

UNIVERSITE DE REIMS

FACULTE DE MEDECINE

ANNEE 2007

N°

THESE

DE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

Présentée et soutenue publiquement

Le 23 Mai 2007

par LEMEILLE Catherine

Née le 28 Février 1978 à REIMS (Marne)

**Suivi des grossesses et des nouveau-nés par les médecins
généralistes :
Situation actuelle dans la Marne et évolution vers un travail
en réseau**

COMPOSITION DU JURY :

PRESIDENT : Monsieur Le Professeur Patrice MORVILLE

MEMBRES : Monsieur Le Professeur Pierre MEYER
Monsieur Le Professeur René GABRIEL

DIRECTEUR : Monsieur Le Docteur Dominique DEPINOY

UFR DE MEDECINE

Etablissement public à caractère scientifique et culturel

Année universitaire 2006-2007

Doyen, Directeur de l'U.F.R.

M.François-Xavier MAQUART

PROFESSEURS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

François BLANCHARD

**Epidémiologie, Economie de la
santé, Prévention**

Jacques CHANARD

Néphrologie

Salim DAOUD

Chirurgie infantile

Jean-Michel PINON

Parasitologie et mycologie

PROFESSEURS DE PREMIERE CLASSE

Bernard BAEHREL

Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire

Marie-Hélène BERNARD

Médecine Légale et droit de la santé

Philippe BERNARD

Dermato-vénérologie

Philippe BIREMBAUT

Cytologie et histologie

André CHAYS	Oto-Rhino-Laryngologie
Claude CLEMENT	Chirurgie vasculaire
Jean-François DELATTRE	Anatomie
Alain DUCASSE	Ophthalmologie
Jean Paul ESCHARD	Rhumatologie
Jean-Claude ETIENNE	Médecine interne
Jean-Bernard FLAMENT	Chirurgie générale
Philippe GILLERY	Biologie et recherche pédiatriques
Dominique GAILLARD	Génétique
François LEBARGY	Pneumologie
Gérard LEFORT	Chirurgie infantile
Alain LEON	Anesthésie et réanimation chirurgicale
François-Xavier MAQUART	Biochimie et biologie moléculaire
Bernard MENANTEAU	Radiologie et imagerie médicale

Patrice MORVILLE

Pédiatrie

Jacques MOTTE

Pédiatrie

Michel PLUOT

Anatomie et cytologie pathologiques

Christian QUEREUX

Gynécologie et obstétrique et gynécologie médicale

Gérard REMY

Maladies infectieuses

Pascal ROUSSEAUX

Neuro-chirurgie

Gérard SCHMIT

Pédopsychiatrie

Philippe SEGAL

Chirurgie orthopédique et traumatologie

PROFESSEURS DE DEUXIEME CLASSE

Michel ABELY

Pédiatrie

Claude AVISSE

Anatomie

Serge BAKCHINE

Neurologie

Eric BERTIN

Nutrition

Olivier BOUCHE

Gastro-entérologie et Hépatologie

François BOYER

Médecine Physique et Réadaptation

Guillaume CADIOT

Gastro-entérologie et Hépatologie

Jean CARON

Endocrinologie et maladies métaboliques

Christine CLAVEL

Biologie Cellulaire

Jacques COHEN

Immunologie

Christophe DE CHAMPS DE SAINT LEGER

Bactériologie-Virologie

Hygiène Hospitalière

Emile DEHOUX	Chirurgie Orthopédique et traumatologie
Brigitte DELEMER-COMTE	Endocrinologie et maladies métaboliques
Alain DELMER	Hématologie Clinique
Frédéric DESCHAMPS	Médecine du travail et des risques professionnels
Marie-Danielle DIEBOLD	Anatomie et cytologie pathologiques
Vincent DURLACH	Thérapeutique
Jacques ELAERTS	Cardiologie et maladies vasculaires
René GABRIEL	Gynécologie et obstétrique Gynécologie médicale
Florent GRANGE	Dermatologie
Roland JAUSSAUD	Médecine interne
Damien JOLLY	Epidémiologie, Economie de la santé et prévention
Jean-claude LIEHN	Biophysique et médecine nucléaire

Frédéric LIMOSIN	Psychiatrie adultes
Jean Marc MALINOVSKY	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Claude MARCUS	Radiologie et imagerie médicale
Pierre MAURAN	Physiologie
Damien METZ	Cardiologie et maladies vasculaires
Hervé MILLART	Pharmacologie fondamentale Pharmacologie clinique
Jean Nicolas MUNCK	Cancérologie Radiothérapie
Pierre NAZEYROLLAS	Thérapeutique-Affectation en cardiologie
Tan Dat NGUYEN	Cancérologie Radiothérapie
Philippe NGUYEN	Hématologie
Jean-Luc NOVELLA	Epidémiologie, Economie de la santé et prévention
Jean-Pierre PALOT	Chirurgie générale
Jean-Loup PENNAFORTE	Médecine interne

BIBLIOTHECAIRE : Melle Agnès FALLER

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS :

M. Marcellin GUILLEMIN

A notre Maître et Président de thèse,

Monsieur le Professeur Patrice Morville
Professeur de Pédiatrie.

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury.

Veillez recevoir notre profonde reconnaissance pour vos enseignements,
enrichis de votre grande culture.

Votre implication pour l'amélioration des pratiques, tant sur un plan purement
médical que sur un plan organisationnel, resteront un exemple pour nous.

A Monsieur le Professeur René Gabriel,
Professeur de Gynécologie et d'Obstétrique.

Votre présence dans ce jury nous honore.

Veillez recevoir nos remerciements sincères pour vos enseignements théoriques et pratiques tout au long de nos études, et l'expression de notre respectueuse gratitude.

A Monsieur le Professeur Pierre Meyer,
Professeur associé de Médecine Générale.

Vous nous faites l'honneur d'accepter de faire partie de ce jury.

Nous vous en remercions.

Nous vous sommes reconnaissants de votre volonté et votre engagement pour développer la formation en médecine générale.

A notre directeur de thèse,
Monsieur le Docteur Dominique Depinoy,
Maître de Conférence associé de Médecine Générale.

Pour avoir spontanément accepté de diriger ce travail de thèse,
pour vos encouragements et votre aide, sur le fond et sur la forme, de ce travail,
pour votre point de vue moderne (visionnaire ?) de la médecine générale,
soyez chaleureusement remercié.

A Benoit.

Pour ton amour et ta patience, qui m'ont soutenus tout au long de ce travail et de ces longues années d'étude. Avec mes excuses pour t'avoir transformé bien souvent en paratonnerre.

A Claire, Barnabé, à celle, et à ceux qui suivront.

Recevez tout mon amour. Vous avez dû être patients également, sans trop comprendre.

Merci aussi à Oui oui, Tchoupi, Baloo et les autres qui ont permis parfois de canaliser les forces de vie en ébullition à la maison et de faciliter ce travail.

A ma mère, partie trop tôt.

Il y a tant de choses que j'aurais aimé partager avec toi.

A Dieu.

A mon père.

Pour ton soutien tout au long de ces années. Tu as toujours été disponible, sans t'imposer. Sois en chaleureusement remercié.

A Anne-Marie et Philippe, mes beaux-parents.

Vous vous êtes montrés toujours disponibles et pleins d'attention. Nous tenons sincèrement à vous remercier. Soyez sûrs de notre affection fidèle, même dans l'éloignement.

Au Docteur Fabien Vitry, pour votre aide sur la partie technique statistique de ce travail .

Aux différents médecins qui m'ont transmis leur passion de la médecine générale.

A tous mes amis.

Par délibération en date du 09 Février 1968, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

1 INTRODUCTION

Depuis les années 1970, d'énormes progrès dans le domaine périnatal ont été accomplis, sur le plan des connaissances scientifiques comme d'un point de vue organisationnel. Ces avancées ont permis une amélioration notable des différents indicateurs démographiques (mortalité maternelle, mortalité foeto-infantile et morbidité néonatale).

L'évolution de la politique périnatale en France, se fait, depuis les années 1990, vers une prise en charge de l'accouchement en fonction du niveau de risque. Les « décrets sur la périnatalité » de 1998 (45 et 46) ont ainsi « gradué » les maternités en trois niveaux, et les ont reliées entre elles de façon plus ou moins formelle, au niveau régional, dans des « réseaux inter-établissement ». (69) Cette organisation a permis de nets progrès dans le domaine périnatal, en particulier grâce aux transferts anté-natals.

Toutefois, comme le souligne en 2003 le rapport de la « mission périnatalité » (10), « en matière de résultats, la France occupe une position moyenne en Europe ».

Depuis le début des années 2000, apparaît une volonté de reconsidérer la grossesse comme un « acte humain naturel » et de réduire une éventuelle « surmédicalisation » des grossesses ne posant pas de problème (25) . Le même rapport de la Mission périnatalité précise : « 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. (...) Les données disponibles laissent penser qu'il faudrait 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 périnatals dans les années à venir. » (10)

Nous semblons nous orienter, depuis lors, vers une prise en charge de la grossesse adaptée au niveau de risque, à l'instar de l'accouchement. « Pour les grossesses à bas risque, la sage-femme et le médecin généraliste sont les acteurs privilégiés » déclare même en 2004 F. PUECH, gynécologue obstétricien de l'hôpital Jeanne de Flandre à Lille, aux 34èmes journées nationales de la Société Française de Médecine Périnatale (42)

Cette évolution tient compte également d'un « contexte de pénurie » (23) de gynécologues-obstétriciens (et de pédiatres) nécessitant une nécessaire meilleure répartition des rôles au service des patients et de leur famille.

F. PUECH, souligne dans la même intervention que « la surveillance optimale est un

compromis entre des intérêts ou des préoccupations de plusieurs ordres : ordre médical (...), ordre financier (...), ordre démographique (...), ordre des « usagers » (...) et ordres psychologique et social ».

De par sa place de « médecin de famille » le médecin généraliste est amené à participer au suivi des grossesses et des nouveau-nés. La formalisation de cette participation, au sein d'un réseau de périnatalité, en collaboration avec des spécialistes pédiatres et gynécologues-obstétriciens, peut être l'occasion, pour les généralistes

- 1) de retrouver une place, éventuellement « perdue » du fait d'un manque de confiance ou de reconnaissance de ses compétences de la part des patientes ;
- 2) d'assurer une prise en charge optimisée par une amélioration de ses connaissances, une aide au suivi et une collaboration plus efficace avec ses confrères spécialistes.

Nous décrivons tout d'abord, dans ce travail de thèse, l'évolution des différentes politiques périnatales en France de 1970 à nos jours, qui a conduit à cette nouvelle conception de prise en charge des grossesses et des nouveau-nés, en réseau pluridisciplinaire. Nous verrons ensuite différents exemples de réseaux de périnatalité existants.

Puis nous essaierons de décrire la situation actuelle de notre département, à l'aide de deux enquêtes déjà réalisées sur le suivi des grossesses (l'une régionale en 2001 et l'autre dans le département de l'Aube en 2003), complétée par une nouvelle étude réalisée dans le cadre de cette thèse en 2006.

Cette dernière recherche a été effectuée auprès de femmes venant d'accoucher et de médecins généralistes, dans le département de la Marne. L'objectif était de cerner la place qu'occupent actuellement les médecins généralistes du département dans le suivi des grossesses et des nouveau-nés, de comprendre les attentes et les motivations des patientes concernant le choix de leur suivi et de celui de leur enfant, et de sonder l'expérience professionnelle des médecins généralistes.

Quelle place peuvent occuper les médecins généralistes dans un réseau de périnatalité tel que celui de Champagne-Ardenne ? C'est, enfin, la question à laquelle nous essaierons de répondre.

2 EVOLUTION DE LA POLITIQUE PERINATALE EN FRANCE : VERS UN TRAVAIL EN RESEAU

2.1 DE 1970 A 1985 : MISE EN PLACE D'UNE POLITIQUE DE PERINATALITE

2.1.1 **Elaboration du premier programme de périnatalité inscrit dans le sixième plan quinquennal (1970-1975)**

(Réf. 11, 12, 62)

2.1.1.1 **Contexte et modalités**

Cette époque peut être considérée comme les débuts de la périnatalité en tant que telle.

Le gouvernement réuni fin 1969, par le biais de son Ministre de la santé publique et de la sécurité sociale, R. BOULIN, un groupe de travail chargé de définir les priorités et les actions dans le domaine de la santé. Il place les problèmes de la naissance en tête de ces priorités, devant les accidents et traumatismes, les problèmes de personnes âgées de l'alcoolisme, des maladies mentales et rhumatismales.

A partir de ce moment, le Ministère met en place un équipe dirigée par M.T. CHAPALAIN, administrateur de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), chargée de préparer les décisions ministérielles selon une méthode nouvelle en France, importée des Etats-Unis, de rationalisation des choix budgétaires dite RCB.

Cette méthode comporte une analyse « coût / résultat » des actions à mener : l'administration a la volonté de promouvoir des moyens « rationnels » de gestion, afin de proposer un programme de diminution des accidents de la naissance, en terme de nombres d'enfants morts et handicapés évités.

Après une assez large concertation, cette équipe remet son rapport en juillet 1970. Un programme finalisé de périnatalité est inscrit dans le sixième plan quinquennal (1970-1975), avec des crédits réservés pour cinq ans.

Parallèlement, est créée de façon contemporaine la Société Française de Médecine Périnatale (SFMP), constituée d'obstétriciens, de pédiatres, de sages-femmes, de puéricultrices et de chercheurs (approche pluridisciplinaire que l'on retrouve dans un système de soins type « réseau »). Nous pouvons cependant noter que ce groupe de travail n'a pas inclus, à l'origine, de médecin généraliste. La SFMP se donne pour vocation de traiter des sujets comportant un aspect mère et enfant

2.1.1.2 Propositions

L'objectif principal de ce plan est donc de « réduire les conséquences, dommageables sur les plans humain, économique et financier, des décès et des handicaps imputables à la grossesse et à l'accouchement » et de baisser la mortalité périnatale à 18 p. 1000 en 1980 (ce taux est à 21,3 p. 1000 en 1972, la France abaissera même ce taux à 14 p. 1000 dès 1979 et 12,3 p. 1000 en 1981).

Le programme de périnatalité en question figurera dans une brochure distribuée à 40 000 médecins. Les principales dispositions en sont :

- Formation et perfectionnement du corps médical.
- Information statistique et recherche : établissement d'une fiche pour chaque femme enceinte dans les maternités et les centres de PMI ; recherches épidémiologiques et biologiques confiées à l'INSERM ; recherches opérationnelles portant sur l'organisation des soins.
- Vaccination contre la rubéole.
- Surveillance prénatale : intensification de la surveillance prénatale des grossesses à haut risque en portant de quatre à dix le nombre des consultations, et en créant des centres de surveillance des grossesses à haut risque dans les CHU..
- Surveillance de l'accouchement : dotation des CHU en moyens techniques pour la surveillance des accouchements à haut risque et rénovation des maternités publiques.
- Réanimation première du nouveau-né en salle de travail.
- Création de centres de réanimation néonatale intensive.

2.1.1.3 Textes réglementaires promulgués

Parallèlement à la mise en place du plan périnatalité, quatre textes législatifs toujours d'actualité voient le jour durant la même période :

- La *loi du 15 Juillet 1970* institue les trois certificats de santé obligatoires pour l'enfant, avec pour objectif éventuel de déterminer une notion de risque : au 8^{ème} jour de vie, et au 9^{ème} et 24^{ème} mois ; la collecte de ces certificats étant associée au versement d'allocations postnatales.
- En 1971, un arrêté précise le contenu des examens médicaux pré et postnataux.
- Le *décret du 21 Février 1972* renforce les normes d'encadrement médical et de sécurité technique dans les établissements privés d'accouchement de plus de 25 lits, mesure étendue aux maternités publiques par la *circulaire du 10 Mai 1972*. Cette disposition définit la notion d'exigences minimales en termes de locaux, de personnels qualifiés et d'obligation de service médical de garde.

Le résultat fut immédiat et spectaculaire avec la fermeture de plus de 300 petites maternités entre 1972 et 1976, soit plus du tiers des maternités publiques et privées de moins de 15 lits.

- Libéralisation de l'IVG en 1975 (loi Veil) autorisant ainsi l'interruption de la grossesse lorsque la poursuite de celle-ci met en péril grave la santé de la mère, ou lorsqu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection particulièrement grave, incurable au moment du diagnostic (l'interruption pouvant alors avoir lieu à n'importe quel moment de la grossesse : interruption médicale de grossesse dite IMG). De plus, lorsque la grossesse place la femme dans une situation de détresse, l'intervention ne peut être pratiquée que dans les dix premières semaines de gestation (IVG).

Il est indéniable que le programme de périnatalité est une avancée concrète et importante. De par sa nature, son élaboration novatrice et son contenu, la « périnatalité » passe du stade de simple définition sémantique à celui de discipline médicale.

De plus, jamais l'Etat n'a planifié des mesures de santé avec autant de rapidité et de détails.

Des critiques existent cependant : « formalisme de l'étude de RCB fondée sur des informations insuffisantes et poussant beaucoup trop loin la notion de bénéfice. Par ailleurs, les mesures administratives faisaient une large place à la notion de risque qui était encore fruste » (62)

2.1.2 « La nouvelle politique de la famille » du septième Plan quinquennal (1975 – 1980)

En 1976, le Ministre chargé de la santé décide de reconduire pour cinq ans les crédits spéciaux pour le financement des actions de périnatalité.

2.1.2.1 Notion de coefficient de risque d'accouchement prématuré

(réf. 11 et 12)

Durant cette période, l'action prioritaire consiste à infléchir les actions des cinq années précédentes vers les femmes enceintes et les nouveaux-nés à risque. Le coefficient de risque d'accouchement prématuré (CRAP) proposé par E. PAPIERNICK se généralise et s'impose comme repère pour les décisions médicales individuelles associées au suivi des femmes enceintes.

2.1.2.2 Autres propositions

(réf. 62)

- Action spécifique vers les zones géographiques détentrices des plus mauvais résultats en matière de mortalité à la naissance : campagnes « bien naître » dans le Nord-Pas-de-Calais et la Lorraine.
- Les Fonds d'Action Sanitaire et Sociale des organismes d'Assurance Maladie prennent en charge les dépistages prénataux des handicaps majeurs, ainsi que les dépistages chez l'enfant des premières maladies génétiques identifiées.
- Des centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) sont institués pour traiter précocement les handicaps détectés.

2.1.2.3 Textes réglementaires promulgués

(réf. 11, 12 et 62)

Six sont recensés :

- Le *décret du 5 Mai 1975* rendant possible la surveillance à domicile des grossesses par les sages-femmes de PMI.
- La *loi du 11 Juillet 1975* et le *décret du 18 Janvier 1977* permettant d'accorder, sur prescription médicale, un congé prénatal supplémentaire de 2 semaines.
- Le *décret du 7 Août 1975* renforçant les mesures d'efficacité des soins et de sécurité dans les établissements privés d'accouchement.
- La *circulaire du 15 Juin 1976* généralisant le carnet de surveillance de la grossesse.
- Le *décret du 17 Mars 1978* rendant obligatoire les tests de rubéole et de toxoplasmose dans le cadre du certificat prénuptial.
- La loi du 12 Juillet 1978 permettant la prise en charge à 100 % de tous les examens et soins délivrés aux femmes enceintes à partir du 6^{ème} mois de grossesse, ainsi que les examens et traitements pour la stérilité. Le congé postnatal est également prolongé de 2 semaines.

2.1.3 Résultats entre 1972 et 1981

Un certain nombre d'événements inattendus vont influencer de façon non négligeable ces résultats. En effet, la première crise économique de 1974, liée au choc pétrolier qui a suivi la guerre du Moyen-Orient, engendre une augmentation du chômage et de l'inflation.

En 1976, le nombre des naissances chute brutalement. On évoque pour expliquer ce

phénomène les problèmes économiques, la libéralisation de la contraception et de l'avortement, l'arrivée à l'âge de la procréation des jeunes de Mai 1968.

Enfin, les recherches médicales se développent, à l'image du diagnostic intra-utérin qui progresse de façon très importante, modifiant sensiblement l'approche de la prévention.

(réf. 62)

2.1.3.1 Evolution de la mortalité (réf. 41)

La mortalité périnatale va diminuer plus rapidement que ne le prévoient les dispositions de 1971 : elle passe de 21,3 décès pour 1000 naissances en 1972, à 12,3 p. 1000 en 1981. Il est difficile de définir exactement le rôle du programme : il faut noter tout de même, qu'après 1969, la mortalité périnatale diminue de façon continue, alors qu'elle présentait auparavant des périodes de stagnation.

Le taux de mortalité néonatale précoce diminue de plus de moitié (9,1 p. 1000 en 1972, 4,2 p. 1000 en 1981).

Par contre, la mortalité néonatale tardive et la mortalité post-néonatale diminuent de 1972 à 1975, mais stagnent entre 1975 et 1981, faisant prendre conscience de l'importance croissante d'un problème grave, à savoir l'augmentation de la fréquence des morts subites du nourrisson.

2.1.3.2 Evolution de la morbidité néonatale

(réf. 62)

La diminution du taux de prématurité est l'un des faits majeurs de cette période : il passe de cette période : il passe de 8,2 % en 1972 à 5,6 % en 1981. Cette chute peut s'expliquer par les progrès de prévention (et notamment l'augmentation du nombre de consultations prénatales), mais également par l'évolution démographique et socioculturelle de la population française (grossesses avant l'âge de 20 ans et après 40 ans, constituant un groupe à risque, en diminution).

La proportion des faibles poids de naissance (moins de 2500 g) diminue à partir de 1976 (6,2 % des naissances en 1972, 5,2 % des naissances en 1981) baisse liée à celle de la prématurité car le poids de naissance en fonction du terme se modifie peu.

Le pourcentage d'enfants porteurs de malformations n'enregistre aucune diminution.

2.1.3.3. Evolution des déficiences sévères

(réf. 62)

Les résultats sont plutôt inattendus. En effet, la fréquence des déficiences motrices, et tout particulièrement celles des infirmités motrices cérébrales, ne diminue pas, alors que ces dernières sont considérées comme étant liées aux conditions de naissance.

