



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