycosurie et albuminurie.

Examens à proposer systématiquement

- Sérologie de la rubéole en cas de négativité du résultat à la consultation du 3^e mois (jusqu'à 18 SA).
- Échographie obstétricale entre 20 et 22 SA : étude de l'écho-anatomie fœtale et identification d'éventuelles anomalies.

3° consultation (5° mois)

- Faire un examen clinique : prise de la pression artérielle, mesure du poids, mesure de la hauteur utérine, recherche des bruits du cœur.
- Identifier un besoin de suivi complémentaire et orienter la femme vers une filière de soins spécifiques.
- Rechercher des signes fonctionnels urinaires, la présence de contractions utérines.

Examens prescrits obligatoirement

- Recherche d'agglutinines irrégulières si rhésus négatif.
- Sérologie de la toxoplasmose en cas de négativité du résultat.
- Glycosurie et albuminurie.

Examen à proposer éventuellement

- Examen cytbactériologique des urines (ECBU) en cas d'antécédents ou de diabète.

4° consultation (6° mois)

- Faire un examen clinique et des tests : prise de la pression artérielle, mesure du poids, mesure de la hauteur utérine, recherche des bruits du cœur.
- Identifier un besoin de suivi complémentaire et orienter la femme vers une filière de soins spécifiques.
- Rechercher des signes fonctionnels urinaires, la présence de contractions utérines.

Examens prescrits obligatoirement

- Sérologie de la toxoplasmose en cas de négativité du résultat.
- Numération formule sanguine.





Naitre en France

- Recherche de l'antigène HBs.
- Recherche d'agglutinines irrégulières. Si la recherche est positive, l'identification et le titrage des anticorps sont obligatoires.
- Glycosurie et albuminurie.

5^e consultation (7^e mois) : préconisée dans le lieu prévu d'accouchement

- Faire un examen clinique : prise de la pression artérielle, mesure du poids, mesure de la hauteur utérine, recherche des bruits du cœur.
- Identifier un besoin de suivi complémentaire et orienter la femme vers une filière de soins spécifiques.
- Rechercher des signes fonctionnels urinaires, la présence de contractions utérines.

Examens prescrits obligatoirement

- Sérologie de la toxoplasmose en cas de négativité du résultat.
- Glycosurie et albuminurie.

Examen à proposer systématiquement

- Échographie obstétricale entre 31 et 32 SA : diagnostic tardif des malformations pour une meilleure prise en charge périnatale.

6^e consultation (8^e mois)

- Faire un examen clinique : prise de la pression artérielle, mesure du poids, mesure de la hauteur utérine, recherche des bruits du cœur.
- Identifier un besoin de suivi complémentaire et orienter la femme vers une filière de soins spécifiques.
- Rechercher des signes fonctionnels urinaires, la présence de contractions utérines.
- Adresser la femme enceinte en consultation de pré-anesthésie pour évaluer les facteurs de risque anesthésiques en vue de l'accouchement.

Examens prescrits obligatoirement

- Sérologie de la toxoplasmose en cas de négativité du résultat.
- Deuxième détermination des groupes sanguins (ABO rhésus standard) si nécessaire.
- Recherche d'agglutinines irrégulières chez la femme rhésus négatif ou antérieurement transfusée. Si la recherche est positive, l'identification et le titrage des anticorps sont obligatoires.
- Glycosurie et albuminurie.

Examen à proposer systématiquement

- Prélèvement vaginal avec recherche de streptocoque B entre 35 et 38 SA.

Examen à proposer éventuellement en fonction de la symptomatologie

- Examen cytot bactériologique des urines (ECBU).

7^e consultation (9^e mois)

- Faire un examen clinique et des tests : prise de la pression artérielle, mesure du poids, mesure de la hauteur utérine, recherche des bruits du cœur.
- Identifier un besoin de suivi complémentaire et orienter la femme vers une filière de soins spécifiques.

- Rechercher des signes fonctionnels urinaires, la présence de contractions utérines.

- Adresser en consultation de pré-anesthésie pour évaluer les facteurs de risque anesthésiques de la mère en vue de l'accouchement (si non faite à la consultation du 8^e mois).

- Évaluer le pronostic obstétrical et discuter avec la femme du mode d'accouchement.