La même stabilité est observée pour les trisomies 21, en dépit de l'augmentation progressive des interruptions thérapeutiques de la grossesse. Il en est de même pour les autres retards mentaux sévères, ainsi que pour les cécités.

2.1.3.3 Applications pratiques

(réf. 62 et 63)

Sur le plan pratique, la réalisation des objectifs du programme de périnatalité se concrétisent sous différentes formes :

1) Actions de formation et de perfectionnement des professionnels (médecins, sages-femmes, puéricultrices) sous forme de stages de recyclage, et de la diffusion auprès des praticiens suivant des parturientes et des nouveaux-nés d'une brochure rédigée par des spécialistes, ayant vraisemblablement contribué à la modification d'un certain nombre de pratique.

La création de la SFMP joue une grande influence dans la diffusion de méthodes nouvelles. De plus, de vastes réunions scientifiques, largement médiatisées, sont organisées. La presse et la télévision accueillent les spécialistes, eux-mêmes plus enclins à s'adresser au grand public au travers de mémoires ou de livres.

2) Recueil et traitement de l'information statistique par la réalisation d'enquêtes nationales (la première, réalisée en 1974 (réf. 63) sera répétée en 1976 et en 1982), ainsi que d'études prospectives; réalisation d'une fiche concernant chaque parturiente dans les maternités hospitalo-universitaires, mise en place de registres de malformations à l'échelon départemental.

3) Développement de la recherche sous toutes ses formes : recherches épidémiologiques et en santé publique, avec une utilisation de plus en plus fréquente des essais thérapeutiques (efficacité des traitements, efficacité des politiques de prévention) ; développement des technologies de génie biologique et médical (enregistrement électronique du rythme cardiaque fœtal, généralisation de l'échographie) ; recherche génétique ; recherche clinique au sein des services d'obstétrique et de réanimation (retard de croissance intra-utérin, menace d'accouchement prématuré).

4) Progrès de la prévention

- Vaccination contre la rubéole.
- Surveillance de la grossesse améliorée par l'augmentation du nombre de consultations prénatales, le suivi plus fréquent par l'équipe responsable de l'accouchement, la généralisation de l'échographie à partir de 1976, une fréquence augmentée de femmes hospitalisées au cours de la grossesse, et la création dans le même esprit de l'hospitalisation à domicile.
- Amélioration de la surveillance de l'accouchement par le monitoring ; à noter que, pendant cette même période, le pourcentage de césariennes augmente de 7 à 12 % chez les primipares. Cette augmentation traduit, entre autre, un « mauvais usage » de la surveillance électronique ou l'application perverse de ce que l'on appellera plus tard le « principe de précaution ».
- Examen plus approfondi de l'enfant à la naissance, avec réalisation presque systématique d'une désobstruction des voies respiratoires et d'une aspiration

gastrique. De plus, l'alimentation devient plus précoce.

- Transferts de nouveaux-nés à problème, accompagnés par un spécialiste, dans des centres spécialisés, plus nombreux. « Toutefois, certaines ambulances ne sont pas adaptées, le réchauffement pose encore problème et les enfants ne sont pas toujours dirigés vers le centre le plus adéquat. Les conditions de transfert des enfants continueront à s'améliorer après 1981. Mais, il faut noter que la France s'engage résolument dans une politique de transfert du nouveau-né, alors que certains pays pratiquent déjà, à la fin des années 1970, le transfert des femmes à haut risque avant l'accouchement. Cette méthode, appelée transfert in utero, permet aux enfants, et notamment aux grands prématurés, de naître près d'un centre de réanimation. » (réf. 62)

5) Equipement des services (cf. 2.1.1.3.) : à l'échelon national, l'application du décret de 1972 a entraîné la fermeture de 70% des établissements de moins de 15 lits entre 1972 et 1981. Ces fermetures sont plus fréquentes dans le secteur privé que dans les secteurs publics. L'équipement des services d'obstétrique et de néonatalogie des centres hospitalo-universitaires a été nettement amélioré, avec malheureusement persistance de disparités régionales.

Le programme de périnatalité a été ainsi synonyme de dynamisme et de confiance de par son édification (utilisation, pour la première fois en santé publique, de méthodes d'analyse à rationalité économique, et d'évaluation à grande échelle sous la direction de C. HUMEAU-ROQUETTE de l'INSERM), de par le financement de son application, ou de par son existence, tout simplement.

Il a remporté un certain succès : chute des taux de mortalité périnatale et de prématurité, augmentation nette de la prévention, définition de nouvelles normes hospitalières et fermeture des petites maternités.

Les obstétriciens se sont intégrés à ce mouvement : « l'obstétrique, loin de se raidir dans une attitude offensée, a profité de l'occasion pour s'affirmer, se réformer, et devenir un leader de la périnatalogie » (réf. 62) .

Quelques bémols nuancent cependant ce constat : l'augmentation de la fréquence des césariennes et leurs conséquences, la persistance des inégalités sociales, et l'idée de transférer des grossesses à haut risque vers des centres spécialisés qui suscite encore certaines résistances.

En termes de résultats, la France ne rattrapera pas son retard sur ses voisins européens, qui améliorent dans le même temps leurs performances, mesurées par les indicateurs de résultat à la naissance. Comment expliquer cet échec relatif ? le Professeur Marc BRODIN, du service de santé publique de l'hôpital Robert Debré à Paris, met en cause « la mise en œuvre d'un tel ensemble d'incitations dans une administration mal préparée, (se heurtant) à nombre de difficultés au premier plan desquelles était l'absence de responsable unique (...) d'un programme « périnatalité » avec autorité sur tous les services concernés du Ministère (Education Nationale, Recherche, Santé, et Protection Sociale, par exemple) » (réf. 11)

« Mais dire cela, c'est insister sur l'importance d'éléments tels que la coordination et la coopération en matière d'organisation du travail ou de partage des tâches entre les différents secteurs, institutions et professionnels impliqués, comme garantie de la qualité des processus de prise en charge. » (réf. 12)

Cet état des lieux correspond à une vision nécessaire et projective de l'organisation des soins relatifs à la périnatalité pour les années à venir, sous une forme qui évoque déjà le travail en réseau.

2.2 DE 1985 A 1994 : DE LA NECESSITE D'UNE POLITIQUE DE SANTE PUBLIQUE

La périnatalité n'est plus la priorité politique durant cette « période de crise » où le chômage ne cesse d'augmenter. L'objectif des pouvoirs publics, bien que conscients de la chute des naissances, est de réduire les dépenses médicales pour faire face à un déficit croissant de la Sécurité Sociale, comblé année après année par l'Etat.

Une dizaine d'années s'écourent ainsi, les actions gouvernementales spectaculaires se faisant plus rares, alors que les progrès de la recherche et des pratiques se poursuivent.

2.2.1 Des progrès techniques médicaux

2.2.1.1 Diagnostic et dépistage

(réf. 62)

1) L'échographie fœtale, qui se généralise depuis 1976, permet en 1978 de diagnostiquer de nombreuses malformations avant 26 semaines d'aménorrhée (SA), prenant, par le fait, de court les praticiens quant à leurs réponses (IMG, intervention néonatale...). Mais c'est à partir de 1984 que le diagnostic et le pronostic se précisent, et que sont établies les courbes de croissance de la taille, des diamètres abdominaux et bipariétaux, du cerveau...). Leur importance dans le suivi de la croissance staturo-pondérale et morphologique du fœtus reste primordiale.

La nécessité d'un cadre législatif s'impose, aboutissant à la *loi du 29 Juillet 1994* (cf. 2.3.2.2).

2) L'échographie abdominale permet dès 1980 de déceler les béances du col utérin, mais elle manque de précision. Dix ans plus tard, **l'échographie endovaginale** va apporter une appréciation plus précise du risque d'accouchement prématuré grâce à la mesure de la longueur du col utérin, la dilatation de son orifice interne et les protrusions des membranes amniotiques.

3) L'effet Doppler, permettant d'explorer la circulation sanguine, a servi dès 1979 à explorer le flux sanguin cérébral du nouveau-né. Mais c'est surtout dans son utilisation pour la mesure des résistances placentaires et la qualité des échanges foeto-maternels par le biais du Doppler ombilical chez la femme enceinte, qu'il a fait significativement ses preuves en faisant baisser de 36% la mortalité périnatale dans les populations à haut risque.

4) Le prélèvement de liquide amniotique par amniocentèse est utilisé depuis 1972 afin de déceler les anomalies chromosomiques et, en particulier la trisomie 21.

5) Le prélèvement trophoblastique et la culture de tissu placentaire se développent parallèlement depuis 1970. Mais cette technique, comme celle précédemment énoncée, présente certains risques, en particulier celui de l'avortement.

2.2.1.2 Evolution des traitements

(réf. 62)

1) le traitement de la stérilité a considérablement progressé avec la procréation médicalement assistée (PMA) : utilisation de l'aspirine dans les tableaux d'avortements spontanés à répétition, méthodes diagnostiques affinées, stimulations ovariennes, inséminations avec donneurs, pratique de la fécondation in vitro (FIV) dans les années 1980. Cette dernière technique a amplement, et continue de nourrir des débats d'ordre éthique, mais pose également des problèmes médicaux : en effet, l'implantation de plusieurs embryons, qui améliore les chances de grossesse, augmente le risque de naissances multiples, et donc de naissances prématurées.

2) La prévention de la prématurité comprend des mesures préventives telles que le repos, et des mesures thérapeutiques spécifiques qui se multiplient pendant cette période :

- Les tocolytiques : découverts dès 1975, ont une action limitée dans le temps, et présentent de effets indésirables à considérer.
- Le surfactant : découvert dans les années 1960, favorise l'aération pulmonaire des prématurés, et son utilisation se répand très rapidement à partir des années 1990, contribuant à atténuer la gravité de la maladie des membranes hyalines de façon significative.
- La corticothérapie, dont l'intérêt, dans le cadre des menaces d'accouchement prématuré, a été mis en évidence dans les années 1980. Elle provoque la maturation pulmonaire fœtale.
- L'utilisation de l'aspirine : favorise la perfusion placentaire afin de prévenir les RCIU.
- La prise en charge médicamenteuse maternelle en cas de néphropathie gravidique ou de diabète gestationnel.
- Le dépistage prénatal et antibiothérapie des contaminations bactériennes vaginales afin de prévenir les infections materno-fœtales.

3) Multiplication des SAMU pédiatriques contribuant à l'amélioration des conditions de transfert des nouveaux-nés. « Mais dès les années quatre-vingt, le transfert in utero est pratiqué avec succès à l'étranger. Il pénètre peu en France » (réf. 62).

4) Progrès importants de la réanimation néonatale, permettant la prise en charge de grands prématurés aux risques élevés de déficience cérébrale.

5) Progrès importants de l'imagerie néonatale (échographie néonatale dès le début des années 1980 ; tomodensitométrie (TDM) et imagerie par résonance magnétique (IRM) par la suite) permettant d'apprécier de plus en plus précisément les accidents vasculaires cérébraux néonataux, et par le même fait le risque et le niveau de déficience cérébrale.

6) Progrès considérables de la chirurgie néonatale, notamment dans le traitement des malformations.

2.2.2 Directives gouvernementales

2.2.2.1 La sécurité des naissances

Sur l'initiative de pédiatres et de gynéco obstétriciens, citons le Groupe d'Etude en Néonatalogie et Urgence pédiatrique (GENUP) et le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF), qui s'inquiètent de l'évolution de la mortalité maternelle et de l'application insuffisante du *décret de 1972* sur les établissements d'accouchement (cf. 2.1.1.3.), un groupe d'experts est réuni en 1984, et remet son rapport le 1^{er} Juillet 1985.

Mais le ministère chargé de la santé n'y répondra qu'en 1988, compte tenu d'une certaine instabilité politique à cette époque, du choix prioritaire par les institutions d'autres causes que la périnatalité telles que le SIDA, et de l'investissement du même Ministère dans la préparation de la *loi de 1989* sur la décentralisation de la PMI.

La *circulaire du 5 Mai 1988*, relative à la sécurité et à l'environnement de la naissance dans les maternités publiques, définit « les normes applicables aux locaux, indique les conditions de restructuration des établissements obstétricaux ayant peu d'activité. Elle incite au développement de l'analgésie, crée des comités techniques régionaux de la naissance et demande la réalisation d'enquêtes. Cette circulaire précise également le rôle du pédiatre : chaque unité obstétricale doit s'attacher un pédiatre, dont les attributions ont été définies dans le *décret du 7 Août 1975* et la *circulaire du 20 Février 1978*. De plus, une intervention pédiatrique doit être possible à toute heure en cas d'urgence. Ainsi se trouve réaffirmée l'importance du pédiatre et des soins au nouveau-né » (réf. 62).

2.2.2.2 Décentralisation de la PMI (41)

La loi de 1989, relative à la promotion de la famille et de l'enfance, complète et concrétise l'esprit de décentralisation défini dès 1983. Elle précise le cadre organisationnel de la PMI qui est confiée aux départements, sous l'autorité du Conseil Général.

Elle doit organiser :

- des consultations prénuptiales, pré et postnatales, et des actions de prévention médico-sociales en faveur des femmes enceintes,
- des consultations et des actions de prévention médico-sociales en faveur des enfants de moins de six ans, notamment dans les écoles maternelles,
- des activités de planification et d'éducation familiale,
- des activités médico-sociales préventives à domicile pour les femmes enceintes et les enfants de moins de six ans requérant une attention particulière,
- le recueil et le traitement d'informations en épidémiologie et santé publique,
- des actions de formation destinées à aider les assistantes maternelles dans leurs tâches éducatives.

L'application de ces mesures va être disparate d'une région à une autre, selon la priorité accordée par les Conseils généraux à la santé périnatale.

2.2.3 Des outils de santé publique dans un souci d'analyse à rationalité économique

2.2.3.1 L'évaluation à grande échelle

(réf. 62)

Cette décennie semble être surtout une période de réflexion et de prise de conscience de la part des professionnels de santé concernés. Face aux réalités médicales, scientifiques (souvent difficiles à prévoir et à planifier par leur rapidité), politiques et économiques, les professionnels prennent d'avantage en main leurs problèmes et se responsabilisent vis-à-vis de l'évaluation, qui apparaît tout aussi utile que nécessaire. Les épidémiologistes deviennent des partenaires à part entière.

2.2.3.2 Les essais randomisés

Cette technique a été importée de l'étranger et notamment suite aux résultats significatifs de l'essai randomisé de Dublin au cours des années 1970 à 1980 concernant l'intérêt de la surveillance électronique du rythme cardiaque fœtal.

Leur influence sur les pratiques médicales a parfois été très tardive.

« Actuellement, on imagine mal qu'une publication portant sur des thérapeutiques ne se réfère pas aux essais contrôlés pratiqués dans le domaine. Cette évolution est favorisée par une meilleure diffusion des résultats. C'est ainsi qu'un registre des essais est mis en place à Oxford, incluant ceux qui répondent à des critères scientifiques et qui sont publiés dans une cinquantaine de revues. Ces banques de données permettent, en particulier, de regrouper les essais analogues dans le cadre de méta-analyses, où la mise en commun des résultats augmente la puissance des tests statistiques » (62)

2.2.3.3 Les conférences de consensus

Elles sont utilisées pour faire le point des connaissances et apporter une aide à la décision.

Une des premières conférences de consensus s'est déroulée en 1984 aux Etats-Unis sur l'utilisation « en routine » de l'échographie au cours de la grossesse, comparée à son utilisation sur indication médicale. Depuis, elles ont largement été généralisées.

« Ces réunions présentent l'avantage de rassembler les informations disponibles, de permettre une large concertation et une bonne diffusion des résultats » (62)

2.2.3.4 La surveillance épidémiologique des indicateurs de santé

(réf. 62)

Au cours des années 1980 à 1990, des améliorations notables sont apportées à la mesure de ces indicateurs de santé : par exemple concernant l'enregistrement des décès maternels, la qualité de recensement est renforcée, ce qui se traduit par une augmentation des taux en 1990. Ou encore, la France réforme en 1993, selon les normes internationales, la définition des naissances vivantes, basée jusqu'ici sur le Code Napoléonien, qui stipulait que l'enfant était réputé vivant s'il l'était lors de la déclaration à l'Etat Civil dans les trois jours suivants sa naissance.

D'autres initiatives voient le jour comme la généralisation de dossiers médicaux communs dans les services hospitaliers d'obstétrique.

2.2.3.5 Résultats (réf. 18, 41)

A partir de cette période, il apparaît que la mortalité maternelle pose un vrai problème d'interprétation de résultats quant à l'enregistrement des cas ou de par sa définition. Celle-ci stipule qu'il s'agit du « décès d'une femme survenu au cours de sa grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle que soit sa durée ou sa localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle ni fortuite » (62). L'interprétation de cette définition dans les différents pays européens occasionne dès lors des difficultés de comparaison.

L'augmentation des taux français à partir de 1990 est fortement liée à l'amélioration de l'enregistrement de ces décès, et place en 1992 la France en avant-dernière place des pays de la Communauté Européenne, avec un taux de 13 décès pour 100 000 naissances vivantes. Les causes en sont les hémorragies, les embolies et les maladies

thromboemboliques, l'hypertension artérielle, et les complications obstétricales.

Concernant la mortalité périnatale, « la France en 1990, occupe un rang moyen par rapport aux pays de l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Economique), avec devant elle l'habituel peloton de tête constitué par la Finlande, l'Islande, la Suède et la Norvège ; elle est rattrapée par l'Allemagne, l'Autriche, l'Espagne et le Royaume-Uni. Cependant, elle a réalisé le vieux rêve des années 1970 : elle a rejoint le Danemark et dépassé les Pays-bas » (62) Ces résultats sont à interpréter avec réserve d'un pays à l'autre car les progrès de la réanimation peuvent reporter certains décès après la période néonatale, ou au contraire, d'autres décès sont provoqués par l'arrêt volontaire des soins, pour des enfants ayant des lésions cérébrales majeures.

La mortalité post-néonatale augmente au cours de certaines périodes comme entre 1975 et 1991, surtout du fait de la mort subite du nourrisson, avec un pic entre le deuxième et troisième mois de vie. En 1991, on dénombre 1464 décès sur l'ensemble du territoire.

A cette même date, « une étude australienne montre les effets préventifs du couchage sur le dos, alors que les nourrissons étaient couchés sur le ventre pour éviter les reflux alimentaires dans la trachée. Des campagnes interviennent à partir de 1994 pour demander que les enfants soient étendus sur le dos et le taux de mortalité par mort subite s'abaisse considérablement » (62)

Les indicateurs de morbidity périnatale enregistrent de mauvais résultats au cours de cette période. En effet, la prématurité n'a pas évolué de façon significative entre 1981 et 1995 ; elle a même augmenté depuis 1988.

Le pourcentage de grands prématurés (âge gestationnel inférieur à 33 SA) a augmenté, ainsi que le pourcentage d'enfants pesant moins de 2500 g, avec de grandes disparités régionales. Plusieurs causes sont incriminées : augmentation des grossesses multiples liées à la PMA, augmentation des accouchements déclenchés, ou des césariennes avant travail, pour extraire un prématuré ayant un RCIU sévère, meilleure survie des prématurés.

Aux vues de ces données, nous constatons que les résultats nationaux dans le domaine de la périnatalité restent moyens, que ce soit en terme de valeurs absolues ou en terme de positionnement au sein des autres pays de la Communauté Européenne (13^{ème} rang occupé par la France au début des années 1990, en ce qui concerne la mortalité maternelle et périnatale). Malgré les efforts et les réflexions, persiste un sentiment de « peut mieux faire »...

Parmi les études publiées à cette époque, relevons l'étude « GAIN » (Groupe d'Animation et d'Impulsion Nationale) obstétrique » (24), conduite en 1991 par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAM-TS) portant sur l'état de l'obstétrique en France. Elle a permis de mettre en évidence un double déficit dans la gestion du « haut risque obstétrico-fœtal », en terme d'organisation des structures obstétrico-pédiatriques et de pratiques professionnelles : une offre de soins excessives (trop de maternité font trop peu d'accouchements) et une qualité disparate de l'offre, ainsi que des carences inquiétantes en termes de normes minimales de sécurité.

Les mauvais résultats, en termes de mortalité et de handicap de la population à risque, constituée par les grands prématurés (groupe des enfants de poids inférieur à 1500 g et/ou d'âge gestationnel inférieur à 33 semaines), conduisent également à s'interroger sur la validité du dispositif de transfert adopté. Celui-ci, comme nous l'avons vu (cf. 2.1.3.4. et 2.2.1.2.), repose encore sur la pratique des transferts après la naissance, même lorsque celui-ci est réalisé dans de bonnes conditions, par exemple par un Service Mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) pédiatrique.

« Cette population (les grands prématurés) est intéressante car, si elle ne représente que 1,4 % des naissances, elle est responsable de 50% de la mortalité périnatale et de près de la moitié des handicaps moteurs observés dans l'enfance (...) Une étude menée en région parisienne chez des enfants de 31 et 32 semaines (67) a montré qu'un statut « inborn » donnait 7,5 fois plus de chances de survie sans séquelle à l'âge de 2 ans, par rapport au statut « outborn » malgré une prise en charge particulièrement performante par les SMUR pédiatrique. » (18)

Ces résultats ont été confirmés et affinés par une recherche entreprise sous l'action du Conseil Général du département de Seine-Saint-Denis, qui « a montré que le risque de décès est multiplié par 11 quand un prématuré de moins de 33 semaines naît dans une maternité de type I (cf. 2.3.1.2 et 2.4.2.), par rapport à celui qui naît dans une maternité de type III, risque multiplié par 8 dans une maternité de type II, par rapport à une naissance dans une maternité de type III ». (21)

Le Professeur Marc. BRODIN décrit cette situation, avec quelques années de recul, aux journées parisiennes de pédiatrie de 1998 (11) : « Les résultats de plusieurs études (européennes) suggèrent qu'une réduction significative des taux de mortalité et de morbidité périnatales des nouveaux-nés, peut être attendue en organisant pendant la grossesse le repérage des couples « mère/enfant » à risques. Puis si nécessaire, leur orientation anténatale peut alors être organisée vers des maternités garantissant, en plus de l'équipe obstétricale, la présence en salle de naissance, au moment de l'accouchement, d'un anesthésiste et d'un pédiatre, ainsi que l'accès immédiat à un service de réanimation néonatale situé dans le même bâtiment que la maternité. Une telle politique organisant les soins périnataux a été mise en œuvre avec succès dans un certain nombre de pays européens. Elle aboutit à ce que 80% des naissances d'enfants appartenant au groupe précédemment défini se déroulent dans des maternités situées à proximité immédiate d'unités de réanimation néonatale. En France, moins de 20% des maternités de référence présentent de telles conditions. »

En réponse, dans les années 1990, des initiatives régionales se mettent en place. Des réseaux commencent à se constituer entre les maternités voisines de centres de réanimation pédiatrique, et les autres maternités (21)

2.3 LE PLAN PERINATALITE DE 1994

2.3.1 Le rapport du Haut Comité de la santé Publique (HCSP) : « La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance : pour un nouveau plan de périnatalité »

(réf. 26)

En 1994, comme en 1970, la périnatalité redevient à nouveau une priorité. Cependant, la conjoncture économique et sanitaire est peu favorable, et ne favorise pas une volonté politique de budgétisation aussi claire que vingt-cinq ans auparavant.

