

**PRESENTATION DU
RAPPORT
« MISSION PERINATALITE »**

G. Bréart

F. Puech

JC. Rozé

LA PERINATALITE

Le passé récent : que s'est-il passé depuis 10 ans ?

- 1993 : Haut Comité de la santé publique :
 - hiérarchisation des maternités
 - organisation en réseau

LA PERINATALITE

Le passé récent : que s'est-il passé depuis 10 ans ?

- 1993 : Haut Comité de la Santé Publique
- 1994 : le Plan « Périnatalité » 16 mesures
- 1994 : Décrets « sécurité anesthésique »
- 1994 : Lois bio-éthiques
- 1996 : Ordonnances : régionalisation
- 1998 : Décrets « périnatalité »
- 2002 : Loi du 4 mars 2002 : droit des malades et qualité du système de santé
- 2002 : Mission « périnatalité » : G. Bréart, F. Puech, JC Rozé

Mission périnatalité

Remerciements : Nous remercions toutes les personnes qui nous ont aidés pour la réalisation de ce travail et en particulier toutes celles qui ont accepté de nous rencontrer. Ces propositions doivent beaucoup aux rapports que nous avons consultés. Nous tenons à remercier également les personnes de la **DHOS** qui nous ont beaucoup aidés.

- **Personnalités rencontrées**

Mesdames et Messieurs

Abenhaim, Benhamou, Blanc, Christol, Collet, Cousin, D'Ercole, Dalloul, Dauphin, Dehan, Fontaine, Frydman, Gaebel, Giraud, Gouyon, Hermange, Hernandorena, Laffitte, Lejeune, Lequien, Levy, Marès, Moléna, Mouton, Naiditch, Nicolas, Papiernik, Péricard, Putet, Robinet, Simeoni, Sureau, Tournier, Treisser, Uzan, Vialle.

- **Institutions ou associations**

Société Française de Médecine Périnatale, Fédération hospitalière Française, Fédération de l'Hospitalisation Privée, Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français, Fédération Nationale des Pédiatres Néonatalogistes, Organisation Nationale des Syndicats de Sages-Femmes, Collège des Sages-Femmes, Conseil de l'ordre des Sages-Femmes, Syndicat National des Gynécologues Obstétriciens de France, Collège des Gynécologues Obstétriciens des Hôpitaux Généraux Non Universitaires, AUDIPOG, Syndicat des pédiatres libéraux

- **Groupes de travail**

- SROSS Pédiatrique,
- Réanimation mixte,
- Plateaux techniques,
- Aménagement des décrets sur la périnatalité de 1998
- ARH Dom Tom
- Etats Généraux de la Naissance

LA PERINATALITE

Le passé récent : que s'est-il passé depuis 10 ans ?

- 1993 : Haut Comité de la Santé Publique
- 1994 : le Plan « Périnatalité » 16 mesures
- 1994 : Décrets « sécurité anesthésique »
- 1994 : Lois bio-éthiques
- 1996 : Ordonnances : régionalisation
- 1998 : Décrets « périnatalité »
- 2002 : Loi du 4 mars 2002 : droit des malades et qualité du système de santé
- 2002 : Mission « périnatalité »
- 2003 : Les Etats Généraux de la Naissance
- 2003 : Les Propositions de la Mission
- 2004 : vers un nouveau « Plan Périnatalité » ?

Etats généraux de la naissance juin 2003

- **Constats :**

- difficulté majeure de communication entre les différents professionnels de la naissance et entre les professionnels et les usagers
- insuffisance de l'offre et de l'organisation des soins
 - > médicalisation parfois excessive et systématique
 - > blocage de la mise en place de la politique de régionalisation
 - > difficultés de prise en charge des grossesses pathologiques
 - > insatisfaction des professionnels
 - > insatisfaction des usagers
- démographie des professionnels

1. Proposer une « nouvelle » politique périnatale

- Assurer la sécurité médicale, sociale et émotionnelle des femmes enceintes et de leur enfant
- Permettre une égalité d'accès à des soins adaptés,
- Répondre aux différentes attentes des usagers,
- Maintenir une diversité de l'offre de soins,
- Améliorer les conditions de travail des professionnels en leur permettant d'exprimer pleinement leurs compétences,
- Tenir compte des contraintes démographiques et réglementaires.