- Donner des consignes claires quant à la date à laquelle la femme enceinte doit se présenter dans le lieu d'accouchement si le terme est dépassé.

- S'enquérir à nouveau de l'environnement familial et professionnel de la femme enceinte pour s'assurer des conditions de sécurité de la mère et de son bébé. Informer la femme enceinte des interventions adaptées possibles et activer l'éventuelle intervention coordonnée d'une technicienne d'intervention familiale, d'une puéricultrice de PMI, du médecin traitant, du pédiatre, du psychologue, etc.

Examens prescrits obligatoirement

- Sérologie de la toxoplasmose en cas de négativité du résultat à la consultation précédente.
- Deuxième détermination des groupes sanguins (ABO rhésus standard) si non faite à l'examen du 8^e mois.
- Recherche d'agglutinines irrégulières chez la femme rhésus négatif ou récemment transfusée (si non faite à l'examen du 8^e mois). Si la recherche est positive, l'identification et le titrage des anticorps sont obligatoires.
- Glycosurie et albuminurie.

Examen à proposer systématiquement

- Prélèvement vaginal avec recherche de streptocoque B (entre 35 et 38 SA) si non fait à la consultation du 8^e mois.

Examen à proposer éventuellement en fonction de la symptomatologie

- Examen cytot bactériologique des urines (ECBU) en cas d'antécédents ou de diabète.

Examen postnatal dans les 8 semaines qui suivent l'accouchement

L'examen postnatal est obligatoire et peut être réalisé par un médecin spécialiste ou non (décret n° 92-143 du 14 février 1992) ou par une sage-femme si la grossesse a été normale et si l'accouchement a été eutocique (loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, titre VI, article 101).

- Cette rencontre permet de discuter avec la femme du vécu de l'accouchement et des suites de couches, et des éventuelles complications en période post-natale.


- La femme doit être encouragée à parler de la qualité des relations avec l'enfant et de toutes les questions qui la préoccupent comme le sommeil, l'alimentation, les pleurs de l'enfant, etc.

- Les signes évocateurs d'une dépression du *post-partum*, en particulier chez les femmes ayant présenté une dépression pendant la grossesse ou lors d'une grossesse précédente (utilisation du questionnaire

d'évaluation d'un état dépressif EPDS), doivent être recherchés. Dans ce cas, la qualité de l'environnement affectif doit être explorée avec la mère, ainsi que l'existence de supports pour les soins quotidiens auprès de l'enfant (conjoint, grands-parents, etc.).

- Des questions sur l'intimité du couple comme la reprise des rapports sexuels doivent être abordées ainsi que les difficultés éventuelles.

- La consultation doit être l'occasion de faire un

examen gynécologique, de réaliser un frottis de dépistage s'il date de plus de trois ans, d'aborder le mode de contraception souhaité par la femme ou le couple, la vaccination contre la rubéole, la rééducation du *post-partum* (prises en charge périnéo-sphinctérienne, pelvi-rachidienne et de la sangle abdominale) après évaluation du plancher pelvien, de la ceinture abdominale et du rachis et évaluation de la douleur dans chacun de ces domaines. 

Programme de suivi et contenu des consultations pour la surveillance d'une grossesse

Contenu	3 ^e mois	4 ^e mois	5 ^e mois	6 ^e mois	7 ^e mois	8 ^e mois	9 ^e mois
Examens obligatoires							
Examen clinique	•	•	•	•	•	•	•
Entretien individuel ou en couple	•	Évaluation par une sage-femme des besoins de prévention et d'éducation : séances de préparation à la naissance et/ou orientation vers des dispositifs d'aide et d'accompagnement					
HCG qualitatif	Si doute						
Diagnostic de grossesse	•						
Déclaration de grossesse	Avant 15 SA ¹						
Groupe sanguin	•					2 ^e détermination si non réalisée avant	
Recherche d'agglutinines irrégulières (RAI)	•	Si Rhésus négatif ou si antécédent de transfusion, poursuite des recherches d'agglutinines irrégulières mensuelles au cours du 6 ^e , 8 ^e et 9 ^e mois					
Identification et titrage des anticorps	Si RAI +			Si RAI +		Si RAI +	
Sérologie rubéole	• ²	Si résultat négatif : mensuelle jusqu'à 18 SA					
Sérologie syphilis	•						
Sérologie toxoplasmose	• ²	Si résultat négatif : mensuelle jusqu'au 9 ^e mois et après accouchement					
Recherche antigène HBS				•			
Glycosurie-albuminurie	•	•	•	•	•	•	•
Hémogramme				•			
Examens à proposer systématiquement							
Échographie obstétricale	Entre 11 et 13 SA + 6 j	Entre 20 et 22 SA			Entre 31 et 32 SA		
Marqueurs sériques (trisomie 21)	Entre 14 et 18 SA						
Sérologie VIH 1 et 2	•						
Prélèvement vaginal : recherche streptocoques B						Entre 35 et 38 SA	
Examens à proposer selon la symptomatologie ou les antécédents							
NFS	•						
ECBU	•		•			•	•
Frottis cervical	Si > 2 ans						