De plus, en 1994, si la périnatalité reprend de l'essor, c'est plus à l'initiative des gynécologues obstétriciens contrairement à 1970.

2.3.1.1 Elaboration

(réf. 26 et 62)

En 1993, alors que le Gouvernement continue de faire face au déficit de la sécurité Sociale, en cherchant à réduire la consommation médicale et ses coûts, les ministres de la Santé et de l'Action humanitaire de l'époque, M. B. KOUCHNER, saisit le HCSP par l'intermédiaire d'une lettre datée du 18 Mars.

Publiée dans le début du rapport (26), elle trace les grandes lignes du plan, à savoir « l'organisation des dispositifs hospitaliers et extra-hospitaliers publics et privés, notamment les services des collectivités territoriales, des problèmes d'accessibilité, les contraintes économiques et politiques, la dimension sécurité mais aussi les dimensions psychoaffective, économique, et culturelle ».

Le Ministre poursuit de la sorte : « Je souhaite que cette réflexion débouche sur des scénarios alternatifs pragmatiques à 5 ans, incluant une hiérarchisation des maternités et leur organisation en réseau », preuve d'une volonté politique de réorganisation du système.

Le groupe de travail du HCSP comporte des spécialistes de la santé venant d'horizons variés : des administrateurs, 2 gynécologues obstétriciens, 1 pédopsychiatre, 1 généraliste, 2 sages-femmes, 1 médecin de PMI..., composition différente de l'équipe de 1970 essentiellement constituée d'économistes, en corrélation avec une priorité de RCB.

2.3.1.2 Enoncé et recommandations

(réf. 12, 21, 26, 62)

Le HCSP remet son rapport en janvier 1994. Celui-ci se décompose en quatre parties.

La première se constitue d'une analyse démographique, ainsi que d'une analyse épidémiologique de la mortalité et de la morbidité maternelle et du petit enfant.

Les trois autres parties correspondent à des réflexions et des recommandations dont voici les grandes lignes :

1) Elargissement du champ de la périnatalité :

Dans la deuxième partie intitulée : « Qu'est-ce qu'une bonne naissance et quelles en sont les conditions ? », sont examinés les points de vue des femmes, des familles, des gynécologues, des anesthésistes, des pédiatres de maternité, mais aussi des généralistes. L'aspect psychosocial y est prépondérant.

Dans la troisième partie intitulée : « Trois situations particulières à forte connotation éthique », sont évoqués la prévention et le traitement de la stérilité, l'interruption volontaire de grossesse, la fœtologie, la génétique et le diagnostic anténatal.

2) Amélioration des soins et de la prévention, notamment du suivi prénatal en abaissant le pourcentage de femmes pas ou peu suivies, et en rendant obligatoire la visite du 7^{ème} mois dans un établissement d'accouchement. En ce sens, le rapport insiste sur « les moyens de repérage des femmes ne bénéficiant pas d'une surveillance médicale minimale et, plus

généralement, sur les actions en faveur des populations défavorisées.

Pour l'accouchement, les recommandations de la circulaire de 1988 (cf. 2.2.2.1.) doivent devenir réglementaires dans le secteur public et privé. Puis, elles seront renforcées par paliers progressifs. Les maternités sans bloc opératoire ou réalisant moins de 300 accouchements par an seront reconverties ou mises en conformité. Des dérogations sont prévues pour des raisons géographiques ou climatiques.

La reconnaissance administrative du nouveau-né (...) est demandée. Les rapporteurs insistent ensuite sur un point important : encourager les alternatives au transfert de l'enfant et à la séparation de la mère pour les nouveau-nés nécessitant des soins particuliers » (62)

3) La politique régionale nouvellement organisée : organisation de filières de prise en charge « mère-enfant » qui concernera le public et le privé. Le niveau de prise en charge des maternités sera défini par le niveau des soins pédiatriques associés dans le même établissement. Le rapport indique que trois types de maternité pourraient être distinguées : maternités de type I, II, et III (cf. 2.4.2. et annexe 2).

La mise en réseau des maternités est réalisée par convention de complémentarité entre maternités. Dans chaque département, il devrait exister au moins une maternité de type II et, dans chaque région, au moins une maternité de type III ». (26)

4) L'inégalité des moyens mis en œuvre par les départements dans le domaine de la PMI.

5) La nécessité de repérage des populations vulnérables et de l'effort à mener dans les politiques de la ville.

6) L'insuffisance quantitative des personnels dans les professions de la gynécologie-obstétrique, anesthésie, et pédiatrie néonatale.

7) L'importance des recherches portant sur l'évaluation à long terme et à la dimension psychologique.

8) La nécessité de créer un système d'information adapté aux besoins de la santé publique.

2.3.2 Plan gouvernemental (Avril 1994)

2.3.2.1 Objectifs

(réf. 31 et 62)

Quatre objectifs sont à atteindre en 5 ans :

- Diminuer la mortalité maternelle de 30%
- Abaisser la mortalité périnatale d'au moins 20%
- 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

Pour atteindre ces objectifs, le gouvernement a décidé d'adopter un plan d'actions en 16 mesures qui répondent à 5 priorités :

- A : Accroître la sécurité lors de l'accouchement
- B : Améliorer le suivi de la grossesse
- C : Améliorer les soins aux nouveaux-nés
- D : Humaniser les conditions de l'accouchement
- E : Evaluer la politique suivie

2.3.2.2 16 mesures pour la périnatalité

PRIORITE A : Accroître la sécurité lors de l'accouchement

- Mesures n° 1 et n° 8 : Elaborer des normes minimales opposables de sécurité
- Mesures n° 2 : Impulser une politique régionalisée favorisant la mise en réseau de divers acteurs et établissements concernés

PRIORITE B : Améliorer le suivi de la grossesse

- Mesure n° 3 : responsabiliser les femmes enceintes en les informant
- Mesure n° 4 : réduire le nombre de femmes bénéficiant de moins de trois consultations pendant la grossesse
- Mesure n° 5 : Améliorer la qualité de la surveillance de la grossesse
- Mesure n° 6 : Améliorer la qualité des échographies obstétricales

PRIORITE C : Améliorer les soins aux nouveau-nés

- Mesure n° 7 : Améliorer l'efficacité des techniques de réanimation à la naissance
- Mesure n° 8 : Rendre obligatoire la présence ou l'astreinte d'un pédiatre
- Mesure n° 9 : Eviter les transferts inutiles en pédiatrie
- Mesure n° 10 : Valoriser le rôle des pédiatres en maternité

PRIORITE D : Humaniser les conditions de l'accouchement

- Mesure n° 11 : Lutter contre la douleur au cours de l'accouchement
- Mesure n° 12 : Limiter la séparation mère-enfant

PRIORITE E : Evaluer la politique suivie

- Mesure n° 13 : Renforcer le rôle des Commissions techniques Consultatives de la Naissance (CTCN)

-
- Mesure n° 14 : Mettre en place un système d'expertise des cas de mort maternelle
 - Mesure n° 15 : Améliorer la connaissance épidémiologique des causes de décès néonataux
 - Mesure n° 16 : Pouvoir disposer, à intervalles réguliers, d'indicateurs de santé fiables et actualisés dans le domaine périnatal

Ces mesures reprennent, comme pour les objectifs, les propositions du HCSP.

« Les mesures 13 et 16 témoignent du souci du Gouvernement de renforcer ses moyens d'action et de contrôle. La mesure 16 réactive le système d'enquêtes répétées de 1972 à 1981 (63) et place celles-ci plus directement sous la responsabilité du Ministère. De plus, celui-ci renforce le rôle des Commissions techniques Consultatives de la Naissance (créées par la *circulaire du 5 Mai 1988*, cf. 2.2.2.1., dans le but de développer une approche régionale de la périnatalité par la prise en compte des spécificités locales). Etablies par un texte réglementaire, elles doivent se prononcer sur l'organisation des filières de prise en charge « mère-enfant » et suivre les conventions établies entre les divers établissements. En outre, ces mesures mettent en place un système d'expertise des cas de mort maternelle et l'établissement d'un certificat spécifique des causes de décès néonatal » (62)

Dans le même temps, sur le plan législatif, un texte réglementaire est adopté en 1994 : il s'agit de la *loi sur l'éthique de 1994*, qui limite la PMA au traitement de l'infertilité ou à des indications médicales. Elle définit les conditions d'inclusion du couple en terme de PMA, ainsi que la filiation, et tente de définir le devenir des embryons surnuméraires, pour lesquels l'expérimentation est interdite, sans exclure complètement la possibilité d'études à des fins médicales, sous certaines conditions. Cette loi concerne également le diagnostic prénatal sans remettre en cause les mesures se rapportant à l'interruption de grossesse.

En 1996, et dans le cadre du plan gouvernemental sur la périnatalité, les associations médicales (le Collège Nationale des Gynécologues et Obstétriciens français, la Société française de Médecine Périnatale, la Fédération Nationale des Associations de Sages-femmes, la fédération des GENUP, l'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale) publient un Guide de surveillance de la grossesse. (1)

2.4 REFORME DE LA REGLEMENTATION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE, EN ARTICULATION AVEC LE SCHEMA REGIONAL D'ORGANISATION SANITAIRE : « LES DECRETS SUR LA PERINATALITE DE 1998 »

Cette réforme intervient dans le cadre de la politique régionale concernant la réglementation des établissements de santé menée depuis 1991, fondée sur une mise en commun des ressources et l'établissement de réseaux entre les organismes de soins et de prévention.

2.4.1 Les 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)

(réf. 12, 21, 31, 45 et 46)

Bien qu'ils aient nourri un certain nombre de critiques en termes de manque d'accompagnement budgétaire à leur promulgation ou de recrutement d'effectifs pour leur application, ces décrets restent encore primordiaux aujourd'hui. Ils établissent, et ce pour la première fois à l'époque, les règles qui vont devoir s'appliquer aussi bien aux établissements privés qu'aux établissements publics concernés.

Ils ont été élaborés après une concertation de plus de deux ans avec les professionnels de santé concernés, et définissent donc les normes des établissements pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie et la réanimation néonatale. Ces normes concernent aussi bien l'organisation que les exigences qualitatives en matière de personnel et de locaux, selon trois grands principes :

1) La sécurité :

- En signifiant la nécessité d'une « identification, en cours de grossesse, des facteurs de risque pour la mère et pour l'enfant, afin d'orienter la mère, avant l'accouchement, vers une structure adaptée ». (45)
- Il est prévu d' « assurer au début du dernier trimestre de la grossesse une consultation par un gynécologue-obstétricien ou une sage-femme de l'unité qui effectuera l'accouchement et de faire réaliser la consultation pré-anesthésique par un anesthésiste-réanimateur de l'établissement ». (46)
- De même, l'accouchement doit se réaliser « dans des conditions visant à réduire les risques et permettant de faire face aux conséquences de leur éventuelle survenue ». (45)
- Les unités d'obstétrique doivent être en mesure de prendre en charge « les actes de chirurgie abdominopelvienne liés à la grossesse, ou à l'accouchement » (45) et pour les établissements « traitant des grossesses à hauts risques maternels identifiés, de disposer d'une unité de réanimation néonatale ». (46)

2) La proximité :

- Proximité des structures obstétricales, néonatalogiques et de réanimation néonatale, afin d'éviter au maximum la séparation mère-enfant (existence d' « unités kangourous » comportant des lits d'hospitalisation pédiatrique au sein de la même maternité)
- Proximité géographique, avec existence des Centre périnataux de proximité qui développent des activités pré- et postnatales en relation par convention à un établissement de référence autorisé, pour des situations particulières déterminées par des conditions géographiques spécifiques. (45)

3) La complémentarité, par le biais des réseaux de soins, chaque établissement étant lié par « des conventions avec un ou plusieurs établissements possédant les unités dont il ne dispose pas ». (45) conventions signées par les chefs de service concernés, mais aussi les

représentants des établissements, et ayant reçu l' « approbation de l'ARH ». (45)

« Le premier décret définit les normes des établissements d'accouchement. Il précise, en particulier, que l'autorisation « ne peut être accordée ou renouvelée que si l'établissement justifie d'une activité minimale annuelle constatée, ou prévisionnelle en cas de demande de création, de 300 accouchements par an ». Lorsqu'un établissement ne dispose pas d'une unité de réanimation, il doit passer des conventions avec un établissement comportant une telle unité. » (62)

Mais le décret ne s'arrête pas là : les législateurs déterminent son articulation avec le SROS. En effet, « le SROS fixe des objectifs en ce qui concerne la coopération entre les établissements de santé autorisés à pratiquer l'obstétrique, la néonatalogie et la réanimation néonatale et l'organisation en matière d'orientation de la femme enceinte préalablement à son accouchement en cas de risque décelé pour elle-même ou son enfant et en matière de transferts des enfants entre les unités mentionnées à l'article R. 712-84 (unités de néonatalogie et de réanimation néonatale) ». (45)

Il est également prévu que les SROS doivent être révisés dans un délai maximal d'un an à compter de la publication des décrets au Journal Officiel. (45)

« Le second décret définit les exigences en matière de personnel et de locaux. On note, en particulier, que l'unité de néonatalogie doit être située dans le même bâtiment ou à proximité immédiate, sur le même site que l'unité d'obstétrique. Si elle assure les soins intensifs, l'unité de néonatalogie doit être située dans le même bâtiment, à proximité immédiate et d'accès rapide à l'unité d'obstétrique. (...)»

Les normes concernant les personnels sont particulièrement importantes. Pour les médecins, des contraintes nouvelles sont introduites. Dans les unités d'obstétrique réalisant moins de 1500 naissances par an, il doit y avoir une gynécologue-obstétricienne sur place ou en astreinte opérationnelle exclusive, un anesthésiste réanimateur soumis aux mêmes règles et un pédiatre présent ou disponible. Dans les unités réalisant plus de 1500 naissances par an, la présence doit être effective pour le gynécologue-obstétricien 24 heures sur 24, ainsi que pour l'anesthésiste-réanimateur, le pédiatre doit être présent ou d'astreinte. Les unités de réanimation néonatale requièrent la présence permanente d'au moins un pédiatre justifiant d'une expérience attestée en réanimation néonatale, d'au moins un infirmier spécialisé pour deux nouveau-nés dans les unités de réanimation, et pour trois nouveau-nés dans les unités de soins intensifs. Le concours de kinésithérapeutes, de psychologues ou de psychiatres est prévu. Ces conditions paraissent très lourdes aux établissements, alors qu'apparaît une pénurie de spécialistes. » (62)

Ces décrets sont d'une importance extrême parce qu'ils définissent plus que les normes applicables aux établissements pour assurer la sécurité des naissances. En effet, ils déterminent aussi une organisation des maternités en trois niveaux de soins, sur le modèle des propositions du HCSP, et incitent de ce fait de façon insistante sur la nécessité des structures hospitalières à s'inscrire dans le cadre de réseaux de soins régionaux.

2.4.2 Organisation des maternités en 3 niveaux de soins

(réf. 20, 21, 31, 45, 46 et annexe 2)

Une des premières applications pratiques des décrets de 1998 est l'organisation des centres obstétricopédiatriques en trois niveaux de soins, selon les recommandations du HCSP de 1994 :

1) Maternités de niveau I, assurant suivi et accouchement des femmes dont la grossesse est normale et dont les nouveaux-nés ne présentent pas de risque particulier (soins pédiatriques de niveau I et II)(voir annexe). Ces établissements pratiquent uniquement l'obstétrique et ne possèdent pas d'unité spécifique d'hospitalisation des nouveau-nés sur leur site.

2) Maternités de niveau II, qui associent une unité d'obstétrique à une unité de néonatalogie, avec ou sans secteur de soins intensifs, permettant d'assurer, 24 heures sur 24, la surveillance et les soins spécialisés des nouveau-nés à risque et ceux dont l'état s'est dégradé après la naissance, qu'ils soient nés ou non dans l'établissement. Les services répondant à ces obligations sont eux-mêmes divisés en deux niveaux :

Les services de niveau IIA qui n'assurent pas de ventilation au long cours, mais sont susceptibles de mettre l'enfant en condition et d'assurer sa stabilisation en attendant son transfert, ces deux types de service n'obligeant pas à une garde de pédiatrie sur place (soins pédiatriques de niveau I à III) (voir annexe 2)

Les services de niveau IIB, assurant la ventilation au long cours et bénéficiant d'une garde de spécialiste sur place 24 heures sur 24 (soins pédiatriques de niveau I à IV) (voir annexe 2)

3) Maternités de niveau III disposant, en plus d'unités d'obstétrique et de néonatalogie, d'une unité de réanimation néonatale permettant d'assurer la prise en charge des nouveau-nés, 24 heures sur 24, présentant des détresses graves ou des risques vitaux, qu'ils soient nés ou non dans l'établissement (soins pédiatriques de niveau I à V) (voir annexe 2)

Par ailleurs, les maternités accueillant des grossesses à risque maternel doivent disposer d'une unité de réanimation adulte.

Ces dispositions réglementaires sont celles qui organisent les soins obstétricopédiatriques encore aujourd'hui.

2.4.3 Un système d'autorisation pour les activités d'obstétrique, de néonatalogie et de réanimation néonatale

(réf. 21, 31, 45, 46 et 62)

Deuxième application concrète des décrets de 1998, la pratique de l'obstétrique ne peut être accordée à un établissement que si celui-ci justifie d'une activité minimale de 300 accouchements par an. (cf. 2.4.1.) « Une dérogation est prévue à ce principe en fonction du contexte géographique, notamment lorsque l'accès à une unité d'obstétrique impose un temps de trajet excessif à une part significative de la population. Les petites maternités qui ne bénéficieront pas d'une telle dérogation pourront continuer à mener des activités de suivi pré- et postnatal (consultations, préparation à la naissance...), sous l'appellation de « Centres périnataux de proximité », évitant ainsi aux patientes des déplacements excessifs au cours de la grossesse. La pratique des accouchements n'y est pas autorisée. » (31) (cf. 2.4.1.)

Toutes les maternités doivent dès lors s'inscrire dans l'un des trois niveaux et la conformité aux exigences décrites conditionnent la délivrance des autorisations, mentionnées à l'article R. 712-88, par les ARH, aux trois conditions suivantes :

- Répondre aux besoins sanitaires de la population, tels qui sont définis par la carte sanitaire pour la zone considérée.
- Etre compatible avec les objectifs fixés par les SROS.
- Satisfaire à des conditions techniques de fonctionnement, telles qu'elles sont fixées dans les décrets.

2.4.4 Des normes minimales de sécurité

(réf. 31, 46 et 62)

Le décret n° 98-900 du 9 Octobre 1998 (46) fixe pour chacune des trois activités (obstétrique, néonatalogie et réanimation néonatale) les conditions techniques d'une part, et de personnels médicaux et soignant, en imposant une organisation de nature à assurer la continuité et la qualité des soins d'autre part. Les établissements de santé publics et privés devront se conformer à cette réglementation pour obtenir les autorisations prévues à l'article L.712-8 du Code de la Santé Publique. (cf 2.4.1.)

Ces normes techniques font régulièrement l'objet d'actualisations et de mises à jour, comme avec l'arrêté du 14 Mars 2000 relatif aux locaux de pré-travail et de travail, aux dispositifs médicaux et aux examens pratiqués en néonatalogie et en réanimation néonatale prévus à la sous-section IV « conditions techniques de fonctionnement relatives à l'obstétrique, à la néonatalogie et à la réanimation néonatale » du Code de la santé Publique.

2.4.5 Création des réseaux de soins

De part le type d'organisation et les normes de sécurité qu'ils définissent, les décrets de 1998 incitent concrètement les établissements pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie et la réanimation néonatale à s'inscrire dans le cadre des réseaux de soins régionaux, en encourageant les coopérations entre les structures.

Cette organisation permettra une orientation des femmes enceintes vers les lieux les plus aptes à prendre en charge les éventuelles pathologies de la mère ou de l'enfant, en privilégiant le transfert anténatal des grands prématurés, compte tenu des données précédemment citées (cf. fin du paragraphe 2.2)

En ce sens, la loi définit l'intérêt et l'implication réglementaire du SROS qui va fixer les objectifs et les modalités d'organisation de ces réseaux :

- L'adhésion à un réseau est fondée sur le volontariat.
- Au minimum, un établissement ne faisant pas partie d'un réseau et ne disposant pas des trois unités de soins reconnues, doit passer des conventions inter-établissements obligatoires avec d'autres établissements

réalisant les activités qu'il ne pratique pas.

Les Commissions Régionales de la Naissance devraient jouer un rôle important dans cette organisation.

Comme prévu, les SROS relatifs à la périnatalité sont révisés dans un délai de un an par rapport à la date de parution au Journal Officiel des décrets d'Octobre 1998, et aboutissent à une nouvelle carte d'organisation des soins obstétricopédiatriques dans chaque région.