Les propositions

- **1. Proposer une nouvelle politique périnatale**
- **2. Permettre à la femme d'élaborer un projet de suivi de grossesse et de naissance**
- **3. Assurer une prise en charge psychosociale**
- **4. Evaluer la mise en place de maisons de naissance**
- **5. Adapter les décrets de 1998 et préciser leur mise en œuvre**
- **6 Planifier et anticiper les restructurations**
- **7. Répondre aux besoins de proximité**
- **8. Renforcer le fonctionnement en réseau**
- **9. Organiser le transport des mères et des nouveau-nés**
- **10. Mieux ajuster l'offre de soins en néonatalogie et en obstétrique**

Les propositions

11. Redéfinir les métiers de la périnatalité, et proposer des pistes pour répondre à la crise démographique
12. Améliorer la place de l'utilisateur dans le système de soins périnataux
13. Gérer le risque en périnatologie
14. Proposer un financement propre à la périnatologie
15. Mettre en place un dossier de suivi
16. Evaluer la politique et les pratiques périnatales
17. Développer la recherche
18. Mettre en place un suivi et une prise en charge à long terme pour les nouveau-nés à risque
19. Proposer un guide méthodologique pour la recomposition
20. Mettre en place un plan périnatalité

Un de ses objectifs :

- Dans **les situations à très haut risque**, la qualité des soins a un rôle pronostique majeur. Par conséquent, l'organisation des soins doit être telle qu'elle garantisse un accès à des soins de qualité pour toutes les femmes et tous les nouveau-nés.
- Si la nécessité de soins intensifs ne fait aucun doute dans les situations à haut risque, le débat est beaucoup plus ouvert **dans les situations à faible risque**. Dans ces situations, il a été montré que l'excès de surveillance pouvait être iatrogène. Les données disponibles laissent penser qu'il faudrait 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.

2. Permettre à la femme d'élaborer un projet de suivi de grossesse et de naissance.

Le début de la grossesse doit permettre :

- de reconnaître le caractère physiologique, à bas risque, de la plupart des grossesses
- d'informer la patiente sur l'offre de soins périnataux
- d'évaluer le risque « psycho-social » (confère proposition 3).
- Ceci doit être fait à l'occasion de la consultation de début de grossesse réalisée par un professionnel appartenant au réseau de soins périnataux local (gynécologue-obstétricien, sage-femme, médecin généraliste, PMI). Le caractère à "haut risque" ou à "bas risque" obstétrical peut se repérer au début puis en cours de grossesse, permettant aux patientes à bas risque de choisir un mode de prise en charge de la grossesse et de l'accouchement sans l'intervention de techniques de surveillance non nécessaires. Ce mode de prise en charge, devrait concerner (en début de grossesse) la grande majorité de la population.

[information des usagers - réseaux](#)

3. Assurer une prise en charge « psychosociale »

- L'organisation des soins doit dépasser les soins purement médicaux pour s'ouvrir au « psychosocial ».
- **La « consultation du 4^o mois »** qui est en réalité un entretien est un outil de dépistage majeur car il est une ouverture du dialogue, crée un climat de confiance et ainsi permet de dépister toute forme d'insécurité (couple, famille, précarité) pouvant entraîner des complications sur le "lien parent-enfant" mais aussi sur la pathologie de la grossesse. Les sages-femmes sont les mieux préparées à cet entretien.
- **Modalités : ajouter une consultation avant la fin du 3^o mois ou prendre la 1^o séance de préparation à la naissance**
- **Promouvoir la collaboration médico-psychologique en maternité**

4. Evaluer la mise en place de maisons de naissance

- Dans le cadre de cette nouvelle politique qui comporte une ouverture à une nouvelle conception de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement à "bas risque", les sages-femmes ont la totale compétence pour prendre en charge de façon autonome, le suivi de la grossesse et de l'accouchement physiologique.

Structures attenantes à des plateaux techniques publics ou privés sous condition de protocolisation des pratiques professionnelles et de conventions entre ces structures

et/ou identification d'espaces physiologiques au sein des établissements

5. Adapter les décrets 1998

- Les décrets de 1998 sur l'organisation de la périnatalité ont permis d'améliorer les soins périnataux. La régionalisation, la mise en complémentarité des établissements au sein de réseau, l'organisation des "transferts in utero" ont permis de proposer une offre de soins plus cohérente.
- La présente réflexion se propose de confirmer la direction empruntée, de consolider et d'amplifier certains aspects de cette évolution en particulier :
améliorer la prise en charge du risque obstétrical

6. Planifier et anticiper les restructurations

- Les restructurations, pour être acceptées, doivent être planifiées et organisées à l'échelon local, après consultation et discussion avec les usagers et les professionnels en vue de mettre en place le meilleur service possible à la population. Cela implique donc que les possibles restructurations soient discutées à l'avance pour que chacun puisse présenter les difficultés qu'il ou qu'elle anticipe et que la recombinaison éventuelle soit le résultat d'une information mutuelle et d'un partenariat entre décideurs, acteurs de santé et usagers.