1. SA : semaine d'aménorrhée.

2. Sauf immunité acquise (résultats écrits).



Les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) dans le champ de la périnatalité

Les recommandations professionnelles¹ sont définies comme « des propositions développées selon une méthode explicite pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ».

Allaitement maternel – Mise en œuvre et poursuite dans les six premiers mois de vie de l'enfant (mai 2002)

Ces recommandations concernent l'allaitement dans les six premiers mois d'un enfant sain, né à terme. Elles répondent aux questions suivantes :

- Quels sont les avantages et les limites de l'allaitement maternel ?
- Qui, quand, où informer ? Quels rôles pour les professionnels ?
- Quand et où débiter l'allaitement ? Quel est l'impact de l'organisation du système de santé sur le début de l'allaitement ?
- Quels sont les facteurs clés de la réussite ou de l'échec de l'allaitement maternel ?
- Quels sont les facteurs de réussite ou d'échec de la pérennisation de l'allaitement maternel ?
- Quel suivi pour l'allaitement maternel ?
- Quelle nutrition faut-il préconiser pour la femme qui allaite ?
- Quelle contraception pour la femme qui allaite ?

Rééducation dans le cadre du *post-partum* (décembre 2002)

Ces recommandations évaluent l'efficacité des techniques de rééducation dans le cadre du *post-partum*, afin d'en préciser les indications et les modalités d'application. Elles répondent aux questions suivantes :

- Quelles sont les indications de la rééducation dans le cadre du *post-partum* ?
- Quels sont les bilans appropriés ?
- Quelles sont les modalités d'application des techniques de rééducation ?

Sortie précoce après accouchement – Conditions pour proposer un retour précoce à domicile (mai 2004)

Le retour précoce à domicile après accouchement (RPDA) peut répondre au désir des parents dans une optique d'optimisation de l'organisation des soins. Il ne doit pas être une contrainte subie ou non souhaitée. Les objectifs de ces recommandations sont de cerner le cadre dans lequel le RPDA peut être sûr, pertinent, bénéfique ; de définir les moyens et modalités à mettre en œuvre par les établissements et les professionnels, en distinguant ce qui dès à présent doit impérativement être respecté en vue d'un RPDA et en proposant pour l'avenir l'adaptation des moyens et des règles pour accroître le bénéfice du RPDA. Le développement potentiel de cette modalité de prise en charge et des coûts attendus qu'elle pourrait générer ont conduit à s'interroger sur l'impact économique du RPDA. Un argumentaire économique est ainsi développé dans ce rapport afin de donner des éléments d'information sur les aspects économiques du RPDA en France en 2004 et de discuter, à la lumière de l'analyse des publications internationales, des éléments à prendre en compte afin d'évaluer de manière rigoureuse cette pratique.

Comment mieux informer les femmes enceintes (avril 2005)

Ces recommandations décrivent l'ensemble des informations que les professionnels de santé impliqués en périnatalité doivent donner à la femme enceinte lors des consultations prénatales à l'occasion du suivi médical, ainsi que les conditions de délivrance de ces informations. Elles permettent aux professionnels de santé de bien informer la femme enceinte et le couple afin de les aider à prendre des décisions dans le cadre du suivi de la grossesse et de la naissance.