2.4.5.1 Objectifs

(réf. 31, 45, 46)

« Il convient de préciser que la notion de réseau périnatal ne doit pas s'arrêter à une politique d'établissement et à la période de l'accouchement ; pour une meilleur efficacité, il doit associer l'ensemble des partenaires de terrain concernés par la périnatalité (généralistes, sages-femmes et spécialistes libéraux, professionnels de PMI...) ; le fonctionnement en réseau doit également concerner la surveillance de l'ensemble de la grossesse, pour une meilleur orientation régionale des patientes dites à bas ou à haut risque, et une prise en charge optimale de l'enfant » (31)

Un tel réseau se doit de développer un système d'information performant et ne saurait, en ce sens, se passer des outils modernes technologiques de communication et d'information.

2.4.5.2 Deux types d'organisation de réseaux de soins en périnatalité

2.4.5.2.1 LE RESEAU INTER-ETABLISSEMENT

(réf. 19 et 20)

« Il se fonde sur la coordination d'établissements de différents niveaux (maternités de niveau I, II et III). Il se développe généralement autour ou à partir du centre de niveau III qui dessert le territoire concerné. Il couvre une zone géographiquement définie dont il prend en charge la population (bassin de population) des mères et des nouveau-nés. Il peut être départemental (...) ou régional (...). Pour être complet, il doit intégrer tous les établissements publics et privés de la zone considérée. » (20)

L'objectif initial de ce type de réseau est donc le développement du transfert anténatal ; il se doit également d'optimiser la réanimation primaire en salle de naissance, les transports post-natals, l'adéquation entre les pathologies et les lieux d'hospitalisation, le retransfert des nouveau-nés au plus près du domicile dès que possible...

La dynamique de tels réseaux repose sur les acteurs de celui-ci, à savoir obstétriciens et pédiatres néonatalogistes exerçant en établissement public ou privé.

2.4.5.2.2 LE RESEAU VILLE-HOPITAL (OU DE PROXIMITE)

(réf. 19 et 20)

« En amont et en aval du réseau inter-établissements, il garantit l'équité de l'accès aux soins pour la population qu'il concerne. Autour d'une maternité, le réseau de proximité d'amont coordonne la prise en charge ambulatoire des grossesses avec la structure d'accouchement, et favorise le repérage des grossesses avec facteurs de risque médicaux ou sociaux. Le développement de ce type de réseau implique la coordination de nombreux professionnels locaux d'horizons différents : médecins hospitaliers ou de ville, PMI, assistantes sociales, associations de quartiers, associations humanitaires. Cette multidisciplinarité est d'autant plus nécessaire que les missions des maternités de proximité incluent la prise en charge des grossesses non désirées, de l'urgence du premier trimestre de la grossesse, de la promotion de l'allaitement maternel, de l'aide à la parentalité et des dépistages des différents cancers féminins. » (20)

Ces deux types de réseau, inter-établissements et ville-hôpital, sont fortement complémentaires et nécessitent d'être développés en parallèle.

2.4.6 Les Commissions Régionales de la Naissance

(réf. 31 et 44)

Créées en Mai 1988, dans le but de développer une approche régionale de la périnatalité par la prise en compte des spécificités locales (cf. 2.2.2.1.), les CTCN voient leur rôle renforcé par le plan périnatalité de 1994, afin d'améliorer la concertation régionale.

En 1999, elles sont rebaptisées Commissions Régionales de la Naissance (CRN), et font l'objet d'un *arrêté le 8 Janvier 1999* (44), publié au Journal Officiel le 20 Janvier 1999.

« Elles auront notamment pour mission de favoriser le développement de réseaux de soins associant les professionnels et les institutions œuvrant dans le champ de la périnatalité, en vue de coordonner la prise en charge des femmes au cours de la grossesse, à l'accouchement et après la naissance, en particulier celles qui se trouvent dans des situations de vulnérabilité médicale, psychologique ou sociale. Ces commissions régionales devraient être les véritables animateurs au niveau local de la politique périnatale définie au niveau national, en proposant les adaptations régionales nécessaires et en participant à l'évaluation des actions menées. Ce rôle sera facilité par leur composition pluridisciplinaire permettant d'aborder les différents champs d'activité.

Elles devront également impulser les actions de formation des professionnels, en liaison avec les partenaires concernés.

La composition des commissions, fixée par arrêté du préfet de région pour une durée de deux ans, a été élargie par rapport aux « anciennes » CTCN, pour renforcer leur caractère pluridisciplinaire : un médecin généraliste, une sage-femme libérale, un pédopsychiatre, une assistante sociale et au moins un représentant des usagers. L'entrée de non-professionnels de la santé marque un tournant. Par ailleurs, la nouvelle composition des CRN tient compte des modifications intervenues dans le paysage sanitaires régional, les mettant en relation avec l'ARH et la Conférence régionale de la santé. La présidence des CRN sera assurée par une personnalité élue parmi les membres du Collège des professionnels » (réf. 27)

2.5 LA CONFERENCE DE CONSENSUS DU 3 DECEMBRE 1998 : « PRISE EN CHARGE DE LA FEMME ENCEINTE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DU NOUVEAU-NE SELON LEUR NIVEAU DE RISQUE »

(réf. 12, 62, 66)

Elle est organisée par le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, avec la collaboration de l'Ecole Nationale de la Santé Publique (ENSP), les 2 et 3 Décembre 1998, au Carrousel du Louvre à Paris.

Mr TOURNAIRE, président du CNGOF et président du jury, part d'un constat dans son introduction, à savoir le « rang bien modeste pour la mortalité périnatale » occupé par notre pays, et termine par « l'espoir que les recommandations du jury apporteront une aide à la décision pour les équipes médicales mais aussi, ce qui est moins habituel, pour les décideurs de santé publique et politiques » (66)

Les réseaux et les transferts *in utero* sont au cœur des discussions. La situation des 19 pays européens étudiés montre que les grands prématurés admis dans les unités de soins périnataux sont majoritairement « inborn » (annexe 1), contre 50% en France. Les expériences françaises des Pays-de-Loire, de la Bourgogne, du Sud-Ouest Parisien, organisés autour de chartes inter-établissements sont décrites.

« Une prise de conscience existe, mais il y a des difficultés : les centres de haute technologie ont à faire face à la nouvelle demande, la prise en charge du risque intermédiaire, et des complications non prévisibles des grossesses à bas risque posent problème » (62).

Les réseaux apparaissent donc comme des organisations de soins favorisant la coordination des professionnels et la coopération des établissements de santé d'une zone géographique, pour une meilleure réponse globale de l'offre de soins. Leurs objectifs sont de privilégier une offre de proximité, d'améliorer l'état de santé des mères et des enfants par une meilleure adaptation entre le niveau de risque et les moyens hospitaliers requis, mais aussi de préserver le lien mère-enfant en cas de transfert nécessaire et d'accroître l'égalité des femmes face au risque obstétrical.

Les professionnels soulignent également les problèmes de leurs corporations, à savoir la pénurie en gynécologue-obstétriciens, en pédiatres néonatalogistes, en anesthésistes, la position des sages-femmes.

« Les recommandations faites à l'issue de la conférence préconisent l'organisation en réseaux et le transfert *in utero*, mais « la constitution d'un réseau ne saurait être une sectorisation imposée au public pour l'accès aux soins... Il appartient à chaque réseau de définir en son sein, et pour chacun de ses participants, les modalités précises de ces principes... C'est le réseau qui doit fixer à son propre usage les critères qui conduisent à l'indication d'un transfert, à en préciser la destination ainsi que les moyens de transport adéquats ». Les recommandations abordent enfin l'épineux problème des moyens, et insistent sur la nécessité de l'évaluation » (62)

Philosophiquement, la conférence de consensus a témoigné d'une évolution importante des représentations par les divers professionnels en matière de gestion du risque obstétrical, en cherchant à réhabiliter l'idée que la grossesse et l'accouchement sont des événements naturels qu'il ne faut pas médicaliser de façon excessive.

2.6 LA MISSION PERINATALITE (SEPTEMBRE 2003)

2.6.1 Rapport du Groupe Technique National de Définition des Objectifs

(réf. 22, 65)

Ce rapport, qui précède de plusieurs mois les conclusions de la Mission Périnatalité (cf. 2.8.2.), est remis à la Direction Générale de la santé en Mars 2003. Il a pour objectifs d'analyser les connaissances et de définir des objectifs concernant 70 « problèmes de santé », dans le cadre de l'élaboration de la loi d'orientation en santé publique. Il s'appuie sur les travaux du HCSP, de l'OMS (sur le retentissement des maladies et les principaux facteurs de risque), et sur les consultations régionales organisées par les DRASS.

Concernant la santé périnatale, de nouveaux objectifs sont fixés, dans l'optique d'être atteints dans les cinq années suivantes :

- Réduire la mortalité maternelle de 15 à 20 % (soit entre 5,9 et 6,3 décès pour 100 000 naissances au lieu de 7,38 en 2003),
- Réduire la mortalité périnatale de 15% (soit 5,5 décès pour 1000 naissances, au lieu de 6,5 en 2003),
- Réduire de 50 % la part des handicaps d'origine périnatale, dans l'ensemble des handicaps à long terme.

Différents axes de mesures sont déjà envisagés dans l'attente du rapport de la Mission périnatalité prévu pour juin 2003 :

- Etablir et diffuser des recommandations de pratique clinique à destination des spécialistes et des généralistes (guides de bonnes pratiques pour les grossesses normales, l'infertilité, et la prévention des troubles affectifs liés à la séparation mère-enfant),
- Améliorer le suivi des grossesses (diminuer le nombre de grossesses peu ou pas suivies, bon usage du carnet de maternité, information des femmes sur les facteurs de risque modifiables),
- Assurer la formation des professionnels (dépistage et traitement précoce des pathologies de la grossesse pour les médecins généralistes et spécialistes, formation des sages-femmes aux premiers gestes de réanimation),
- Promouvoir la qualité des soins et du système de santé (travail en réseau des professionnels et des services médico-sociaux, tels que la PMI, mesures de sécurité à la naissance avec présence médicale permanente obligatoire).

2.6.2 La Mission Périnatalité 2003 : énoncé

(réf. 10)

Un groupe de travail, créé en Septembre 2002 par le Pr. J.F. MATTEI, alors Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, est constitué par trois médecins : le Pr. G. BREART, gynécologue-obstétricien attaché à l'INSERM, le Pr. F. PUECH, du service de pathologies maternelles et fœtales du CHRU de Lille, et du Pr. J.C. ROZE, pédiatre.

Il a finalement rendu ses conclusions en septembre 2003, dans un document intitulé : « Mission Périnatalité. Conclusions. Vingt propositions pour une politique périnatale » (10)

Ce document est intéressant à double titre :

1) L'introduction dresse l'état des lieux, en 2003, de la périnatalité en France :

- « En matière de résultats, la France occupe une position moyenne en Europe ;
- des inégalités importantes d'accès aux soins persistent, en particulier dans le domaine du diagnostic anténatal ;
- la modification des pratiques périnatales tend à faire naître et prendre en charge des enfants de plus en plus prématurés et de plus en plus à haute risque de développer des handicaps.
- Selon le rapport récent de Comité d'experts sur la mortalité maternelle, le taux de décès observés en France ne baisse plus actuellement. Depuis 10 ans, il reste aux alentours de 10 pour 100 000 naissances. Ce taux est double de celui observé dans certains pays nordiques. Mais cette situation est susceptible d'amélioration. En effet, l'analyse des dossiers de morts maternelles par des experts (18) montre que 30% de cette mortalité est évitable. Par ailleurs, une comparaison avec l'Angleterre et avec d'autres pays européens suggère que l'excès de décès en France provient d'un nombre plus grand d'hémorragies mortelles. Les experts français considèrent que 8 à 9 sur 10 des décès par hémorragie sont évitables par une meilleure prise en charge. En ce qui concerne la morbidité maternelle, une enquête réalisée dans différentes régions suggère que l'organisation des soins joue un rôle important dans le pronostic des pathologies constatées.
- Pour le nouveau-né, diverses études sur la prise en charge à la naissance montrent clairement que, pour les enfants nés très prématurément, la prise en charge périnatale joue un rôle extrêmement important dans le développement ultérieur et la possibilité de prévention des handicaps à long terme. Toutefois, du fait du nombre de grands prématurés de plus en plus élevé et de leur survie de plus en plus grande, le nombre d'enfants handicapés ne diminue pas.

L'augmentation de la grande prématurité a trois causes essentielles. La première est liée à l'augmentation des grossesses multiples, la seconde à des décisions d'interrompre la grossesse pour éviter au nouveau-né une souffrance in utero, la troisième est liée à l'augmentation des naissances.

L'augmentation des grossesses multiples a trois origines : l'augmentation de l'âge à la maternité, les traitements de la stérilité et les fécondations in vitro. L'augmentation des décisions médicales pose le problème de la connaissance, à long terme, des ces décisions. Cette augmentation pose également le problème de l'adéquation qualitative et quantitative des services de néonatalogie à la demande, ainsi que de la prise en charge des ces enfants à la sortie des services de néonatalogie pour prévenir la survenue de handicap.

De ces quelques éléments, on peut déduire que, dans des 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 nouveaux-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.

En outre, si on a fait beaucoup de progrès et beaucoup discuté de la prise en charge périnatale des grands prématurés (organisation en réseau, transfert in utero, corticothérapie, surfactant...), des débats similaires n'ont pas eu lieu et les mêmes progrès n'ont pas été observés au-delà de la période néonatale.

Par ailleurs, les restructurations nécessaires, la situation démographique des différents professionnels de santé, l'application des décrets de 1998, de la loi sur les 35 heures et de la directive européenne ont créé des conditions d'exercice de plus en plus difficiles et des difficultés de plus en plus grandes pour les usagers. » (10)

- 2) Les vingt propositions énoncées constituent par elles-mêmes un **nouveau programme de périnatalité** (la vingtième proposition stipule d'ailleurs clairement : « mettre en place un plan périnatalité » (10)

Pour aboutir à leurs conclusions, le groupe des trois médecins cités s'est appuyé sur le soutien de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS), et a adopté une méthodologie utilisant :

- La lecture et l'analyse de rapports, effectuées à l'échelon national ou régional
- L'entretien avec différents professionnels concernés par le domaine
- La participation à différents groupes de travail ou réunions organisés par les professionnels

« Les 20 propositions sont :

- 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
- 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 périnatal
- 13) Gérer le risque en périnatalogie

-
- 14) Proposer un financement propre à la périnatalogie
 - 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. » (10)

2.7 ENQUETE NATIONALE PERINATALE DE 2003

(réf. 9 et 70)

Les enquêtes nationales périnatales ont pour but de suivre l'évolution des principaux indicateurs de santé et de pratiques médicales, et d'aider à l'évaluation et à la décision des actions de santé. Elles portent sur la totalité des naissances pendant une semaine en France.

L'enquête de 2003 a eu lieu en Octobre. Deux enquêtes suivant le même protocole avaient été réalisées en 1995 et 1998.

Les principales évolutions depuis 1998 sont :

- Amélioration de la situation sociodémographique des femmes (augmentation de leur taux d'activité et du niveau d'étude), légère diminution de la consommation de tabac avant et pendant la grossesse ; Par contre, décalage des naissances vers un âge maternel plus élevé (45,3% des femmes ont entre 30 et 39 ans au moment de l'accouchement)
- Augmentation de la surveillance prénatale (en terme de nombre de consultations : 9 femmes sur 10 ont eu les 7 consultations prénatales et d'échographies : 97% des femmes ont bénéficié d'au moins 3 échographies), sans accroissement des hospitalisations ; augmentation du taux de couverture des examens de dépistage du VIH (75,1%) et du risque de trisomie 21 (79,7%), sans augmentation du taux d'amniocentèse (10,8%)
- Accouchements le plus souvent en secteur public, et dans des services de très grande taille (le pourcentage de femmes ayant accouché dans une maternité faisant plus de 2000 accouchements par an est passé de 20,9% à 35,7%)
- Diminution du nombre de consultation auprès de l'équipe qui les prendra en charge au moment de la naissance
- Augmentation du taux de césarienne (passé de 17,5% à 20,2%), évolution portant uniquement sur les premières césariennes et les césariennes avant travail
- Augmentation du nombre d'analgésies pendant le travail (74,9% au lieu de 66,5%)

- Taux de prématurité en 2003 : 7,2% pour l'ensemble des naissances, avec 8% d'enfants de moins de 2500 g (tendance à augmenter de façon continue depuis 1995).

2.8 PLAN « PERINATALITE » 2005-2007. HUMANITE, PROXIMITE, SECURITE, QUALITE. (NOVEMBRE 2004)

(réf. 38)

S'appuyant sur les travaux de la Mission Périnatalité de 2003, dont il reprend les grandes orientations (cf 2.6.2.), Mr P. DOUSTE-BLAZY, Ministre de la Santé et de la protection Sociale a décidé de mettre en œuvre un plan d'action pour « moderniser l'environnement de la grossesse et de la naissance » (38), à hauteur d'un budget supérieur à 270 millions d'euros sur trois ans. La volonté affichée est « d'apporter encore plus d'humanité, de proximité, de sécurité et de qualité à la prise en charge de la future maman et de l'enfant à naître ». (38)

2.8.1 L'évolution des principaux indicateurs démographiques depuis le plan périnatalité de 1994

(réf. 38)

	Données au moment du plan de 1994	Objectifs du plan de 1994	Données actuelles
Décès entre le 7 ^{ème} mois de grossesse et le 6 ^{ème} jour de vie	6 261 (taux de mortalité périnatale 8,2 pour 1000)	Diminuer de 18% <i>soit atteindre 6,7 pour 1000</i>	5036 (taux de mortalité périnatale 6,5 pour 1000)
Décès maternels	120 (13,9 pour 100 000)	Diminuer de 30% <i>soit atteindre 9,7 pour 100 000</i>	69 (9 pour 100 000)
Morts subites du nourrisson	1291 (1,7 pour 1000)	Diminuer de 35% <i>soit atteindre 1,1 pour 1000</i>	348 (0,4 pour 1000)

2. Autres indicateurs

Nouveaux nés vivants	759 000		774 782
Morts nés	4 364 (mortalité 5,7 pour 1000)		3563 (mortalité 4,6 pour 1000)
Décès avant le 7 ^{ème} jour de vie	1 897 (taux de mortalité néonatale précoce 2,5 pour 1000)		11627 (taux de mortalité néonatale précoce 2,1 pour 1000)
Décès avant l'âge de 1 mois (28 ^{ème} jour)	2 660 (taux de mortalité néonatale 3,5 pour 1000)		2 324 (taux de mortalité néonatale 3 pour 1000)
Décès avant l'âge de 1 an	5 511 (taux de mortalité infantile 7,3 pour 1000)		3719 (taux de mortalité infantile 4,8 pour 1000)
Handicaps sévères liés à une cause obstétricale	850 (1,12 pour 1000)		stable environ 1,1 pour 1000

2.8.2 Le plan « périnatalité » 2005-2007

Dans son discours de présentation le 10 Novembre 2004 à la Maternité de l'Hôpital Tenon, Mr. DOUSTE-BLAZY partait du constat suivant :

« Le fonctionnement des maternités et leur organisation en réseaux, prévus par le plan de 1994, doivent être améliorés. Toutes les maternités ne respectent pas les normes en vigueur, en particulier dans le public, notamment faute de moyens. Enfin, si l'augmentation du nombre de césariennes qui est passé de 14% en 1991 à 18% en 2001, correspond à une certaine forme de progrès, elle témoigne également d'une « surmédicalisation » de la grossesse et de la naissance. On oublie, trop souvent, de restituer à cette période de la vie son état naturel. Une diversification de l'offre de soins pourrait répondre à ce souhait, souvent exprimé par les associations d'usagers et les professionnels de la naissance. »

« Ce plan doit permettre d'atteindre en 2008, les objectifs fixés par la loi relative à la Santé Publique : réduire la mortalité périnatale à un taux de 5,5 pour 1000 naissances et la mortalité maternelle à un taux de 5 pour 100 000. (cf. également 2.6.1)

Il comporte un ensemble de mesures visant à améliorer la sécurité et la qualité des soins, tout en développant une offre plus humaine et plus proche. Il vise également à améliorer la connaissance du domaine périnatal et à mieux reconnaître les professionnels qui y travaillent. » (38)

Il privilégie la participation des usagers à l'élaboration de la politique périnatale, à travers la création d'une Commission Nationale de la Naissance, qui sera un lieu de discussion et de propositions avec les professionnels, en fédérant les CRN (cf. 2.4.6.)

Le plan cherche tout d'abord à moderniser l'environnement médical de la grossesse et de l'accouchement

Ceci passe par 4 mesures principales :

1) La mise au norme des maternités (imposant un effort financier considérable : 132 millions d'euros dégagés pour 2005 pour les établissements publics et privés). L'objectif est de recruter près de 500 sages-femmes, un peu moins de 400 praticiens hospitaliers et 1300 infirmières.

2) L'amélioration de l'organisation des transports des mères et des nouveau-nés, qui doit être graduée. Elle doit s'appuyer sur le développement des Services Mobiles d'Urgence et de Réanimations pédiatriques. Une aide financière de 9 millions d'euros pour les SMUR pédiatriques, et de 18 millions d'euros pour les transports inter-hospitaliers en 2006, est accordée. Ceci devrait permettre de recruter environ 50 praticiens hospitaliers, une trentaine d'infirmiers et une vingtaine d'ambulanciers pour les SMUR, et plus de 300 infirmières pour les transports inter-hospitaliers.

3) L'amélioration des prises en charge en réanimation pédiatrique : des schémas régionaux des services de réanimation pédiatrique permettront un maillage du territoire qui garantira une prise en charge de première intention, partout où cela s'avère nécessaire pour les nourrissons et les enfants. Le coût de cette mesure est également considérable : 43 millions d'euros.

4) La création et le développement des réseaux de santé de proximité ville/PMI/hôpital

en amont et en aval de l'organisation inter-établissement.