contraintes démographiques

évolution sociologique des jeunes praticiens

mutualisation entre les secteurs publics et privés

prise en compte dans la réflexion de l'environnement et concertation avec

l'ensemble des maternités voisines

7. Répondre aux besoins de proximité

- La réponse aux besoins de proximité doit être organisée en tenant compte des réalités locales.
- Le maintien de la possibilité de l'accouchement à distance d'un plateau technique chirurgical est possible à la condition d'une identification rigoureuse des grossesses à bas risque. Les conditions de fonctionnement sont celles précisées par le groupe de travail du ministère « plateaux techniques ».
- La réponse de proximité peut revêtir d'autres formes : recentrer l'activité du centre sur le pre partum et le post partum et ne plus assurer le per partum. Le centre de proximité organise des consultations avancées en prepartum, et la prise en charge des suites de couches.

accessibilité géographique, « chronométrique », socio-économique

8. Renforcer le fonctionnement en Réseau

- les réseaux doivent non seulement réguler la coopération inter hospitalière public-privé dans le domaine de la périnatalogie mais couvrir également l'amont et l'aval, c'est-à-dire l'organisation :
 - du suivi de grossesse en amont : réseau ville-hôpital
 - du suivi du nouveau-né en aval présentant une déficience d'origine périnatale et à risque de développer un handicap
- Les professionnels doivent pouvoir être mobiles au sein du réseau afin de favoriser les relations entre les équipes et la formation médicale continue

démarche qualité garantie par le respect des recommandations spécifiques faites aux professionnels dans le cadre d'un cahier des charges-type dédié à la périnatalité et par l'évaluation des pratiques mises en œuvre au sein des réseaux

9. Transport des mères et des nouveau-nés

- L'organisation en réseau et la centralisation inévitable des plateaux techniques imposent [que les problèmes de transport soient réglés](#).
- [Pour les mères](#), il faut élaborer des recommandations pour les appels SAMU pour accouchement extrahospitalier, pour la régulation concernant les transports médicalisés et paramédicalisés. Ces transports doivent être protocolisés au sein des services de SAMU-SMUR. Un groupe de travail devrait émettre des recommandations.
- [Pour le transport des enfants](#), il existe une très grande hétérogénéité sur l'ensemble du territoire. Certaines régions n'ont toujours pas de transport pédiatrique. Bien que le nombre de transports ait tendance à diminuer si le fonctionnement en réseau est efficient, ce mode de transport doit non seulement être maintenu pour maintenir une égalité de chance mais doit être mieux organisé.

10. Mieux ajuster l'offre de soins en néonatalogie et en obstétrique

La mise en place des réseaux s'est accompagnée de difficultés liées à une insuffisance d'offre de soins :

Enquête nationale a été réalisée par la Fédération Nationale des Pédiatres néonatalogistes : meilleure appréciation des besoins pour maintenir le principe d'équité devant les soins

En Obstétrique ce « travail » doit être réalisé pour adapter l'offre de soins en ce qui concerne les grossesses pathologiques : nombre de personnels médicaux et non médicaux nécessaires pour assurer la permanence des soins en fonction du niveau de prise en charge du risque obstétrical

11. « Redéfinir » les métiers de la périnatalité, et proposer des pistes pour répondre à la crise démographique.

6266 postes à créer (1610, 1193, 2035, 1328)

- Les Gynécologues Obstétriciens
- Les sages-femmes
- Les Anesthésistes-Réanimateurs
- Les pédiatres
- Les médecins généralistes
- Les puéricultrices

Les gynécologues-obstétriciens

- Evolution de la profession : extension des champs d'activité
- Judiciarisation de la pratique
- Evolution des statuts vis à vis de la charge de travail en secteur public et des mentalités (pénibilité, stress)
- Maintenir une attractivité suffisante dans l'exercice de l'obstétrique
- Maintenir le choix du mode d'exercice et le secteur d'activité et la possibilité d'en changer
- Organiser la « mobilité »
- **Maintenir la filière et mettre en adéquation le nombre de postes d'internes avec les nécessités démographiques et les possibilités de formation**
- **Assurer un post-internat en augmentant le nombre de postes de CCA et en créant des postes d'assistantat dans les CHU**

Les sages-femmes

- Réserver en priorité aux sages-femmes la surveillance et l'accompagnement des femmes enceintes tout au long de la grossesse quand elle est physiologique et de leur préparation à la naissance
- Faire une large part au respect de la physiologie de l'accouchement
- Modalités d'organisation des pratiques
 - responsabilisation des sages-femmes en secteur public
 - activité libérale en établissement privé régi par un contrat entre sages-femmes et établissement
 - préserver le choix du praticien par les usagers (sages-femmes salariées en secteur libéral)
- Demande de réforme des études : reconnaissance du diplôme à BAC+5
- Démographie très insuffisante si évolution des pratiques : planification sur 10 ans