Elles abordent notamment le droit à l'information et les modalités de prise de décision concernant sa santé ; les modalités et l'organisation des soins ; le programme des consultations pré- et postnatales et leur contenu ; le dépistage des éventuelles difficultés psychiques ; la préparation à la naissance et à la parentalité, le mode de vie, la prise en charge des symptômes courants de la grossesse, le suivi de la femme enceinte, les divers dépistages à proposer, le développement et le bien-être du fœtus, les signes d'alerte durant la grossesse et en particulier à la fin.

Préparation à la naissance et à la parentalité (novembre 2005)

Ces recommandations accompagnent les mesures du Plan périnatalité 2005-2007 en proposant aux professionnels de santé impliqués en périnatalité une démarche qui vise à : préparer les couples à la naissance et à l'accueil de leur enfant au moyen de séances éducatives adaptées ; repérer les situations de vulnérabilité en prévention des troubles de la relation parents-enfants ; soutenir la parentalité par des informations et des repères sur la construction des liens familiaux ; favoriser une meilleure coordination des professionnels autour et avec la femme enceinte, de l'anténatal au postnatal.

Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées (mai 2007)

L'objectif des recommandations est d'aider au suivi de la grossesse normale et d'améliorer l'identification des situations à risque de complications maternelles, obstétricales et fœtales pouvant potentiellement compliquer la grossesse (hors accouchement) afin d'en adapter si besoin le suivi.

Ces recommandations précisent le type de suivi approprié en termes de professionnels de santé et de lieu d'accouchement requis *a minima* pour chacune des situations identifiées à risque (avant, au début et en cours de grossesse, en dehors des complications de l'accouchement lui-même non prévisibles préalablement). La prise en charge thérapeutique en cas de risque identifié n'est pas abordée.

Cette démarche vise à améliorer la qualité de l'accompagnement global et à mieux prendre en compte les souhaits des femmes et des couples.

1. Les recommandations sont téléchargeables sur le site de la HAS www.has-sante.fr.

Un nouveau carnet de santé maternité

Le carnet de santé maternité, créé par la loi du 18 décembre 1989, a été actualisé en juin 2007. Le carnet de santé maternité a pour buts de donner une information sur le déroulement du suivi médical de la grossesse, les droits, les obligations, les aides diverses, d'améliorer le suivi de la grossesse et la communication entre les professionnels de santé et du champ social qui suivront la femme jusqu'à la naissance et dans certaines situations de vulnérabilité après l'accouchement.

Le plan périnatalité 2005-2007 a prévu une information complète et continue des futurs parents au travers de trois dispositifs : les réseaux de périnatalité, une meilleure connaissance des conditions de choix des femmes et des couples pour le suivi de la grossesse et le carnet de maternité actualisé. Il a été demandé que soit précisé, dans le document d'information à destination des femmes et des couples, un certain nombre d'indications claires et détaillées sur les modalités de prise en charge de leur maternité.

L'élaboration d'un carnet de santé de maternité actualisé fait partie de ces mesures, ainsi que sa diffusion par le conseil général (arrêté du 21 juin 2007 relatif au modèle et au mode d'utilisation du carnet de grossesse dit « carnet de santé maternité. JO 173 du 28 juillet 2007), Cette mission a été confiée à la direction générale de la Santé.

Les questions posées et les principes respectés pour ce nouveau carnet

Deux questions liminaires ont été débattues, celle de la cible et celle du circuit de distribution qui conditionnent le contenu, la forme, la stratégie de diffusion du carnet.

La cible est la femme, le couple. Le carnet leur est destiné et leur appartient. Le praticien n'est plus visé directement ; il doit par contre compléter à chaque consultation le dossier périnatal « communicant », qui est un dossier propre à chaque réseau de périnatalité et qui doit être remis à la femme enceinte en même temps que le carnet de santé maternité. En dehors d'un suivi et d'un accompagnement par un réseau identifié, les modalités de circulation du dossier doivent être précisées (utilisation du dossier prénatal inclus possible).

Le circuit de distribution a été réfléchi afin que les femmes puissent obtenir un carnet de santé maternité dès le début de leur grossesse. Il a été envisagé que le carnet soit remis à la femme enceinte par le praticien (médecin ou sage-femme) participant ou adhérent à un réseau périnatal dès le premier contact, ou par les services de la PMI.