Ils garantiront le meilleur accès aux soins pour l'ensemble de la population et amélioreront la qualité de la prise en charge de la mère et de son enfant autour de la naissance. L s'agit d'orienter la femme enceinte vers le lieu le mieux adapté à la surveillance de sa grossesse, en privilégiant, si possible, la proximité de son lieu d'habitation, tout en respectant son libre choix. L'objectif est de créer « une « communauté périnatale » correspondant à l'ensemble des professionnels de la naissance qui appartiennent au réseau ». (38)

L'objectif était de couvrir avant la fin 2007 tout le territoire français par des réseaux :

- En élaborant un cahier des charges national introduisant la création d'un « label » des réseaux de périnatalité (réf. 38)
- En donnant « des instructions aux ARH dans le cadre d'une circulaire pour mettre en place des réseaux de périnatalité associant la ville, l'hôpital et les services de PMI » (réf. 38), la PMI étant un acteur clé des réseaux de périnatalité.
- Ces derniers seront financés par la Dotation Nationale de Développement des Réseaux (DNDR) s'ils sont conformes au cahier des charges (budget de 6 millions d'euros supplémentaires pour l'année 2005.

Le plan « périnatalité » vise ensuite à améliorer l'environnement psychologique et social de la mère et de l'enfant.

Cette démarche comporte cinq objectifs :

1) Mettre en place un « entretien individuel du 4^{ème} mois » pour accompagner plus efficacement les parents ; en sus du bilan général et obstétrical, et de la préparation à la naissance comportant des séances préparatoires à l'accouchement, il sera proposé à toutes les femmes enceintes et aux futurs parents un entretien individuel, ou en couple, au cours du 4^{ème} mois. Il sera réalisé sous la responsabilité principalement des sages-femmes. Cette réforme très attendue constitue une des mesures phare du plan, pour laquelle 26 millions d'euros sont engagés. L'arrêté modifiant la nomenclature des actes professionnels permet une rémunération spécifique (2,5C soit 50 euros) pour les sages-femmes ou les médecins qui réaliseront cet entretien.

2) Mieux prendre en compte l'environnement psychologique de la naissance. Une circulaire (65) , publiée en juillet 2005, demande au directeurs des ARH de procéder, par l'intermédiaire des CRN, à un état des lieux des collaborations médico-psychologiques en lien avec la naissance, d'œuvrer pour le développement de réseaux multidisciplinaire, et de mieux définir les conditions d'intervention des psychologues, et de prévoir ainsi leur recrutement. (18 millions d'euros).

3) Individualiser des espaces physiologiques au sein même des maternités et expérimenter des **maisons de naissance** attenantes à des plateaux techniques privés ou publics.

4) Apporter une réponse appropriée aux femmes en situation de précarité. Toute

grossesse, chez une femme en situation de précarité, doit être considérée comme une grossesse à risque. Il faut adopter l'offre de soins aux besoins des femmes, des couples les plus démunis. En améliorant tout d'abord l'accès aux droits sociaux de ces femmes. Ensuite, en adaptant les pratiques des professionnels par l'information et la formation de l'ensemble des réseaux professionnels et associatifs. Enfin, en accompagnant ces femmes et ces couples dans leur démarche de soins. 1 million d'euros y seront consacré.

5) Améliorer le dispositif de prise en charge à long terme des nouveau-nés susceptibles de développer un handicap. Pour cela, il est nécessaire notamment, après l'accouchement, de suivre et prendre en charge sur le long terme les nouveau-nés exposés au risque de développement d'un handicap. L'objectif consiste à améliorer le dispositif de prise en charge au sortir de la maternité et, au-delà, à renforcer les moyens de suivi, ainsi que la promotion des aides spécifiques à domicile. La trame de fond de ce dispositif est constituée des réseaux ville-hôpital, au sein desquels doit être assuré le maillage des Centres d'Action Médico-Sociale Précoce. Le Gouvernement a décidé de consacrer près de 20 millions d'euros jusqu'en 2007.

Ce plan vise également à mieux reconnaître les professionnels de la naissance par la prise en compte, à leur juste valeur, des activités de périnatalité dans la tarification à l'activité.

Les sages-femmes doivent faire l'objet d'une attention toute particulière, notamment pour leur formation et le déroulement de leur carrière. Sur le plan démographique, il faut aussi maintenir un nombre suffisant de places au concours d'entrée dans les écoles de sages-femmes. Pour l'année 2005, ce chiffre a été augmenté à 1000 (900 en 2002).

Concernant les médecins, il est indispensable de renforcer la formation des médecins généralistes prenant en charge des femmes enceintes, en leur proposant des formations continues sur le thème de la périnatalité. De même, il est recommandé de renforcer la formation des pédiatres de ville en néonatalogie.

Le carnet de santé de maternité sera refondu. Ce carnet, donné dès la première consultation de grossesse, s'intégrera au dossier médical personnel informatisé. Il contiendra notamment des informations lui permettant de jouer un 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 auto prescrits, ou encore de risques liés à certaines infections.

La mise en œuvre de ce plan prévoit un dispositif de suivi spécifique organisé autour d'un système d'information en périnatalité.

Ce système d'information en périnatalité doit fédérer les professionnels de la naissance et permettre de disposer de données épidémiologiques pour mieux adapter les actions destinées à améliorer la prise en charge des futures mères et des nouveau-nés, dans le respect de l'évolution des pratiques médicales.

En outre, un comité de suivi du plan doit avoir pour objectif de vérifier que les financements arrivent bien là où il faut et que les recrutements s'effectuent.

3 EXEMPLES DE RESEAUX PERINATOLOGIE INCLUANT DES MEDECINS GENERALISTES

3.1 INTRODUCTION

La présentation de quelques expériences nous a paru intéressante, en terme d'exemple. Les différents réseaux ont été joints par téléphone, par courrier ou par email, afin d'obtenir de plus amples informations. La plupart d'entre eux disposent d'un site internet, diffusant également de nombreux renseignements, avec un accès grand public ou professionnels de santé.

Il ne s'agit en aucun cas d'essayer de plaquer un schéma tout fait sur la situation actuelle dans notre département. Au contraire, nous allons le voir, tous ces réseaux sont très différents, dans leurs objectifs, leur façon de fonctionner, leur situation géographique et leur organisation interne. Tous, par contre, incluent des médecins généralistes (ce qui n'est pas le cas de l'ensemble des réseaux de périnatalité).

Chacun de ces réseaux a été créé en s'adaptant à une situation locale spécifique, avec des moyens et des objectifs réalistes, compte tenu de l'état des lieux local.

C'est cette diversité et cette capacité réaliste d'adaptation qui nous a paru particulièrement intéressante. C'est en cela que ces différents réseaux peuvent servir d'exemple, autant que par les différents aspects de leur fonctionnement qui ont réussis ou échoués.

3.2 LE RESEAU DE SUIVI DES ENFANTS VULNERABLES (BOURGOGNE)

(réf. 69)

Le réseau de « suivi des enfants vulnérables » de Bourgogne est un réseau spécifiquement « pédiatrique ». Il s'agit essentiellement d'un réseau « post natal » intégré dans le réseau périnatal régional de Bourgogne.

La plupart de ces renseignements ont été obtenus grâce au Dr Francis MICHAUX, médecin coordinateur du réseau.

3.2.1 Points forts du réseau :

Le développement de ce réseau vise à répondre à un besoin spécifique en périnatalité (difficulté d'un suivi harmonisé de l'ensemble des enfants à risque).

Il est inclus dans le Réseau Périnatal régional de Bourgogne, fonctionnant de façon harmonisée avec celui-ci.

Il s'agit d'un réseau « ville-hôpital » faisant appel à tous les médecins acteurs de la périnatalité (pédiatres, médecins généralistes, médecins de PMI).

Il propose des fiches de consultation avec grilles pré-établies visant à faciliter et harmoniser le déroulement des consultations.

3.2.2 Historique

Le réseau périnatal de Bourgogne (RPB) s'est développé depuis 1992 pour faire face aux mauvais résultats en termes de mortalité périnatale et au taux élevé de petits poids de naissance dans la région Bourgogne. Le RPB prend en charge l'ensemble des femmes enceintes et des nouveau-nés de la région, soit 18 500 naissances par an, englobant les 17 maternités en un réseau inter-établissements.

Ce réseau historique s'est étendu « en aval » depuis 2003, avec la création du « réseau de suivi des enfants vulnérables ». Cette ramification du RPB correspond en fait à un réseau ville-hôpital, centré sur la surveillance des enfants les plus à risque de déficience et de handicap. Cette extension répond au désir d'étendre le champ d'action du RPB.

3.2.3 Objectifs

L'objectif de ce réseau est d'identifier les enfants à risque et d'organiser rigoureusement un suivi médical.

3.2.4 Mode de fonctionnement

3.2.4.1 Membres

Il s'agit de médecins, hospitaliers ou libéraux, exerçant en Bourgogne : pédiatres, médecins généralistes et médecins de PMI. Ces médecins sont nommés « médecins référents » au sein du réseau.

Leur recrutement a été effectué sur la base du volontariat, au moment de la création du réseau. Ce projet a été lancé à l'initiative du Professeur GOUYON, chef du service de réanimation pédiatrique de Dijon, seule maternité de niveau III en Bourgogne.

Une invitation a été faite à l'ensemble des médecins généralistes, pédiatres et médecins de PMI de la région, sous forme de réunions organisées sur tout le territoire. 101 « médecins référents » ont ainsi été recrutés.

A l'issue de cette présentation, 2 cycles de formation étaient organisés :

- Une première formation consistait en un séminaire de 2 jours sur la prise en charge psycho affective des familles.
- Une deuxième formation, basée sur un CD Rom, était une partie plus technique sur le diagnostic et la prise en charge des déficiences de l'enfant.

3.2.4.2 Mode d'inclusion des patients

La définition d' « enfant vulnérable » est une définition propre à ce réseau. Le repérage de ces enfants est laissé au jugement des pédiatres néonatalogistes.

En résumé, cette définition correspond aux :

- Grands prématurés (moins de 32 SA),
- Pathologies sévères (non précisées, mais en général, enfants passés en service de réanimation),
- Grands hypotrophes (inférieurs au 3^{ème} percentile),

- Enfants nés à 33 ou 34 SA, avec une hospitalisation longue (supérieure à 3 semaines).

L'inclusion de ces enfants au réseau est proposée systématiquement aux familles à la maternité. Il y a très peu de refus de la part des parents à ce moment de la prise en charge.

Ceci représente environ 650 enfants par an.

3.2.4.3 Rôle respectif des intervenants

C'est la famille qui choisit le médecin qui effectuera le « suivi réseau » de son enfant. Le premier rendez-vous est alors pris par le personnel de la maternité et remis aux parents avant la sortie. Ce rendez-vous est transmis simultanément à la cellule de coordination du réseau, qui s'assure que les enfants inclus ne soient pas perdus de vue.

Le premier « rendez-vous réseau » est effectué à 3 mois d'âge corrigé. Un premier rendez-vous est conseillé 2 à 4 semaines après la sortie de la maternité ou du service de pédiatrie, mais non structuré par le réseau. Cette première consultation permet une prise de contact avec le médecin qui effectuera le suivi.

Les « rendez-vous réseau » sont ensuite effectués à 6, 9, 12, 18 et 24 mois d'âge corrigé, puis tous les ans, jusqu'au moins 7 à 8 ans, voir plus.

Si une déficience est constatée par le médecin référent, aucune consigne n'est donnée par le réseau, ceci en raison du manque de « médecins ressources » au niveau régional.

C'est le médecin référent qui oriente la famille vers un médecin ou un service spécialisé (CAMPS en règle générale).

3.2.4.4 Eléments relatifs à la qualité de la prise en charge

Chaque « rendez-vous réseau » est formalisé par une double fiche que possède le médecin référent (voir 3.2.4.5). La durée d'une consultation est d'environ 1 heure à chaque fois. A noter qu'un financement de 32 euros, en plus de la cotation d'honoraires habituelle, est attribué aux médecins référents libéraux pour chaque « rendez-vous réseau » (financement par la Dotation Régionale pour le Développement des réseaux).

Une formation initiale des différents professionnels de santé, a été effectuée lors du lancement du réseau. Des mises à jour régulières sont envisagées, dont les thèmes seraient définis en fonction des désirs et des besoins des praticiens.

3.2.4.5 Dossier médical partagé

Le médecin référent possède une double fiche pour chaque « rendez-vous réseau ». La première partie est remplie par la famille et concerne des facteurs psycho-sociaux (moral de la mère selon l'échelle d'Edinbourg, signes de souffrance psychique de l'enfant, données sociales diverses : situation familiale, travail, logement...).

La deuxième partie est remplie par le médecin référent, pendant la consultation. Y sont mentionnés quelques items, appareil par appareil.

Un exemplaire des résultats est ensuite communiqué à la famille et au médecin traitant de l'enfant. Un double est renvoyé à la cellule d'évaluation du réseau, à des fins statistiques, d'évaluation du réseau et de recherche.

3.2.5 Résultats

Le réseau de suivi des enfants vulnérables est encore très récent. Les premiers enfants suivis par le réseau ont eu environ 2 ans en 2006.

La première évaluation du réseau est en cours en 2007. Selon le Dr MICHAUX, médecin coordinateur du réseau, les points qui ressortent sont :

- Bonne acceptation par la famille de l'inclusion dans le réseau, à la maternité,
- Le fait de donner le premier « rendez-vous réseau » avant la sortie de la maternité diminue considérablement le nombre de perdus de vue,
- La partie des questionnaires remplie par la famille est souvent très bien renseignée ,
- Ce sont les familles socialement fragiles qui abandonnent le plus vite le « suivi réseau » et sont le plus souvent perdues de vue,
- Il existe, pour le moment, une sous-utilisation des médecins généralistes de proximité par les familles, qui se tournent le plus souvent vers le pédiatre ayant effectué le suivi de l'enfant en milieu hospitalier. Ceci devrait être amené à changer progressivement, avec l'augmentation du nombre d'enfants inclus dans le réseau, et l'impossibilité, pour les pédiatres hospitaliers, de répondre à toutes les demandes.

3.3 LE RESEAU DU HAUT NIVERNAIS

Il s'agit d'un réseau de périnatalité, en milieu rural, centré sur les médecins généralistes. C'est, parmi les exemples cités dans ce travail, le réseau où l'implication des médecins généralistes est maximale.

3.3.1 Points forts :

- rôle pivot du médecin généraliste,
- prise en charge médicale, sociale et psychologique de la grossesse, avec des professionnels de santé et sociaux spécialisés,
- dossier médical commun,
- communication « obligatoire » entre les différents acteurs de la prise en charge,
- formation des professionnels, rédactions de protocoles de prise en charge,
- auto évaluation stricte et régulière.

3.3.2 Historique

(réf. 53 et 69)

En 1994, le réseau de santé du Haut Nivernais a été pionnier dans l'organisation d'une prise en charge médico-psycho-sociale de la grossesse.

Il s'agissait alors de réorganiser la prise en charge des grossesses afin d'éviter la fermeture de la maternité de Clamecy. L'isolement et la situation sociale des femmes de cette région (beaucoup de femmes seules, sans emploi et sans moyen de locomotion) rendaient nécessaire le maintien de cette maternité de proximité, mais il était indispensable d'améliorer la qualité de la prise en charge.

En effet, les grossesses étaient alors suivies à 70 % par des médecins généralistes, mais le suivi n'était pas satisfaisant, et les carnets de maternité remplis à seulement 3%. Beaucoup de grossesses à risque étaient prises en charges au dernier moment et de façon non programmée, alors que beaucoup de femmes ayant une grossesse sans facteurs de risques avaient tendance à accoucher à distance. Parallèlement, le volume d'activité de la maternité diminuait.

Il s'agit d'un réseau périnatal local, de proximité, qui fonctionne à l'intérieur du Réseau Périnatal régional de Bourgogne (RPB).

3.3.3 Objectifs

(réf. 51 et 69)

Ce réseau s'est fixé des objectifs visant à :

- Améliorer la prise en charge de la grossesse par le dépistage des risques médico psycho sociaux (avec la réalisation d'une visite du 4e mois à domicile) et l'orientation appropriée des patientes,
- Améliorer les pratiques professionnelles par la formation des intervenants et la diffusion de référentiels et de protocoles de bonne pratique,

-
- Améliorer le suivi continu de la grossesse par la coordination des intervenants et l'utilisation d'un outil de liaison (carnet de suivi de grossesse propre au réseau : il présente de façon explicite les protocoles de suivi de grossesse, et consigne les examens et bilans),
 - Offrir un soutien psychologique aux patientes qui en auraient besoin.

3.3.4 Mode de fonctionnement et place des généralistes

3.3.4.1 Membres du réseau

(réf. 51 et 52)

Le réseau regroupe :

- L'association d'usagers du RSHN,
- Les médecins généralistes de la zone desservie par l'hôpital et adhérents à l'association,
- Le centre hospitalier de Clamecy, et plus spécifiquement les obstétriciens et les sages femmes de la maternité de Clamecy,
- Les maternités de référence niveau 2 et 3 (Nevers, Auxerre, et Dijon),
- Les services de PMI du conseil général de la Nièvre et notamment :
 - o Une sage femme chargée plus particulièrement des visites à domicile des femmes enceintes dans le quatrième mois de grossesse dans un but d'information, d'éducation à la santé, et de repérage des facteurs de risques médico-sociaux et psychologiques
 - o Un mi-temps de sage femme de PMI qui assure les suivis renforcés des femmes repérées comme étant à haut risque médical, social et/ou psychologique
 - o Une puéricultrice de PMI qui assure le suivi post natal
- La circonscription d'action médico-sociale de Clamecy et plus particulièrement les assistants sociaux,
- La psychologue du réseau,
- Les soignants appartenant à l'inter secteur de pédopsychiatrie,
- Les soignants appartenant au secteur de psychiatrie adulte,
- Les laboratoires du secteur.

3.3.4.2 Mode d'inclusion des patientes

(réf. 51 et 53)

Sont incluses dans le RSHN, les patientes dont la déclaration de grossesse a été faite par un médecin adhérent au réseau ou les patientes dont la grossesse est signalée par un acteur du réseau ou par elle-même. Ce signalement précoce permet un dépistage rapide et quasi systématique des grossesses à risques, ce que n'arrivait pas à faire la seule PMI à cause de la lenteur administrative du parcours de la déclaration de grossesse via la CAF, et au dépistage seulement probabiliste (épidémiologique) sur dossier.

3.3.4.3 Rôle respectif des intervenants

(réf. 51)

Les règles de coordination du réseau proposées à l'ensemble des membres dans la « charte périnatalité » du RSHN sont présentées ci-dessous. Elles définissent les modalités de fonctionnement du RSHN et le rôle respectif de chaque intervenant.

- Expliquer lors de la visite initiale et de façon détaillée, à chaque patiente, les objectifs et le fonctionnement du réseau. Remettre à la patiente le carnet de suivi de la grossesse contenant l'acte d'engagement à signer.
- Respecter le libre choix du lieu d'accouchement de la patiente, dès lors qu'elle s'adresse à un établissement dont le niveau de soins correspond à son niveau de risque.
- Informer la sage-femme réseau dès la déclaration de grossesse, avec l'accord de la patiente.
- S'engager à un effort particulier en matière de dépistage du risque médical, social et psychologique, et à ce titre proposer systématiquement aux femmes une visite à domicile de la sage-femme réseau.
- Prendre contact avec le gynécologue obstétricien de la maternité en cas de dépistage de risque médical afin de déterminer le plus tôt possible, en commun, la conduite à tenir.
- S'engager à réaliser l'ensemble des procédures telles que proposées dans le protocole de suivi (...)
- En cas de doute sur la conduite à tenir lors de la consultation, prendre contact avec l'obstétricien et/ou lui adresser la patiente.
- Réaliser le suivi jusqu'à la fin du 7ème mois (pour le médecin généraliste) et « passer la main » en règle générale vers la 31ème semaine pour les grossesses normales, plus tôt et en accord avec l'obstétricien pour les grossesses à risque, en fonction du niveau de risque repéré.
- Les médecins généralistes devront être prévenus dans les 48 heures par les moyens les plus adéquats de la survenue de chaque naissance, ou de tout événement survenant inopinément pendant la grossesse.
- Le suivi postnatal doit être réalisé par le médecin traitant auquel sera adressé la femme et son enfant. Si la femme refuse ou si des raisons médicales justifient de faire appel à un autre intervenant, le médecin traitant devra en être informé par la maternité et la décision prise en commun.
- Les membres du réseau s'engagent à travailler en collaboration avec l'infirmière puéricultrice de PMI et avec la psychologue réseau lors du suivi post natal de la femme et du nourrisson, notamment lors du repérage de problèmes spécifiques.
- Les membres du réseau s'engagent dans la mesure de leurs disponibilités à participer à l'évaluation du réseau qui pourra revêtir différentes modalités. L'une d'entre elles consistera en une réunion de relecture de l'ensemble des dossiers qui permettra le repérage de certains dysfonctionnements, l'amélioration des procédures de suivi et à termes le service rendu aux femmes et aux enfants.
- Chaque membre du réseau s'engage à utiliser le carnet de suivi de grossesse comme outil de liaison au sein du réseau, à chaque consultation.

3.3.4.4 Éléments relatifs à la qualité de la prise en charge

(réf. 51 et 53)

- **Réunions techniques bi annuelles** permettant la conduite d'évaluation des pratiques et des organisations.
- **Rencontres Maternité/Réseau/Sage-femme de PMI** 2 fois par mois qui permettent la revue des dossiers en cours et une diffusion des informations.
- **Rencontres Maternité/Réseau/Puéricultrice de PMI** hebdomadaires qui permettent de coordonner le suivi en post partum et de cibler les patientes nécessitant une visite à domicile rapide.

3.3.4.5 Dossier médical partagé

(réf. 50)

C'est l'outil de travail et de communication essentiel du réseau. Il est confié aux patientes et est rempli par chaque intervenant au cours de la grossesse.

Ces informations sont secondairement saisies informatiquement par l'assistante de direction du réseau après l'accouchement de la patiente, afin de servir à l'évaluation externe du travail de l'association et de pilotage.

3.3.4.6 Référentiels et protocoles

(réf. 51)

Les référentiels utilisés, les protocoles de prise en charge et les documents d'information sont regroupés dans un classeur remis aux médecins généralistes adhérents, et remis à jour régulièrement par l'envoi de documents à insérer.