Les anesthésistes

- 4 missions : anesthésie, réanimation, prise en charge de la douleur, traitement des urgences
- Activité réglementée par le décret 94-1050 du 5 dec 1994 et par les décrets 1998
- Fortes inégalités de charge de travail entre les établissements
- Fortes disparités démographiques entre les régions
- Nécessité de maintenir un nombre suffisant de postes d'internes en AR, déficit en AR si absence de restructurations

Les médecins généralistes

Réseau ville-hôpital

Communication

Concertation

Collaboration

Coordination

Formation

12. Améliorer la place de l'utilisateur dans le système de soins périnataux

- Les usagers sont amenés à être de vrais interlocuteurs des structures de santé, des professionnels de la naissance et des décideurs politiques.
- il est nécessaire que les femmes enceintes et leur partenaire soient informés de l'offre de soins dans la zone où elles vivent et qu'ils aient un rôle actif dans le choix de leur filière de soins, du lieu de leur accouchement et de l'organisation du post-partum

les « usagers » doivent être représentés dans toutes les instances où est discutée la politique périnatale (Réseau, CRN, ARH...)

13. Gérer la notion de risque en périnatalogie

- Quelle que soit l'organisation des soins, les accidents sont toujours possibles et aucune organisation ne peut garantir un risque nul, et ce d'autant moins que l'excès de précautions, par exemple en augmentant les examens de dépistage ou les interventions, peut aussi être porteur de risque. Par conséquent, la garantie que peuvent proposer les professionnels est celle d'organisation de cercles de qualité.

14. Proposer un financement propre à la périnatalogie

- Aucun financement propre n'a jamais accompagné la mise en place des décrets de 1998 ;
- Les difficultés de la mise en place des décrets de 1998 tiennent en partie à l'absence de financement spécifique

15. Mettre en place un dossier de suivi

- Le carnet de maternité est l'outil le plus simple pour partager l'information. Il doit être mieux utilisé. Il faut favoriser son utilisation par des mesures incitatives.
- Une forme plus élaborée est le dossier informatique périnatal partagé entre praticiens au sein des réseaux, dossier dont la patiente possède la clef. Différents dossiers ont été proposés. Avec un minimum de volonté politique, il semble relativement facile de faire partager un tel dossier par des établissements de santé ; l'étape suivante est de partager l'information avec l'ensemble des acteurs en particulier ceux du secteur libéral. Un rapprochement entre réseau de soins périnataux et les URML devrait permettre d'avancer sur ce sujet.

16. Evaluer la politique et les pratiques périnatales.

Cette évaluation doit être menée à plusieurs niveaux : national, régional, et au niveau des réseaux. Les principaux outils pour mener cette évaluation sont :

- les certificats de santé de l'enfant,
- les certificats de décès,
- le PMSI,
- l'enquête nationale périnatale,
- les dossiers partagés au sein d'un réseau (par exemple AUDIPOG).

17. Développer la recherche

- La recherche en périnatalité et, plus généralement, en reproduction est insuffisamment développée en France ; ceci concerne aussi bien la recherche cognitive que la recherche clinique et en santé publique.

Thèmes : étiologies des principales pathologies, évaluation des pratiques, organisation des soins, profil génétique et pathologies périnatales....

18. Mettre en place un suivi et une prise en charge a long terme des nouveau-nés à risques.

19. Proposer un guide méthodologique pour la recomposition

lorsqu'une restructuration s'avère nécessaire & si celle-ci aboutit à une proposition de fermeture d'un lieu d'accouchement et à sa transformation en CPP ou maison périnatale, il est important que ce centre :

- soit lié à un ou deux établissements assurant les accouchements,
- que le personnel soit rattaché à ces établissements,
- que les femmes puissent avoir accès à une permanence téléphonique 24 heures sur 24. Celle ci peut être assurée par ou en liaison avec le centre 15.
- qu'il ait organisé avec le SAMU le transport des femmes enceintes au moment de l'accouchement, pour que les équipes puissent prendre en charge un accouchement inopiné.

20. Mettre en place un plan périnatalité

- Compte tenu des conséquences importantes en terme de santé publique des événements de la période périnatale, l'amélioration des résultats doit être considérée comme une priorité.
- Il apparaît que des modifications importantes de la politique périnatale doivent être mises en place. Un plan périnatalité, pluri-annuel, devrait être bâti pour assurer la cohérence entre les différentes mesures proposées.
- La discussion du contenu et le suivi pourrait être fait par la [commission nationale de la naissance](#) qui devrait comprendre, outre des représentants des professionnels, des représentants des usagers.