Le carnet de santé maternité soutient l'information

délivrée par les professionnels de santé à l'occasion de toute rencontre avec une femme enceinte. La primauté doit être donnée à l'information orale, car elle favorise le lien de confiance, la reconnaissance du savoir des parents et de celui des acteurs du réseau ; elle nécessite du temps, de la disponibilité, un climat relationnel alliant écoute et prise en compte des attentes de la personne soignée. Elle peut nécessiter d'être délivrée de manière progressive.

L'information écrite est un complément possible à l'information orale mais ne doit pas s'y substituer. Elle permet à la femme de s'y reporter. Elle doit se fonder sur des données scientifiques pertinentes ; elle doit être synthétique, hiérarchisée, compréhensible par le plus grand nombre de personnes, validée par des sociétés savantes et testée auprès des utilisateurs : lisibilité, compréhension, utilité, satisfaction, qualité des illustrations, etc.

Le carnet de maternité, un outil de promotion de la santé maternelle et familiale

Selon le Plan périnatalité 2005-2007, le carnet contient notamment des informations lui permettant de jouer son rôle éducatif pour les futurs parents vis-à-vis des risques pour l'enfant liés à la consommation, pendant la grossesse, d'alcool, de tabac ou de médicaments autoprescrits, ou encore de risques liés à certaines infections : « *Le carnet de santé maternité contient les informations nécessaires à la femme enceinte et au couple pour garantir le suivi de la grossesse conformément aux recommandations actuelles et le bon développement de l'enfant.*

Le partage des informations nécessaires aux différents professionnels impliqués dans les réseaux de périnatalité doit constituer une garantie de sécurité pour la femme et son enfant, en améliorant la cohérence du suivi de la grossesse et l'adhésion de la femme et du couple aux prescriptions médicales...

Les informations personnelles du carnet de santé de maternité seront intégrées à la définition du dossier médical personnel.»

Outre la nécessité pour chaque femme d'avoir un certain nombre d'informations sur ce qu'elle va vivre, ses émotions, son accompagnement familial et médical, le carnet de santé de maternité doit mieux servir les objectifs de promotion de la santé qui lui sont assignés.

Un parti pris entièrement nouveau pour la forme du carnet

Pour atteindre ses objectifs et accompagner la femme tout au long de sa grossesse, mais aussi au moment

Jacqueline Patureau
Médecin inspecteur
de santé publique,
direction générale de
la Santé



Sommaire du carnet de santé maternité

- L**e carnet comprend trois parties :
- un livret d'accompagnement de la grossesse qui comporte des espaces d'annotation pour la femme et les professionnels qui l'entourent ;
 - des fiches d'informations complémentaires situées dans le rabat de la première feuille de couverture ;
 - un dossier prénatal (de suivi médical), situé dans le rabat de la dernière feuille de couverture.

Les chapitres

- **Bien débuter votre grossesse :** explique l'intérêt de la surveillance de la grossesse et les démarches à entreprendre au fur et à mesure de la grossesse pour bénéficier des prestations liées à la maternité.
- **Bien vivre votre grossesse :** concerne les messages de prévention relatifs aux principaux risques liés au mode de vie, au travail. Une attention toute particulière a été portée à la cohérence des informations du carnet avec celles des programmes de prévention (PNNS, syndrome d'alcoolisation fœtale). La notion de réseau de professionnels¹ centré sur les besoins de la femme est abordée, le but étant de lui donner l'assurance d'un suivi cohérent et continu par les différents professionnels amenés à intervenir tout au long de ce suivi et après l'accouchement. Une large place est faite à la préparation à la naissance et à l'entretien du premier trimestre de la grossesse². Ce chapitre comporte aussi des informations administratives.
- **Le suivi de votre grossesse :** informations sur le dépistage des facteurs de risque médico-sociaux et psychologiques, sur les aspects médicaux de surveillance, la chronologie et le contenu des examens et l'intérêt de l'entretien individuel ou en couple du premier trimestre de la grossesse.
- **L'agenda de votre grossesse et le calendrier de votre grossesse,** à personnaliser : mois par mois, les démarches administratives, la programmation des consultations et des examens, ainsi que les séances de préparation à la naissance et à la parentalité.
- **Vos consultations et vos échographies :** des informations pour mieux comprendre les objectifs de chaque examen, notamment des échographies et le contenu de chaque consultation.
- **Accueillir votre enfant :** soins au bébé, les précautions à prendre pour sa sécurité, les modes d'alimentation, des explications sur la filiation, le nom de l'enfant, l'autorité parentale.
- **Après l'accouchement :** explique comment prendre soin de soi, les consultations à prévoir en particulier la consultation postnatale dite « de suites de couches », la contraception.
- **Autres rubriques :** les coordonnées des professionnels qui suivent et accompagnent la femme.
- **Fiches pratiques :** des informations complémentaires et détaillées : 1. Vous reposer, vous détendre, vous réorganiser. Préparation à la naissance, choisir le mode d'alimentation pendant la naissance ; 2. Bien manger, bien bouger ; 3. Examens complémentaires, contraception et suites de couches ; 4. Formalités administratives ; 5. Maternité et travail ; 6. Prestations à la naissance.
- **Dossier prénatal :** à remplir par les professionnels de santé. Il peut être remplacé par le dossier qu'eux-mêmes utilisent dans le réseau de soins. ↵