3.3.5 Résultats de l'évaluation triennale : 2004-2006

(réf. 53)

En 2004, il y a eu 220 accouchements à la maternité de Clamecy, 204 accouchements en 2005. Environ 16% de ces patientes n'ont pas été vues en réseau.

En 2004, sur les 220 accouchements, il y a eu 8 transferts in utero (3,6 %), 7 accouchements à moins de 37 SA (3,18 %), 10 transferts dans le post partum (4,54 %).

En 2005, sur les 204 accouchements, il y a eu 8 transferts in utero (3,92 %), 6 accouchements à moins de 37 SA (2,94 %), et 5 transferts dans le post partum (2,45 %).

100% des femmes incluses qui ont accepté la visite à domicile de la sage femme réseau en ont bénéficié.

Le passage d'une infirmière du CMP enfant à la maternité a bénéficié à 72,3% des accouchées rencontrées en 2004, 62% en 2005.

En 2005, 35,65% des femmes allaitantes ont participé aux groupes de soutien à la

maternité.

Le RSHN a lancé en 2006 une enquête de satisfaction auprès des femmes ayant bénéficié de la visite à domicile de la SF réseau, entre 2004 et 2005. Il y a eu 182 réponses (soit un taux de participation de 47,89 %) Les principaux éléments ressortant de cette enquête sont :

- Une bonne information des femmes sur l'existence du réseau (38% par le MG, 24,3% par l'obstétricien, 25,4% par une sage-femme)
- Une bonne distribution et un bon remplissage du carnet de maternité (85,8% des cas)
- La satisfaction des patientes (45,5% très satisfaites, 48,61% plutôt satisfaites)
- Un suivi par le réseau en postnatal important (59,5% des femmes répondantes ont reçu la visite de la puéricultrice de PMI en postnatal)

3.4 LE RESEAU BLUETS-VILLE

Le réseau Bluets-Ville est un exemple de micro réseau territorial en milieu urbain. (25)

3.4.1 Points forts :

Les axes de travail de ce réseau sont :

- Le suivi des grossesses en fonction du niveau de risque, ce qui redonne à chacun (sage-femme, médecin généraliste, obstétricien) sa place dans la prise en charge.
- L'harmonisation et l'amélioration des pratiques professionnelles.
- La prise en charge psycho-sociale par les services de PMI, facilitée par des contacts fréquents (bi-hebdomadaires).

3.4.2 Historique

(réf. 35)

La maternité des Bluets se situe dans le 12^e arrondissement de Paris. Officiellement, elle se nomme « hôpital des métallurgistes Pierre Rouquès ». Il s'agit d'un établissement PSPH (participant au service public hospitalier). Il s'agit d'une maternité de niveau I, qui réalise environ 1730 accouchements par an (chiffres 2003).

Le réseau Bluets ville a été créé début 2000.

3.4.3 Objectifs

(réf. 34)

Les objectifs de ce réseau sont :

- L'amélioration de la collaboration entre professionnels de santé hospitaliers et libéraux, intervenant dans le suivi des grossesses.
- L'orientation des femmes enceintes vers un suivi de leur grossesse en fonction de leur niveau de risque, et désengorger ainsi la consultation hospitalière d'obstétrique.
- La formalisation de la collaboration entre maternités pour la prise en charge pré ou postnatale des enfants nécessitant une surveillance particulière.

3.4.4 Mode de fonctionnement

(réf. 35)

Il existe différents acteurs participant au travail du réseau de la maternité des Bluets :

- Le réseau « ville-hôpital » à proprement parler fonctionne avec des médecins généralistes et des gynécologues de la région. Il concerne le suivi des grossesses, mais aussi le suivi gynécologique des femmes. En effet, le service de gynécologie-

obstétrique des Bluets a été contraint depuis 2003 d'arrêter toutes ses consultations de gynécologie médicale, devant une surcharge de travail importante, afin de pouvoir se consacrer à la prise en charge des grossesses et des problèmes chirurgicaux.

Lors de la première consultation de grossesse, la femme enceinte est orientée vers un praticien en fonction de son niveau de risque. Les grossesses à bas risque sont prises en charge par les sages femmes de la maternité ou des médecins généralistes. En l'absence de problème, ces grossesses sont suivies ainsi jusqu'à la fin du sixième mois, puis sont adressées à l'obstétricien. Inversement, le médecin généraliste est tenu informé rapidement en cas de complications, et assure le suivi à domicile dans le post partum.

- Un réseau de prise en charge commune entre plusieurs gynécologues et le centre de procréation médicalement assisté de la maternité.
- Une collaboration avec un diabétologue exerçant en ville et à l'hôpital Pitié Salpêtrière.
- Dans le cadre de la PMI, des réunions bi-hebdomadaires ont lieu à la maternité et réunissent des sages-femmes, des puéricultrices et des travailleurs sociaux. Cette collaboration propose une prise en charge pluridisciplinaire et un suivi adapté aux femmes en difficultés sociales et/ou psychologique. Un partenariat existe avec le centre d'accueil du Vésinet en cas de détresse nécessitant une hospitalisation avant ou après l'accouchement.
- Un réseau de suivi postnatal (maternel) fonctionne en collaboration avec des sages femmes et des kinésithérapeutes libéraux.
- Conventions inter-hospitalières avec des maternités de niveaux supérieurs, ou des services de réanimation adulte.

3.4.5 Résultats

Il n'existe pas, à ce jour, d'évaluation publiée de ce réseau.

3.5 LE RESEAU PERINATAL HAUTE NORMANDIE

Les renseignements concernant ce réseau ont été obtenus principalement grâce à l'aide de Mme Catherine LEVEQUE, coordonnatrice des projets.

3.5.1 Les points forts :

Le réseau est construit sur une volonté de réaliser les objectifs suivants:

- Réorganisation du système de soin pour faire face avec réalisme aux problèmes régionaux,
- Création d'un réseau ville-hôpital, incluant les MG de proximité,
- Développement de prises en charge spécifiques dans les domaines de la psycho-périnatalité et des addictions,
- Développement d'une branche pédiatrique au sein du réseau.

3.5.2 Historique

(réf. 60)

Le réseau périnatal Haute Normandie a vu le jour en 2000 sous l'impulsion des tutelles, en particulier de la DRASS, qui incitaient les professionnels à ce type d'organisation des soins.

Comme dans beaucoup de régions, les principales difficultés à laquelle la région Haute Normandie avait à faire face était la pénurie d'obstétriciens et de médecins, de façon plus générale. A ceci s'ajoutaient des indicateurs démographiques à améliorer, ainsi qu'une forte proportion de familles en situation de précarité, et un fort taux d'alcoolisme.

Il s'agissait au départ d'un réseau inter-établissement ce réseau a pu évoluer à partir de 2006 vers un réseau ville-hôpital, grâce aux financements de la DRDR.

Depuis 2007, à la partie « anténatale » s'ajoute une ramification « postnatale » pédiatrique pour le suivi des enfants à risque.

3.5.3 Objectifs du réseau

(réf. 58 et 59)

L'objectif du réseau périnatal de Haute Normandie est d'harmoniser, sur l'ensemble territoire du réseau, la prise en charge avant et après la naissance en visant :

- L'adaptation du suivi au risque médical, en identifiant précocement les risques, et en orientant les mères et les nouveaux nés vers le lieu de soins approprié ;
- L'amélioration des compétences des professionnels, grâce au partage des informations du dossier médical, à la formation (diffusion des connaissances et des pratiques utilisées) et à l'utilisation de nouveaux outils technologiques ;
- L'amélioration de la qualité attendue par les patientes : prise en charge globale, mise à disposition d'informations diverses, dont l'évaluation du réseau, maintien de la cohésion familiale (proximité du domicile et maintien du lien mère-enfant) ;

3.5.4 Mode de fonctionnement

(réf. 58, 59 et 61)

3.5.4.1 Membres

Les personnes physiques composant le réseau sont :

- Les professionnels de santé, travaillant en secteur public ou privé, dans les services d'obstétrique, de pédiatrie néonatale, et de réanimation,
- Les professionnels libéraux (médecins spécialistes ou généralistes, sages-femmes),
- les professionnels de PMI,
- Les professionnels exerçant dans les structures spécialisées qui suivent les jeunes enfants (CAMPS, CMPP, SESSAD...).

Les personnes morales composant le réseau sont des établissements de santé publics ou privés, des associations de professionnels de santé, des associations d'usagers, les collectivités territoriales.

3.5.4.2 Mode d'inclusion des patientes

La prise en charge par le réseau de santé concerne toutes les femmes enceintes et leur nouveau-né pendant la grossesse et la période postnatale.

Elles accèdent au réseau de santé, si elles y consentent, lorsqu'elles sont prises en charge par un ou plusieurs professionnels de santé adhérents.

A noter que toutes les maternités de la région Haute Normandie, publiques et privées, ont adhéré au réseau.

3.5.4.3 Rôle respectif des intervenants

Pour le moment, le réseau ville-hôpital n'est pas encore opérationnel. Il est en train d'être mis en place. 70 médecins généralistes ont adhéré depuis 2006. Ils sont en cours de formations (soirées thématiques sur le suivi conjoint de la grossesse, et la grossesse pathologique).

Un dossier médical partagé informatisé, sous forme de « fiches », a été créé par une des commissions du réseau (obstétriciens et médecins généralistes).

Le suivi conjoint de la grossesse sera organisé de la façon suivante, pour les grossesses à bas risque, en l'absence de problème : suivi mensuel de la femme enceinte par les médecins généralistes. Au cours du suivi, 3 visites à la maternité, auprès d'un obstétricien : au 4e, 8e et 9e mois.

A cette partie « suivi de grossesse » s'ajoute depuis 2007 une partie « suivi des enfants à risque », qui ne concerne pour le moment que les pédiatres. Ce suivi consiste en un repérage des « enfants à risque » à la maternité. Les enfants ainsi inclus dans le réseau sont ensuite suivis annuellement par un pédiatre, jusqu'à l'âge de 8 ans.

3.5.4.3 Eléments relatifs à la qualité de la prise en charge

Il existe 4 commissions techniques permanentes, qui assistent les différentes instances du réseau : « référentiels du réseau », « informatique » (site internet et visioconférence, dossier personnel partagé), « formations » et « évaluation ».

A celles-ci s'ajoutent 6 groupes de travail spécifiques, désignées par le bureau pour suivre un projet en particulier. Tout professionnel de santé, adhérent au réseau, qui le désire peut s'inscrire dans n'importe quel groupe.

- « suivi conjoint de la grossesse »
- « suivi des enfants à risque »
- « malformations fœtales et IMG, morts fœtales in utero inexplicées »
- « addiction et périnatalité »
- « psychopathologie de la périnatalité »
- « allaitement maternel »

3.5.4.4 Dossier médical partagé

Un dossier médical partageable commun et informatisé est mis en ligne sur un serveur sécurisé. Les items choisis pour le dossier sont minimums et ont été établis à partir du dossier AUDIPOG simplifié.

3.5.4.5 Référentiels et protocoles

Ils sont mis à la disposition de tous les professionnels sur le site internet.

3.5.5 Résultats

Pour le moment, le réseau étant encore « en cours de construction », il n'y a pas eu ni publication, ni évaluation du travail du réseau.

3.6 LE RESEAU PERINATAL DU GRAND LYON : RESEAU AURORE

Ce réseau est intéressant de par son envergure et son ancienneté. La région Rhône-Alpes est une région beaucoup plus vaste et surtout beaucoup plus peuplée que la région Champagne Ardennes. Le réseau Aurore a su s'adapter à cette envergure, et tirer profit : du nombre élevé de professionnels de santé et de maternité d'une part, ainsi que du nombre élevé de naissances d'autre part, ce qui lui permet de mener des études pouvant faire référence.

3.6.1 Points forts :

Ce réseau de santé périnatale utilise un dossier médical personnel partagé informatisé inter réseaux régionaux.

Ses objectifs spécifiques d'amélioration sont l'organisation du dépistage prénatal, la psycho périnatalité, le maintien du lien familial et social de la mère et du nouveau-né, et du lien mère-enfant.

L'envergure du réseau lui permet mener des évaluations de pratiques professionnelles, et de nombreuses publications.

3.6.2 Historique

(réf. 48)

La première convention du réseau périnatal du grand Lyon fut signée le 13 Novembre 2002. Il s'agissait au départ de créer un réseau inter-établissements, entre 35 établissements de santé publics et privés, représentant au total environ 40 000 naissances par an. L'objectif de ce réseau initial était, dans un premier temps, d'améliorer la prise en charge des grossesses en fonction du niveau de risque et du niveau de la maternité, et d'organiser les transferts in utero entre établissements (ou néonatal de l'enfant ou de la mère), en privilégiant autant que possible les transferts in utero.

Dès cette première convention, la volonté de s'ouvrir sur les professionnels de santé libéraux était mentionnée, ceci étant envisagé quand le réseau serait consolidé dans sa forme initiale.

La deuxième convention, incluant ces professionnels libéraux (gynécologues et obstétriciens, sage femmes, médecins généralistes et pédiatres) fut adoptée le 14 Avril 2005. Dès lors, il s'agit d'un véritable réseau ville-hôpital.

3.6.3 Objectifs

(réf. 48)

Les objectifs du réseau sont :

- Un meilleur suivi des grossesses, notamment dans l'organisation des relations dans le cadre du diagnostic prénatal et dans le domaine de la psycho-périnatalité,
- Une amélioration des prises en charge, notamment en assurant l'orientation des parturientes vers le type de maternité le mieux adapté, au regard des risques obstétricaux et néonataux appréciables, et en garantissant la complémentarité et la continuité des prises en charge,

-
- Une organisation du transfert in utero et néonatal, si besoin, des enfants et/ou des mères vers les unités de néonatalogie ou de réanimation néonatale ou de réanimation adulte. Privilégier autant que possible les transferts in utero,
 - De favoriser le maintien du lien familial ou social des nouveaux nés et de leur mère en cas d'éloignement important,
 - De promouvoir l'évaluation des organisations et concourir à l'amélioration de la qualité des soins,
 - De mettre en œuvre des actions ciblées, durables ou ponctuelles, dans le domaine de l'éducation sanitaire et de la formation permanente.

3.6.4 Mode de fonctionnement

(réf. 47, 48 et 49)

3.6.4.1 Membres

Sont membres du réseau :

- Les établissements de santé publics ou privés,
- Les professionnels de santé libéraux,
- Les conseils généraux,
- Les associations et structures médico sociales.

La limite d'adhésion est constitué par le territoire géographique (8 « bassins de santé de la région Rhône Alpes)

3.6.4.2 Mode d'inclusion des patientes

Il n'y a pas de signature par les parents d'un document formalisé d'adhésion.

3.6.4.3 Rôle respectif des intervenants

Travail sous forme de plusieurs commissions :

- cellule de coordination et d'évaluation chargée de l'évaluation de l'activité clinique et de la qualité des soins
- commission « expertises, savoirs et pratiques » chargée de la validation et de la diffusion de protocoles communs
- commission « évaluation du réseau et informatique » qui assure la gestion méthodologique et logistique des travaux d'évaluation, ainsi que la partie « informatisée » du réseau
- commission « communication »
- commission « formation »

Une structure indépendante : la cellule des transferts de la région Rhône Alpes, structure régionale, au service des 4 réseaux de Rhône Alpes est accessible 24h/24, elle dispose de moyens lui permettant de réaliser des conférences téléphoniques entre les différents professionnels concernés. Lorsqu'un transfert pose problème, et que cette conférence ne suffit pas à le résoudre, la cellule fait appel aux référents du réseau.

3.6.4.4 Eléments relatifs à la qualité de la prise en charge

Le système de télémédecine [Périn@t](#) permet un échange d'informations hebdomadaire entre 12 établissements du réseau à travers la discussion de cas cliniques.

Une auto évaluation du réseau, visant à l'amélioration des pratiques, est menée en permanence par la « cellule de coordination et d'évaluation ». En 2005, son action a menée sur plusieurs points (rapport d'activité 2005) :

- Etude « PITHAGORE 1 » : EPP pour les hémorragies de la délivrance. Le réseau a été porteur du projet et a permis la mise en place de cette même étude au sein de 5 autres réseaux de périnatalité (PITHAGORE 6).
- Evaluation continue des pratiques professionnelles, à travers l'étude de la morbi-mortalité.
- Etude sur les nouveaux-nés transférés pour souffrance neurologique.
- Etude « sorties précoces de la maternité » (hôpital de la Croix Rousse) en tant qu'expérience pilote pouvant être diffusée aux autres maternités du réseau.

3.6.4.5 Dossier médical partagé

Le dossier périnatal régional de Rhône Alpes est en cours d'élaboration. Le début d'exploitation est prévu pour septembre 2007. Il s'agira d'un dossier commun aux 4 réseaux de périnatalité de la région Rhône Alpes: AURORE de Lyon, Alpes-Isère de Grenoble, 2 Savoies de Chambéry, Loire Nord Ardèche de St Etienne.

Un groupe de travail inter réseau est en train de concevoir ce dossier. Il s'agira d'un dossier informatisé, qui pourra être consulté et rempli 24h/24 par tous les membres du réseau, y compris les SAMU. Il comportera 3 parties : « mère » (commun de 1 à n grossesses), « grossesse » et « enfant ».

Les données du dossier sont enregistrées automatiquement sous 2 formats : nominatif, et « base de données agrégées » en vue d'analyses statistiques.

3.6.4.6 Référentiels et protocoles

La commission « expertises, savoirs et pratiques » du réseau valide un certain nombre de protocoles. L'élaboration de ceux-ci repose sur un groupe d'experts chargé de rassembler l'information existante sur le sujet traité et de la synthétiser.

Les protocoles validés sont ensuite diffusés au réseau via le site internet, mais aussi par l'édition et l'envoi d'un cd rom regroupant les dernières mises à jour.

3.6.5 Résultats

(réf. 47)

En 2005, le réseau Aurore a pris en charge 42130 accouchements (41%,41% et 18% respectivement dans les établissements de niveau I, II et III) et 42773 naissances (1,75 % de grossesses multiples).

Le taux de nouveau-nés de moins de 37 SA est de 7,8 %. Les maternités de niveau III ont accueilli 81% des moins de 32 SA. Ce taux était de 75,6 % en 2004. Ceci reflète la bonne intégration de la politique de réseau entre les différents professionnels.

Le taux de mortalité néonatale précoce, au sein du réseau Aurore, calculé à partir des décès recensés par les maternités et ceux recensés par les services de pédiatrie est de 0,19%. En 2003, ce taux était de 0,29%. Selon l'enquête périnatale nationale (2003), le taux en France est de 0,21%.

Le taux de mortalité périnatale (22 SA-7j de vie) est de 0,62%. Contre 1,1% en 2004. Cette différence est due à une collecte des données plus fine, avec la distinction des ITG parmi les morts fœtales in utero. Le taux en France de mortalité périnatale (enquête périnatale 2003) est de 0,65%.

4 QUELLE PLACE POUR LES MEDECINS GENERALISTES DANS LE SUIVI DES GROSSESSES ET DES NOUVEAUX-NES ?

4.1 QUEL MEDECIN POUR QUEL SUIVI ?

4.1.1 Introduction

Nous allons essayer de préciser s'il existe un rôle défini du médecin généraliste, concernant le suivi des grossesses et des nouveau-nés, et à partir de quel moment ce suivi relève de la compétence du spécialiste.

4.1.2 Le suivi des grossesses

4.1.2.1 Place des médecins généralistes et des obstétriciens

D'après une revue de la littérature assez exhaustive, il ne semble pas exister de consensus, ni en France, ni dans les autres pays développés sur cette question.

Il existe, entre les pays européens ayant des résultats sanitaires voisins, de grandes variations concernant les personnes chargées de la surveillance des femmes enceintes. Ceci va d'une surveillance presque entièrement assurée par des obstétriciens à une surveillance exclusive faite par des sages-femmes ou même des infirmières de santé communautaires. Les pays scandinaves ont quant à eux une organisation essentiellement centrée sur les sages-femmes et les médecins généralistes. (7)

Ces différences ont des origines variables selon les pays : faible nombre d'obstétriciens, ne leur permettant pas d'effectuer l'ensemble des suivis de grossesse, ou habitude culturelle d'un suivi de la grossesse physiologique moins médicalisé.

Quelle est la place spécifique des obstétriciens ? Les professionnels ne sont pas d'accord.

Certains pensent que le suivi des grossesses à bas risque doit être effectué par des sages-femmes et des généralistes, et que le spécialiste doit se consacrer aux grossesses pathologiques (29) D'autres considèrent que les obstétriciens doivent continuer à suivre des grossesses à bas risque, pour garder une habitude de la physiologie, et envisagent plutôt le suivi de la grossesse comme un travail d'équipe, associant obstétriciens, sages femmes et médecins généralistes. (71)

En fait, la conférence de consensus publiée en 1998 au sujet de la prise en charge des femmes enceintes et des nouveaux nés dans les grossesses à bas risque (7), souligne bien le fait qu'il n'y a aucune preuve scientifique pour promouvoir un type particulier de prise en charge. Les évaluations portent à chaque fois sur des échantillons trop petits et ne permettent pas de conclure de manière définitive.

Les recommandations de l'HAS publiées en Avril 2005 sur « comment mieux informer les femmes enceintes » (27) précisent que les sages femmes et les médecins généralistes

peuvent suivre les femmes ayant une grossesse normale : « Le pronostic materno-fœtal a été comparé pour le suivi systématique des grossesses à bas risque entre les obstétriciens ou les gynécologues et les sages femmes et/ou les médecins généralistes. **Il n'y avait pas de différence (preuve de grade A)** ».

Les différentes études relevées dans la conférence de consensus (7) ne permettent pas non plus d'estimer quelle proportion de femmes pourraient être a priori prises en charge par des généralistes ou des sage- femmes.

A noter qu'aux Pays Bas, 40% des femmes enceintes sont prises en charge en « soins primaires » (sages-femmes ou médecins généralistes). (42)

4.1.2.2 Analyse des pratiques en France

En France, le suivi des grossesses, quel que soit le niveau de risque, est essentiellement effectué par des gynécologues obstétriciens.