1. Circulaire DHOS/O1/O3/CNAMTS n° 2006-151 du 30 mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité.

2. Celui-ci a été créé par le Plan périnatalité 2005-2007 : cet entretien devait être proposé systématiquement, dans le cadre du suivi obstétrical, afin de ménager un temps de discussion suffisamment long (45 minutes environ) pour permettre à la femme et au couple qui le souhaitaient d'exprimer leurs besoins, leurs attentes, leurs difficultés, leur projet de naissance et de les informer sur les différents professionnels qui pourraient les aider. La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance a rendu cet entretien systématique.

de la naissance, et faire le lien avec le carnet de santé de l'enfant, le volume d'informations est conséquent. Le groupe de travail a proposé un format de présentation A4 (21 x 29,7cm) comme un grand cahier avec deux rabats et des fiches pour compléter ou détailler certaines informations contenues dans le carnet telles que des informations ou modalités spécifiques à chaque département du territoire français, un glossaire. Quant au style des illustrations, il rappelle volontairement celui du carnet de santé de l'enfant afin de faire le lien entre la période prénatale et le suivi de l'enfant. Un dossier prénatal de « secours », pouvant être utilisé si le dossier du réseau local n'est pas encore finalisé, est placé dans un des rabats.

Un consensus des experts sur la tonalité, le contenu et l'organisation de la maquette rapidement établi

La présentation de l'information n'est ni directive, ni inquiétante, ni culpabilisante, permettant de créer les conditions favorables au dialogue et ainsi de favoriser la participation active de la femme ou du couple. La « norme scientifique » est adaptée et des espaces prévus dans les pages du carnet invitent la femme à préparer les questions avant les consultations.

Les sources des informations sont valides, se référant notamment aux recommandations de la HAS.

La diffusion du carnet

Selon les termes de la loi, il appartient au président du conseil général de délivrer ou de faire délivrer le carnet lors du premier examen prénatal, c'est-à-dire au moment de la déclaration de grossesse, à la quinzième semaine de grossesse. De fait, il importe que la remise à la femme enceinte ait lieu le plus tôt possible. Il appartient donc au président du conseil général d'organiser le circuit de diffusion en faisant appel au service de protection maternelle qui se chargera de mettre à disposition des praticiens, médecins ou sages-femmes, effectuant des déclarations de grossesse, un lot de carnets correspondant à cette activité. Il importe que la caisse d'allocations familiales et la caisse primaire d'assurance maladie puissent disposer de carnets pour optimiser la distribution. Le carnet, dont le contenu ne peut être modifié, peut néanmoins être complété par des informations propres au département, comme les consultations de PMI, les adresses des services sociaux, une campagne locale d'éducation pour la santé, des relais associatifs, les coordonnées des réseaux de proximité, etc.

Et après ?