On a en effet considéré jusqu'à présent en France que, ce qui était bénéfique pour une situation pathologique ou un risque élevé, l'était aussi pour une grossesse à bas risque. (6)

Depuis les décrets de 1998, on s'oriente progressivement vers une prise en charge de la grossesse et de l'accouchement graduée en fonction du niveau de risque. Le rapport de la « mission périnatalité » en 2003 (10) encourage ce type de prise en charge, en particulier par les sages femmes et les médecins généralistes, pour les grossesses à bas risque.

Dans la plupart des réseaux que nous avons étudié, les médecins généralistes qui effectuaient des suivis de grossesse, le faisaient jusqu'au 6^{ème} ou 7^{ème} mois. Le relais était ensuite pris par l'obstétricien de la maternité d'accouchement.

Les recommandations de l'HAS (27) préconisent que la consultation du début de 3^{ème} trimestre (7^{ème} mois) soit effectuée dans le lieu où est prévu l'accouchement.

4.1.2.3 Définition d'une grossesse à bas risques

Plusieurs méthodes ont déjà été utilisées, dans différents pays européens, pour sélectionner les femmes « à bas risque » (7)

- Visite précoce par un obstétricien (dans le réseau Haute Normandie, il existe une visite auprès d'un obstétricien, obligatoire au 4^{ème} mois
- Contrôle de la prise en charge du médecin généraliste ou de la sage femme à l'aide d'une fiche de synthèse envoyée à un obstétricien référent.
- Liste nationale des complications à ne pas prendre en charge (Pays Bas) ou liste établie par les sages femmes et les obstétriciens de la maternité de référence.

C'est ce dernier système qui est le plus souvent utilisé dans les différents réseaux que nous avons étudiés, avec une liste d'items propre à chaque réseau.

La recommandation de la mise en place de l'entretien prénatal au 4^{ème} mois en France (38) correspond aussi à la volonté de détecter précocement les grossesses à risque, mais plus sur un versant psychosocial qu'obstétrical.

D'après le « guide de surveillance de la grossesse » publié par l'ANDEM (1) et les mises à jour spécifiées dans les dernières recommandations de l'HAS (27), nous pouvons mettre en évidence un certain nombre de facteurs de risques qui pourraient nécessiter le recours à un suivi spécialisé.

Précisons que pour le moment, il n'existe aucun consensus en France, sur une liste précise d'items pouvant permettre de différencier les « grossesses à bas risque » des « grosses à haut risque » (27). Toutes les listes qui ont été rédigées ne sont pour le moment que des initiatives internes à certaines structures ou réseaux.

1) Antécédents

a. Familiaux

- Anomalies caryotypiques ou maladies génétiques familiales ou pathologie malformative (conseil génétique)
- HTA, toxémie, syndromes vasculo-rénaux : augmentation du risque d'HTA gravidique et de toxémie
- Diabète : augmentation du risque de diabète gestationnel

b. Personnels médicaux

- Cardiopathie
- Insuffisance respiratoire
- Diabète
- HTA
- Pathologie du rein et/ou des voies urinaires
- Lupus
- Epilepsie
- Psychose
- Hépatite, VIH
- Plus globalement : toute pathologie chronique nécessitant un traitement potentiellement tératogène

c. Personnels gynéco obstétricaux

- Assistance médicale à la procréation
- Fausses couches récidivantes
- Mort fœtale in utero
- Accouchement prématuré
- RCIU ou macrosomie
- Anomalie chromosomique ou maladie héréditaire génétique ou malformation
- Allo-immunisation
- Antécédents infectieux pelviens
- Endométriose
- Malformation utérine, fibromyomatose, utérus cicatriciel

-
- Syndrome distilbène

d. Facteurs individuels et sociaux

- Age inférieur à 16 ans ou supérieur à 38 ans
- Maigreur ou obésité
- Taille inférieur à 1,50 m
- Drogues, tabac, alcool
- Conditions socio-économiques défavorables
- Facteurs psychologiques

- 2) Pathologie détectée cliniquement, biologiquement ou échographiquement en cours de grossesse

4.1.2.4 Suivi de la grossesse standardisé

(réf. 27)

Le médecin généraliste qui suit des grossesses, comme tout autre professionnel de santé, doit suivre un cadre assez précis pour ce faire. Ce cadre a été réactualisé dans les dernières recommandations de l'HAS concernant « comment mieux informer les femmes enceintes ? ».

Il existe 7 consultations prénatales obligatoires : une au premier trimestre de grossesse, puis une par mois du 4^{ème} au 9^{ème} mois. Chaque consultations se décompose en un entretien avec la patiente, un examen clinique, et la prescription d'examens complémentaires.

4.1.2.4.1 EXAMEN CLINIQUE

Il est identique à chaque consultation, en l'absence de symptômes spécifiques qui amèneraient à compléter éventuellement l'examen :

- poids et indice de masse corporelle
- mesure de la pression artérielle
- mesure de la hauteur utérine
- recherche des bruits du cœur fœtaux
- toucher vaginal : « en l'état actuel des connaissances, il n'y a pas d'argument pour la réalisation en routine du toucher vaginal. » (27)
-

4.1.2.4.2 BILAN BIOLOGIQUE

Le premier bilan, réalisé au premier trimestre, doit être assez complet. Il comporte : une détermination du groupe sanguin avec recherche d'agglutinines irrégulières, une sérologie rubéole (sauf immunité acquise certifiée par un résultat écrit), une sérologie

syphilis et toxoplasmose, et la recherche d'albuminurie et de glycosurie.

Ensuite, le bilan biologique réalisé mensuellement comporte : une sérologie toxoplasmose si l'immunité n'est pas acquise, une sérologie rubéole jusqu'à 18 SA si l'immunité n'est pas acquise, et la recherche de glycosurie et d'albuminurie.

Au 6^{ème} mois, on doit faire réaliser, en plus, une recherche de l'antigène HBs, une NFS, et une nouvelle RAI.

Au 8^{ème} et 9^{ème} mois, on doit renouveler la RAI si le rhésus est négatif ou s'il existe un antécédent de transfusion.

4.1.2.4.3 EXAMENS COMPLEMENTAIRES A PROPOSER EN PLUS

Lors de la consultation du premier trimestre doit être proposé systématiquement une sérologie VIH, la recherche de marqueurs sériques de la trisomie 21 (à réaliser entre 14 et 18 SA), et, en fonction de la symptomatologie et des antécédents : une NFS, un ECBU, et la réalisation d'un frottis cervico-vaginal de dépistage si celui-ci date de plus de 2 ans.

La réalisation de la première échographie doit être proposée et réalisée entre 11 et 13 SA la deuxième échographie entre 20 et 22 SA et la troisième entre 31 et 32 SA.

Un prélèvement vaginal à la recherche de streptocoques du groupe B doit être proposé entre 35 et 38 SA.

4.1.2.4.4 RESUME

L'HAS a résumé ces différents points dans un tableau synthétique (27) :

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 16 SA*						
Groupe sanguin	✓					2 ^e détermination si non faite avant	
Recherche d'agglutinines irrégulières	✓	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	✓*	Si résultat négatif : mensuelle jusqu'à 18 SA					
Sérologie syphilis	✓						
Sérologie toxoplasmose	✓*	Si résultat - : mensuelle jusqu'au 9 ^e mois et après accouchement					
Recherche antigène HBs				✓			
Glycosurie-Albuminurie	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Hémogramme				✓			
Examens à proposer systématiquement							
Échographie obstétricale	11-13 SA + 6 j	20-22 SA			31-32 SA		
Marqueurs sériques (trisomie 21)	entre 14 et 18 SA						
Sérologie VIH 1 et 2	✓						
Prélèvement vaginal : rech. strept. B						entre 35 et 38 SA	
Examens à proposer selon la symptomatologie ou les antécédents							
NFS	✓						
ECBU	✓		✓			✓	✓
Frottis cervical	Si >2 ans						

4.1.2.5 La plus value du rôle du généraliste

- prévention et suivi avant grossesse

Le médecin généraliste est souvent le seul médecin que la patiente rencontre en période péri-conceptionnelle.

Or, le suivi de la grossesse démarre parfois avant même la conception (25). Le médecin généraliste doit avoir à l'esprit de vacciner les jeunes femmes qui ne l'ont pas été contre la rubéole. Par ailleurs, l'HAS recommande (27) d'instituer une supplémentation en folates 28 jours avant la conception et jusqu'à 12 semaines de grossesses. Le généraliste doit informer ses patientes en âge de procréer sur cette nouveauté bien souvent inconnue des patientes.

Par ailleurs, en cas de maladies chroniques, des précautions s'imposent en période péri conceptionnelle (équilibre optimale d'un diabète, prescription de folates chez les patientes sous anti-épileptiques...) Le généraliste doit connaître ces situations, savoir les

traiter, ou confier sa patiente à un spécialiste compétent.

De plus, c'est le médecin généraliste qui a déjà débuté bien souvent tout un travail de prévention avec ses patients : équilibre alimentaire, activité physique, tabac, alcool, drogues... Facteurs d'autant plus importants à prendre en compte en période de grossesse. Il paraît donc logique qu'il reste un interlocuteur privilégié sur ces sujets en cas de grossesse.

- repérage des risques psychosociaux

Le médecin généraliste est le plus souvent le professionnel de santé qui connaît le mieux sa patiente et son entourage socio-familial (suivi de longue date, suivi d'autres membres de la famille, visites à domicile, connaissance de la patiente confrontée à certains événements médicaux plus ou moins graves...) (15)

Concernant les dépistages des troubles psychiques pendant la grossesse, l'HAS, dans ses recommandations pour la « préparation à la naissance et à la parentalité » (28) ne préconise pas le recours à des grilles d'évaluation du type de l'EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale).

Tout d'abord, il semble que ce type d'échelles n'ait pas été suffisamment évaluées pour la période anténatale. De plus, le groupe de travail ayant rédigé ces recommandations craint qu'une « enquête », basée sur une liste d'items, ne renforce le sentiment de dévalorisation que peuvent ressentir les patientes. Il préconise donc de repérer, au cours des entretiens avec la femme et le couple, un certain nombre de « facteurs de vulnérabilité » (annexe 3).

Il est certain que ce type de prise en charge nécessite du temps, un climat de confiance et une bonne connaissance de la patiente et de son environnement. C'est ce que peut offrir la consultation chez un médecin généraliste.

- effets iatrogènes potentiels d'une surmédicalisation

C'est une façon de voir assez nouvelle.

Alors que jusqu'à présent, le suivi des grossesses suivait l'adage « qui peut le plus, peut le moins » (42), le rapport de la Mission Périnatalité de 2003 stipule : « Si la nécessité des 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 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 ». (10)

Des articles récents mettent en garde contre les risques créés par une « sur-technicisation » de la grossesse et de l'accouchement (7, 42). Ces risques sont principalement de 2 ordres :

- l'utilisation intensive de certaines techniques de surveillance ou de protocoles a pour effet d'augmenter notablement le taux d'hospitalisations et d'interventions médicales, sans que l'on puisse mettre en évidence un apport décisif de ces interventions sur l'état de santé de la mère et de l'enfant. Par ailleurs, on sait que toute intervention entraîne des risques immédiats et à

moyen terme.

- l'utilisation de ces techniques est une source de gêne pour certaines femmes. Actuellement, environ un quart des femmes en France expriment le souhait d'une moindre technicité et d'une plus grande personnalisation des soins.

- **Deux impératifs économiques et démographiques :**

Le recours au médecin généraliste pourrait avoir par ailleurs deux « avantages indirects » : il pourrait réduire les dépenses de santé, dans le domaine du suivi de la grossesse, mais aussi résoudre un problème de pénurie de spécialistes gynécologues obstétriciens et de sages-femmes.

4.1.3 Le suivi des nouveaux-nés

4.1.3.1 Place des généralistes et des pédiatres

La place du médecin généraliste dans le suivi des nouveaux nés semble être en France plus naturelle et moins controversée que pour le suivi des grossesses. Le médecin généraliste peut être le « médecin traitant » de l'enfant, comme il peut intervenir ponctuellement, en plus d'un suivi pédiatrique spécialisé.

Cependant, en France, il n'existe pas de consensus, en ce qui concerne le suivi du nouveau-né, sur ce qui peut être effectué par un médecin généraliste, et ce qui doit être effectué par un pédiatre. En règle général, la consultation obligatoire du 8^{ème} jour est effectuée par un médecin pédiatre, au moment de la sortie de la maternité. Mais ceci peut être même remis en question en cas de sortie précoce. Habituellement également, les enfants ayant eu un problème de santé à la naissance sont revus par un pédiatre de la maternité après leur sortie.

Or, autant le suivi de la grossesse est quelque chose de très codifié, constitué d'une « surveillance clinique de paramètres simples, et d'une relation de confiance établie au fur et à mesure des consultations » (25), autant il n'existe pas de grille d'examen consensuelle et précise pour l'examen d'un nouveau-né. Ce que propose l'actuel carnet de santé est, en effet, très succinct et parfois obsolète.

4.1.3.2 Les avantages de l'implication des généralistes

- **repérage des risques psycho-sociaux**

Comme pour le suivi des grossesses, le médecin connaît le plus souvent bien la famille, ce qui lui donne une place privilégiée pour reconnaître ces facteurs de risques.

Ceci concerne également le dépistage des dépressions du post partum, car, dans les semaines suivant la sortie de la maternité, le médecin traitant est souvent le seul interlocuteur de la jeune mère. Les visites motivées par l'état de santé du nourrisson doivent être l'occasion pour le médecin généraliste de se préoccuper aussi de la santé de la maman. (14)

- **allaitement**

Le médecin généraliste est le mieux placé pour s'occuper des problèmes de santé touchant à la fois la mère et l'enfant. Sa disponibilité peut en faire un interlocuteur privilégié en ce qui concerne l'allaitement maternel, si un souci se présente. La patiente aura d'autant

plus tendance à venir consulter son médecin traitant pour ce motif que le sujet aura été abordé avec lui en cours de grossesse....

4.1.4 Conclusion

La limite de chaque médecin généraliste, dans l'exercice de sa profession, reste, quelle que soit la spécialité concernée, la limite de ses connaissances,. Il doit savoir demander avis ou adresser son patient au spécialiste quand il a un doute ou découvre une anomalie. Ceci n'est pas spécifique à l'obstétrique ou à la pédiatrie.

Sur ce point, l'apport d'un réseau est considérable puisqu'il peut, par l'organisation de formations spécifiques et d'un dossier médical commun bien structuré, permettre au MG d'accroître ses connaissances et ses compétences et de se faire guider sur les chemins de bonnes pratiques. En outre, la collaboration avec les spécialistes est facilitée dans ce cadre.

Par ailleurs, en étant inclus dans un réseau, le médecin généraliste peut également accroître son expérience, puisque des patients peuvent s'adresser à lui pour effectuer ce type de suivi.

De plus, l'inclusion officielle dans un réseau peut rendre au médecin généraliste sa crédibilité par rapport au patient vaincre les a priori et rassurer les plus réticents sur sa capacité à effectuer un suivi obstétrical ou pédiatrique.

Pour un médecin généraliste, le fait de pouvoir effectuer le suivi de ses patientes enceintes, et de leurs enfants par la suite, lui confère véritablement sa place de « médecin de famille ». C'est, je crois, une source de grande satisfaction professionnelle pour le médecin.

4.2 LA SITUATION CHAMPARDENNAISE

4.2.1 Enquête de l'ORS et l'URML en 2001

(réf. 39)

4.2.1.1 Introduction

Il s'agit d'une étude réalisée en Mai 2001 et publiée en Mars 2002. Elle fut menée par l'URML en partenariat avec l'ORS, et financée par la DRASS (dans le cadre du Comité Régional des Naissances).

Son objectif était d'évaluer les modalités de prise en charge des grossesses par les MG et les spécialistes, ainsi que les rapports entre les différents intervenants, afin d'améliorer la prise en charge.

Par la suite, un tableau décrivant le consensus concernant les examens complémentaires en cours de grossesse a été diffusé à l'ensemble des professionnels libéraux de la région. (annexe 4)

Cette enquête fût réalisée auprès de l'ensemble des MG et des gynécologues libéraux de la région, avec un faible taux de réponse : 17,8 %. Ceci gêne considérablement l'extrapolation des résultats à l'ensemble des professionnels libéraux de la région.

4.2.1.2 Le suivi des grossesses

Parmi les MG répondants, 80 % déclarent suivre des grossesses. On ne retrouve pas de caractéristiques statistiquement différentes (âge, sexe, nombre d'années d'installation, distance de la maternité la plus proche) entre les médecins qui déclarent en suivre et les autres.

Le choix des patientes semble être déterminant pour la prise en charge de sa grossesse. En effet, les médecins (les MG comme les spécialistes) citent comme premier facteur limitant le suivi des grossesses par les généralistes, « la volonté des patientes de s'adresser à un spécialiste ».

Quand les généralistes suivent des grossesses, le suivi dure en moyenne 20 semaines. En effet, le jour de la première consultation chez le généraliste, la parturiente est en moyenne à la 7^{ème} SA, à la dernière consultation à la 27^{ème}.

Les gynécologues suivent les femmes enceintes plus longtemps que les généralistes, puisque leur durée moyenne de suivi atteint 28 semaines, soit en moyenne de la 9^{ème} SA à la 37^{ème}.

Cependant, si en moyenne, la durée de suivi est plus longue chez un gynécologue que chez un généraliste, une partie des généralistes (20% des répondants) suivent leurs patientes également pendant une période de 28 semaines, ceci essentiellement en Haute-Marne et dans les Ardennes.

Concernant les moyens mis en œuvre pour le suivi de grossesse, 64,6 % des médecins utilisent un dossier informatisé et 27,9 % le carnet de grossesse. Cependant, les généralistes utilisent davantage ces outils administratifs que les gynécologues obstétriciens, bien que ces derniers renseignent mieux les différents éléments du dossier.

Au niveau des moyens techniques, les gynécologues sont mieux équipés que les généralistes, notamment ils possèdent plus souvent un phono détecteur d'activité cardiaque fœtale et un échographe.

Pour diagnostiquer une grossesse, les pratiques diffèrent également entre généralistes et gynécologues, les premiers utilisant plus fréquemment la méthode de recherche des bêta HCG, les seconds les critères cliniques.

Par ailleurs, la sérologie de la rubéole et de la toxoplasmose, l'albuminurie et la glycosurie, le groupe sanguin, et la mesure de la pression artérielle sont des éléments bien pris en compte (plus de 90 %) pour les femmes suivies pour leur grossesse par les gynécologues comme par les généralistes.

Cependant, pour les examens plus spécifiques (recherche de strepto B vaginal, frottis cervico vaginal, dépistage du diabète gestationnel, sérologie HIV, échographie) les femmes en bénéficient plus fréquemment lorsqu'elles sont suivies par un gynécologue que par un généraliste.

Concernant les conseils donnés par les médecins, 93 % des parturientes en reçoivent. Néanmoins, celles vues par un gynécologue obstétricien reçoivent plus fréquemment que celles vues par un généraliste des conseils sur la préparation à

l'accouchement, sur le mode de vie, sur la diététique, l'allaitement, les congés et les droits. De plus, elles bénéficient plus souvent d'un arrêt de travail ou d'un congé pour grossesse pathologique.

Les relations entre les différents professionnels intervenant dans le suivi de la grossesse ont pu être appréhendées dans cette étude à travers différents points :

- Spécialiste auquel le généraliste confie l'échographie initiale à 12 SA (50% au radiologue, 46% au gynécologue obstétricien, 4% au gynécologue médical)
- Souhait d'appartenir à un réseau (51,2% des MG et 30,8% des gynécologues)
- Contact avec la sage-femme de PMI (7% des parturientes)
- Terme auquel le médecin adresse sa parturiente au centre d'accouchement (26 SA pour les généralistes, 32 SA pour les gynécologues)

Concernant le suivi de grossesse par le généraliste, les médecins enquêtés ont mentionnés :

- *Ce qui fonctionnait bien* : relation de confiance entre les MG et leurs patientes, bonne connaissance de l'environnement familial, social, et psychologique de leurs patientes, ainsi que des antécédents médicaux
- *Ce qui était améliorable* : relations entre les différents acteurs insuffisantes et mal organisées, manque de partage de l'information, lacunes dans la formation des généralistes
- *Ce qu'ils proposaient* : amélioration des relations entre professionnels par un partage de l'information et une mise en réseau, meilleure formation des médecins, information du public, revalorisation de la nomenclature

4.2.2 Enquête sur le suivi des grossesses dans l'Aube

(réf. 43)

Il s'agit d'une enquête épidémiologique descriptive, réalisée en 2003 dans le cadre d'un travail de thèse, sur le département de l'Aube.

Les 226 MG du département ont été interrogés sur leur expérience du suivi de grossesse, avec un taux de réponse de 74%. Parallèlement, 130 femmes venant d'accoucher ont été enquêtées.

Le département de l'Aube se caractérise par sa faible densité de maternité et de gynécologues obstétriciens. Pour le département, il y avait, en 2003, seulement 24 gynécologues, dont 12 étaient obstétriciens. De plus, 87% de ces spécialistes travaillaient à Troyes.

De ce fait, dans ce département, seulement 60 % des grossesses sont suivies par les spécialistes. 28% des grossesses le sont par des médecins généralistes, et 12% par des sages-femmes.

Cette double enquête soulignait plusieurs problèmes à la situation de 2003 :

- Une surcharge de travail importante pour les gynécologues obstétriciens, dont le nombre diminue, et un problème d'accès au spécialiste en cas de problème.
- La nécessité d'améliorer la formation des médecins généralistes pour assurer une meilleure prise en charge des patientes (57% assuraient une prise en charge correspondant exactement aux recommandations, mais cependant 78% avaient une prise en charge « satisfaisante », avec au moins la mesure de TA et du poids, et la réalisation des bilans biologiques de dépistage) .
- L'orientation des patientes en fonction de leurs facteurs de risque (dans l'enquête, seules 60% des parturientes ayant eu un problème de santé avaient été suivies par un obstétricien) .
- Un désir des femmes de bénéficier d'un suivi spécialisé, même pour celles ayant eu une grossesse physiologique (50% de celles ayant eu une grossesse normale).