Les femmes, les couples et les praticiens devront s'approprier ce carnet qui devrait contribuer à modifier la relation praticien-femme enceinte, donc la pratique professionnelle et le vécu des femmes et des couples. Le nouveau carnet de maternité devra faire la preuve de sa pertinence et de son efficacité dans le cadre de l'évaluation du Plan périnatalité en 2009. ↵

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-


inition 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

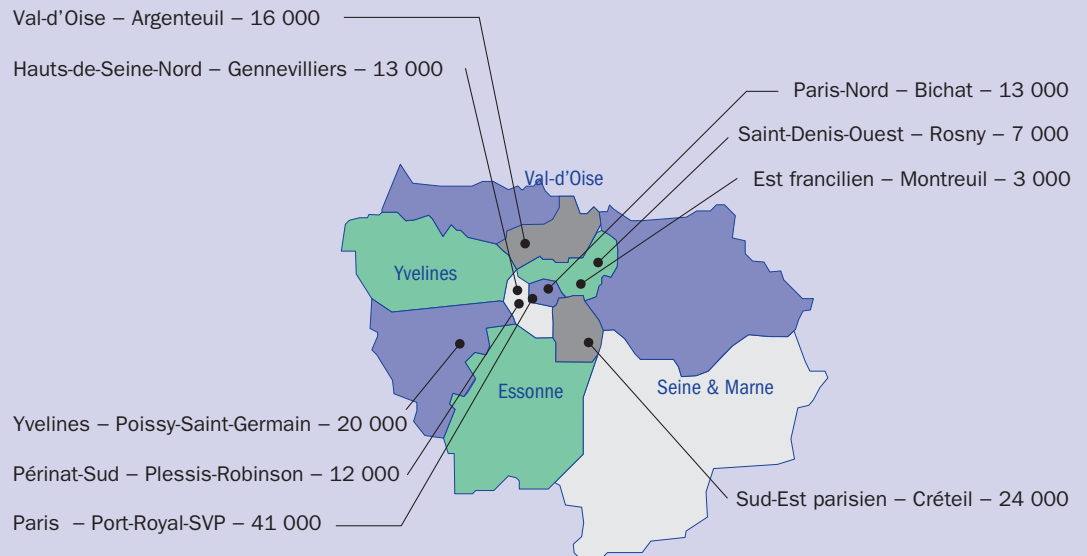
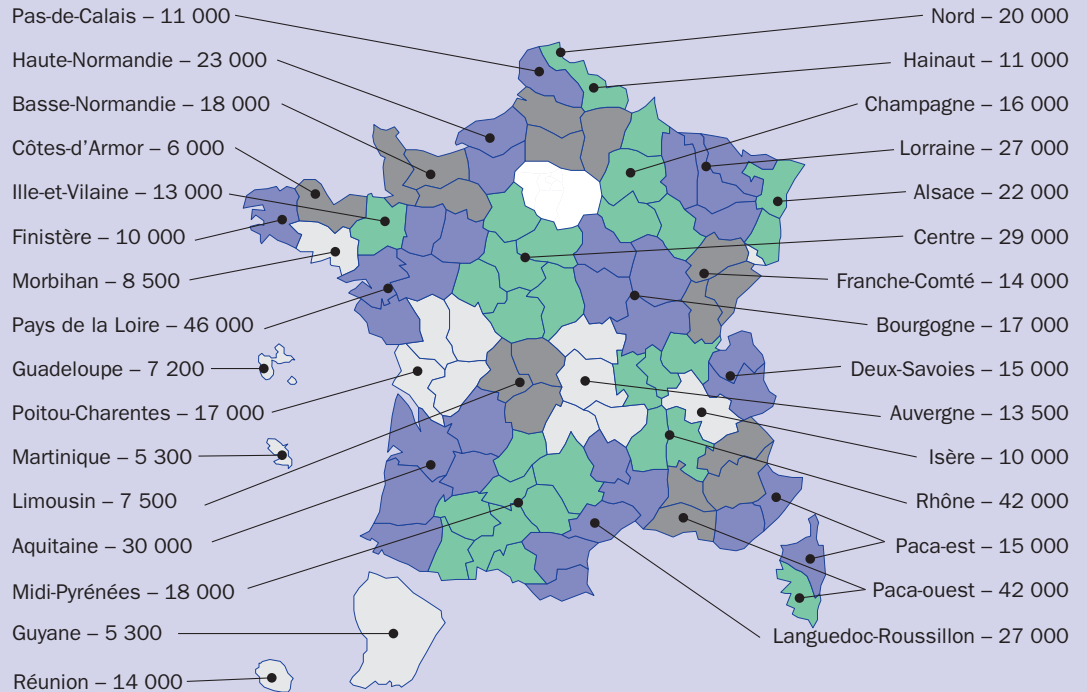
Les grandes lignes de l'activité des trois niveaux de maternités

- 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