Parmi les différentes propositions faites pour améliorer la prise en charge, nous pouvons noter :

- Une définition claire des facteurs de risque nécessitant un suivi de la grossesse par un spécialiste.
- Le suivi des grossesses à bas risque par les médecins généralistes jusqu'à la fin du 6^{ème} mois, puis un relais par l'équipe obstétricale qui assurera l'accouchement.
- Un travail en réseau, sous forme d'un réseau ville-hôpital, permettant la mise en place : de formations pour les différents acteurs, de protocoles de prise en charge communs à tous, d'un dossier médical personnel partagé, d'une meilleure communication entre les différents intervenants.
- Enfin, une information « grand public » de ce mode de pratique, afin de donner confiance aux femmes, et de les diriger vers leur médecin généraliste en cas de grossesse physiologique.

5 ENQUETE SUR LE SUIVI DES GROSSESSES ET DES NOUVEAU-NES DANS LA MARNE

5.1 INTRODUCTION

Ce travail s'inscrit dans la continuité des deux études citées précédemment. Il a pour but de dresser un état des lieux local, afin de pouvoir s'appuyer sur ces constatations pour faire des propositions concrètes et pertinentes, pour une participation active des médecins généralistes dans le réseau périnatal champardennais.

Nous avons essayé:

- De cerner la place qu'occupent actuellement les médecins généralistes du département de la Marne dans le suivi des grossesses et des nouveau-nés,
- De comprendre les attentes et les motivations des patientes, concernant le choix de leur suivi et de celui de leur enfant,
- D'avoir le point de vue des médecins généralistes, né de leur expérience professionnelle et de leurs constatations pratiques.

5.2 METHODE

5.2.1 Modes d'inclusion

5.2.1.1 Population étudiée

Un premier questionnaire (« étude patiente ») a été diffusé, de façon exhaustive, auprès de l'ensemble des femmes venant d'accoucher, dans les 6 principales maternités du département de la Marne.

Un deuxième questionnaire (« étude médecin ») a ensuite été envoyé à un échantillon de 50 médecins généralistes du département (ou limitrophes du département : frontière de l'Aisne ou des Ardennes). Nous voulions interroger des médecins généralistes qui avaient une expérience du suivi de grossesse et / ou du suivi des nouveaux nés. Pour cibler cette population, nous avons interrogé des généralistes dont le nom avait été cité par les patientes elles-mêmes. Nous savions donc que ces médecins étaient intervenus dans le suivi de grossesse et/ou allaient intervenir dans le suivi du nouveau né.

5.2.1.2 Taille de l'échantillon et durée de l'étude

L'« étude patiente » s'est déroulée sur une durée de 3 semaines (du 29 Mai au 18

Juin 2006). Nous avons ainsi pu analyser 229 questionnaires.

L' « étude médecin » a ensuite été envoyée en Juillet 2006. Il n'y a pas eu de relance téléphonique. Sur 50 médecins généralistes contactés, 30 ont répondu.

5.2.1.3 Sites de recueil de données

L' « étude patiente » a été distribuée dans les 6 principales maternités du département de la Marne (CHU de Reims, Polyclinique Courlancy et St André de Reims, CH de Chalons en Champagne, CH Auban Moët d'Épernay, Clinique st Vincent d'Épernay).

5.2.2 Matériel d'intervention

5.2.2.1 Le questionnaire

(annexe 5)

Le questionnaire « patiente » comportait plusieurs parties :

- La première porte sur quelques caractéristiques de la patiente (âge, profession, distance du lieu d'accouchement, parité et gestité, antécédents médico-obstétricaux)
- La deuxième décrit le déroulement de la grossesse (quel médecin a assuré le suivi et pendant quelle période, existence d'une pathologie intercurrente, programme de préparation à la naissance)
- La troisième porte sur le déroulement de l'accouchement
- Enfin, la dernière partie interroge la femme sur le suivi médical qu'elle envisage pour son nouveau né

Le questionnaire « médecin » comportait 2 parties. Il interroge les praticiens sur leur expérience du suivi des grossesses et des nouveaux nés (enfants de 0 à 3 mois) au cours des 6 mois précédents l'enquête (premier semestre 2006).

- La première partie concerne le suivi de grossesse (nombre de grossesses suivies, pour les visites obligatoires et pour les consultations intercurrentes, durée habituelle du suivi, pratique habituelle de la gynécologie ou non, dossier médical utilisé, liens avec d'autres professionnels). Le médecin devait conclure cette partie en décrivant ses atouts, les difficultés rencontrées, et ses besoins, pour effectuer correctement un suivi de grossesse.

- La deuxième partie porte sur le suivi des nouveaux nés (nombre de nouveaux nés vus en consultation, pour les visites systématiques mensuelles et pour des problèmes intercurrents, liens avec d'autres professionnels de santé). Comme pour la première partie, les MG devaient répertorier leurs atouts, les difficultés rencontrées, et leurs besoins pour assurer le suivi de ces nouveaux nés.

5.2.2.2 Modalités de recueil de l'information

L' « étude patiente » a été distribuée en main propre dans les 6 maternités, ou, dans quelques cas exceptionnels (femmes absentes lors de la distribution), remis par l'intermédiaire du personnel soignant.

L' « étude médecin » a été envoyée par courrier, sans relance téléphonique.

5.2.2.3 Analyse

Il s'agit d'une enquête épidémiologique descriptive composée de deux parties distinctes. La première partie correspond à une analyse prospective d'un échantillon de femmes venues accoucher dans les 6 principales maternités du département. La deuxième partie est une enquête de pratique réalisée auprès d'un échantillon de médecins généralistes.

La saisie et l'analyse des données ont été réalisées informatiquement à l'aide du logiciel Epi Info.

5.3 RESULTATS

5.3.1 Analyse démographique des patientes étudiées

(réf. 30)

Cette partie est basée sur les résultats obtenus à l'aide du questionnaire patiente.

5.3.1.1 Lieu d'accouchement

maternité	Nombre de femmes	Pourcent
CHU Reims	25	10,9%
Clinique Courlancy	96	41,9%
Clinique St André	67	29,3%
CH Auban Moet Epernay	10	4,4%
Clinique St Vincent	21	9,2%
CH Chalons	10	4,4%
Total	229	100,0%

5.3.1.2 Origine géographique

Sur les 229 femmes ayant répondues au questionnaire, 184 ont renseigné leur origine géographique.

Département	Nb de fe	Pourcent
02	19	10,3%
08	15	8,2%
10	1	0,5%
51	148	80,4%
83	1	0,5%
Total	184	100,0%

Environ 20 % des femmes accouchant dans une maternité du département de la Marne vient d'un département limitrophe (de la région Champagne Ardennes ou Picardie).

5.3.1.3 Distance domicile-maternité

Presque 60 % des femmes interrogées habitent à moins de 15 km de leur maternité, 32 % habitent de 30 à 50 km de leur maternité, 10% à plus de 50 km.

5.3.1.4 Age moyen

Parmi les 229 répondantes, 1 seule avait 18 ans ou moins (0,4 %), 16,4% avaient entre 19 et 24 ans, 78,4 % entre 25 et 37 ans, et 3,9 % 38 ans ou plus.

5.3.1.5 Profession

69,9 % des femmes interrogées exerce une profession, qui se répartie comme suit :

	Nb de femme	Pourcent
Artisan	3	1,9%
Cadre	25	15,8%
Prof Intermédiaire	17	10,8%
Employée	105	66,5%
Ouvrier	8	5,1%
Total	158	100,0%

5.3.1.6 Gestité

Parmi les femmes interrogées, c'était le premier enfant pour 48,2% d'entre elles,
le deuxième pour 36,4 % d'entre elles,
le troisième pour 11,8 % d'entre elles,
Le quatrième ou plus, pour 3,5 % d'entre elles.

5.3.1.7 Antécédents médico-obstétricaux

5.3.1.7.1 ANTECEDENTS MEDICAUX

11 % des patientes interrogées ont déclaré prendre un traitement médical avant le début de la grossesse.

5.3.1.7.2 ANTECEDENTS OBSTETRICAUX

20,8 % des patientes interrogées ont répondu avoir eu un problème de santé pendant une grossesse précédente. Ceux-ci se répartissent comme suit :

	Nb de fe	Pourcent
hypertension	6	12,0%
diabète	7	14,0%
saignements	5	10,0%
contractions	15	30,0%
rciu	2	4,0%
autre	15	30,0%
Total	50	100,0%

Parmi les causes non citées (autres), on retrouve, 1 colique néphrétique, 2 pyélonéphrites, 2 fausses couches, 1 syndrome des antiphospholipides, 1 toxémie, 2 hématomes placentaires. Les autres pathologies signalées sont bénignes.

5.3.2 Le suivi des grossesses

5.3.2.1 Qui fait quoi ?

5.3.2.1.1 LA DECLARATION DE GROSSESSE

Qui a rempli votre déclaration de grossesse ?	Nb de fe	Pourcent
MG	25	11,1%
Gyneco obs	173	76,5%
Gyneco med	23	10,2%
autre	5	2,2%
Total	226	100,0%

5.3.2.1.2 LE SUIVI PENDANT LE PREMIER TRIMESTRE

Qui a effectué le suivi de grossesse au 1er trimestre ?	Nb de fe	Pourcent
MG	15	6,6%
Gyneco obs	180	78,6%
Gyneco med	31	13,5%
pas de suivi	3	1,3%
Total	229	100,0%

5.3.2.1.3 LE SUIVI AU DEUXIEME TRIMESTRE

suivi au deuxième trimestre	Nb de fe	Pourcent
MG	5	2,2%
Gyneco obs	194	84,7%
Gyneco med	21	9,2%
sage femme	9	3,9%
Total	229	100,0%

5.3.2.1.4 LE SUIVI AU TROISIEME TRIMESTRE

suivi au troisième trimestre	Nb de fe	Pourcent
MG	2	0,9%
Gyneco obs	201	87,8%
Gyneco med	18	7,9%
sage femme	8	3,5%
Total	229	100,0%

5.3.2.1.5 LES ECHOGRAPHIES

Qui a effectué vos échographies ?	Nb de fe	Pourcent
Gyneco obs	189	82,9%
Gyneco med	19	8,3%
Radiologue	18	7,9%
autre	2	0,9%
Total	228	100,0%

5.3.2.1.6 LES CONSULTATIONS INTERCURRENTES

62 % des femmes ayant répondu ont du consulter en dehors des visites mensuelles, pour un problème de santé intercurrent.

Parmi ces femmes : 39 ont consulté leur médecin généraliste (soit 27 %)

40 ont consulté leur obstétricien (soit 28 %)

1 a consulté son gynécologue médical (soit 0,7 %)

1 a consulté les services de PMI (soit 0,7 %)

9 ont consulté aux urgences (soit 6,3 %)

7 ont consulté d'autres médecins : endocrinologue, hématologue...

(soit 4,9 %)

5.3.2.2 Facteurs influençant le choix du médecin

Dans notre étude, le faible nombre de femmes ayant été suivies par un médecin généraliste ne permet pas d'analyse des résultats statistiquement fiable. Nous ne pourrions donc dégager que des tendances.

Nous allons analyser plusieurs variables chez les femmes qui ont déclaré avoir été suivies au premier trimestre par leur médecin généraliste (soit 15 femmes au total), par rapport aux autres femmes qui ont eu un suivi spécialisé.

5.3.2.2.1 CATEGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE

Exercez vous une Profession ?	MG	Gyneco obs	Gyneco med	pas de suivi
Non	3	54	10	2
% v	20,0	30,0	32,3	66,7
Oui	12	126	21	1
% v	80,0	70,0	67,7	33,3
TOTAL	15	180	31	3
% v	100,0	100,0	100,0	100,0

Le fait d'exercer ou non une profession ne semble pas influencer sur le choix du médecin, généraliste ou spécialiste, en début de grossesse.

Cependant, ce tableau met nettement en évidence la forte proportion de femmes sans emploi, parmi les femmes qui ne sont pas suivies en début de grossesse.

Si oui laquelle	MG	Gyneco obs	Gyneco med	pas de suivi	TOTAL
Artisan	0	3	0	0	3
% >	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0
Cadre	2	22	1	0	25
% >	8,0	88,0	4,0	0,0	100,0
Prof Intermediaire	0	17	0	0	17
% >	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0
Employe	9	76	19	1	105
% >	8,6	72,4	18,1	1,0	100,0
Ouvrier	1	6	1	0	8
% >	12,5	75,0	12,5	0,0	100,0

Parmi les différentes catégories socioprofessionnelles, nous ne notons pas non plus de différence évidente dans le choix du médecin.

5.3.2.2.2 PARITE

Nombre d'enfants (en comptant le nouveau né)	MG	Gyneco obs	Gyneco med	pas de suivi	TOTAL
1 % >	8 7,5	77 72,0	19 17,8	3 2,8	107 100,0
2 et plus % >	6 5,1	102 86,4	10 8,5	0 0,0	118 100,0

Il n'y a pas de différence significative concernant le suivi des femmes ayant déjà accouché et celles dont c'est la première grossesse. Les multipares sont suivies un peu plus précocement par le gynéco obstétricien.

5.3.2.2.3 LIEU D'HABITATION

Département	MG	Gyneco obs	Gyneco med	pas de suivi	TOTAL
02 % >	3 15,8	10 52,6	5 26,3	1 5,3	19 100,0
08 % >	0 0,0	14 93,3	1 6,7	0 0,0	15 100,0
10 % >	0 0,0	1 100,0	0 0,0	0 0,0	1 100,0
51 % >	11 7,4	122 82,4	15 10,1	0 0,0	148 100,0
83 % >	0 0,0	0 0,0	1 100,0	0 0,0	1 100,0

Il n'y a pas de différence significative de choix du médecin, en fonction du département. Il existe peut être un peu plus de femmes suivies par leur médecin généraliste dans l'Aisne que dans les autres départements.

5.3.2.2.4 MATERNITE ET MEDECIN SPECIALISTE

maternité	MG	Gyneco obs	Gyneco med	pas de suivi	TOTAL
CHU Reims % >	3 12,0	18 72,0	3 12,0	1 4,0	25 100,0
Clinique Courlancy % >	3 3,1	81 84,4	11 11,5	1 1,0	96 100,0
Clinique St André % >	5 7,5	53 79,1	8 11,9	1 1,5	67 100,0
CH Auban Moet Epernay % >	3 30,0	6 60,0	1 10,0	0 0,0	10 100,0
Clinique St Vincent % >	0 0,0	17 81,0	4 19,0	0 0,0	21 100,0
CH Chalons % >	1 10,0	5 50,0	4 40,0	0 0,0	10 100,0

Il semble exister une tendance montrant des différences entre les maternités : par exemple, à la polyclinique Courlancy ou à la clinique St Vincent, les femmes sont quasiment exclusivement suivies par le spécialiste dès le premier trimestre.

Plus généralement, les femmes accouchant dans une clinique privée semblent plutôt s'orienter vers un suivi spécialisé dès le départ.

Parmi les femmes accouchant dans une maternité publique, beaucoup plus sont suivies au départ par leur médecin généraliste et ne font appel au spécialiste que dans un deuxième temps.

5.3.2.3 Comment les femmes choisissent leur lieu d'accouchement

Dans notre questionnaire nous avons interrogé les femmes sur les motifs du choix de leur lieu d'accouchement. Plusieurs items leurs étaient proposés, avec une possibilité de réponse ouverte également :

- Proximité du domicile : 72 femmes (32 %)
- Réputation de la maternité : 92 femmes (40,8 %)
- Conseil du généraliste : 21 femmes (9,3 %)
- Lieu d'exercice de leur obstétricien : 156 femmes (69,3 %)
- Hospitalisation en cours de grossesse dans la maternité : 6 femmes (2,6 %)
- Lieu d'accouchement des grossesses précédentes : 73 femmes (32,4 %)
- Autre : 16 femmes (7,1 %)

La grande majorité des femmes (plus des 2/3) choisit son lieu d'accouchement en fonction du gynécologue obstétricien. Viennent ensuite la réputation de la maternité, puis la proximité géographique, et le fait d'avoir déjà accouché dans cette maternité.

5.3.2.4 Expérience des médecins généralistes

5.3.2.4.1 PART DE L'OBSTETRIQUE DANS UNE ACTIVITE DE MEDECINE GENERALE

Nous avons interrogé les médecins généralistes sur leur pratique au cours des 3 mois précédents l'enquête. Nous précisons qu'il s'agit de chiffres approximatifs car les médecins ont soulignés eux-mêmes la difficulté d'effectuer un décompte très précis.

a) la déclaration de grossesse

66,7% des médecins interrogés ont vu moins de 3 femmes en consultation pour ce motif, soit moins d'1 femme par mois

33,3% ont déclaré avoir vu entre 5 et 10 femmes

b) les consultations obligatoires de suivi de grossesse

15 MG sur les 27 ayant répondu (soit 55,6 %) ont déclaré avoir suivi moins de 3 femmes enceintes dans les 3 derniers mois

11 MG sur 27 (soit 40,7%) a suivi entre 3 et 10 patientes

1 MG (soit 3,7 %) a déclaré en avoir suivi 15 (soit 5 par mois en moyenne).

c) des consultations intercurrentes

8,3% des MG interrogés ont vu moins de 3 femmes enceintes en dehors des consultations obligatoires, sur le trimestre

29,2 % des MG interrogés ont vu en consultation entre 3 et 10 femmes

54,2 % des MG interrogés ont vu entre 10 et 30 femmes enceintes

8,3% (soit 2 MG) ont déclaré avoir vu plus de 100 femmes enceintes dans les 3 derniers mois. Il s'agit de 2 médecins exerçant leur activité en semi rural.

d) le suivi gynécologique

72,4 % des MG interrogés suivaient sur le plan gynécologique, avant la grossesse, la plupart des patientes qu'ils ont suivi ensuite pour leur grossesse.

5.3.2.4.2 DUREE MOYENNE DU SUIVI DE GROSSESSE PAR LES MEDECINS GENERALISTES

11 médecins interrogés (soit 47,8 % des MG au total) ont déclaré suivre les femmes enceintes uniquement au premier trimestre.

10 médecins généralistes (soit 43,5%) les suivent habituellement jusqu'à la fin du deuxième trimestre.

Seulement 2 MG (8,7%) ont déclaré suivent les femmes enceintes du début à la fin de la grossesse. Ces 2 médecins exercent cependant leur activité à Reims, l'un avait suivi 1 seule grossesse au cours des 3 mois précédents l'enquête, et l'autre en avait suivi 6.

5.3.2.4.3 AVEC QUI LES MG TRAVAILLENT-ILS ?

Tous les médecins généralistes interrogés assurent travailler avec au moins un des professionnels de santé suivants :

Avec quel autre PS travaillez vous pour suivi grossesses ?	Fréquence	Pourcent
Gyneco obstétriciens	20	100%
Radiologue	8	27,6%
Sage femme (libérale ou PMI)	5	17,2%
Gynécologue médical	2	7,9%
Assistante sociale	1	3,4%
Total	29	100,0%

5.3.2.4.4 QUEL DOSSIER MEDICAL UTILISENT-ILS ?

Quel dossier médical ?	Fréquence	Pourcent
carnet de grossesse	6	20,7%
logiciel GC habituel	18	62,1%
dossier papier	5	17,2%
Total	29	100,0%

La grande majorité des médecins généralistes (79,3%) utilise leur dossier médical habituel, conservé au cabinet. L'étude ne dit pas si ces logiciels contiennent des aides au suivi mensuel des femmes enceintes.

5.3.2.5 Ce que pensent les MG de la situation actuelle

5.3.2.5.1 LEURS ATOUTS

ATOUTS MG	Fréquence	Pourcent
Bonne connaissance de la patiente Et de son environnement familial et social	27	96,4%
Compétence médicale	13	46,4%
Habitude du suivi de grossesse	13	46,4%
Disponibilité de temps	12	42,8%
Liens établis avec d'autres professionnels de santé et acteurs sociaux	6	21,4%
Autre	2	7,1%
Total répondants	28	100,0%

Les 2 MG ayant répondu « autre » ont précisé : pour l'un, l'intérêt qu'il porte à l'obstétrique, et pour l'autre la proximité géographique.

5.3.2.5.2 LEURS DIFFICULTES

DIFFICULTES MG	Fréquence	Pourcent
Absence de dossier médical partagé	9	31%
Manque d'habitude	7	24,1%
Manque de communication avec les autres professionnels de santé intervenant dans le suivi	6	20,7%
Manque de temps	6	20,7%
Manque connaissances médicales	4	13,8%
Manque de matériel d'examen	4	13,8%
Aucune difficulté	4	13,8%
Autre	7	24,1%
Total répondants	29	100%

Parmi les 7 médecins généralistes ayant répondu « autre », nous retrouvons les réponses suivantes : Habitude « culturelle » du recours au spécialiste, refus des spécialistes et risques médico-légaux.

5.3.2.5.3 LEURS BESOINS

BESOINS	Fréquence	Pourcent
Dossier médical partagé	16	57,1%
Réactualisation de vos connaissances	14	50%
Cotation d'honoraires revalorisée pour le suivi des grossesses	14	50%
Réseau formel entre les différents professionnels de santé intervenant dans le suivi des grossesses	9	32,1%
Meilleure coordination avec les services sociaux	5	17,9%
Autre	1	3,6%
Total répondants	28	100,0%

Le médecin généraliste ayant répondu « autre » a indiqué : accord avec les gyneco obstétriciens.

5.3.3 Le suivi des nouveaux-nés

5.3.3.1 Qui fait quoi ?

Nous avons interrogé les femmes venant d'accoucher sur le suivi qu'elles envisageaient pour leur bébé.

5.3.3.1.1 LE SUIVI MENSUEL DES NOUVEAUX NES

Qui pensez vous aller consulter pour le suivi de votre nouveau né ?	Fréquence	Pourcent
MG	109	47,6%
Pédiatre	111	48,5%
PMI	9	3,9%
Total	229	100,0%

Nous pouvons constater que le suivi des nourrissons est réparti de façon quasiment égale entre les médecins généralistes et les médecins spécialistes.

5.3.3.1.2 A QUI LES FEMMES DEMANDENT-ELLES CONSEIL EN CAS DE PROBLEME ?

A la question : « si vous rencontrez des difficultés avec votre nouveau né en rentrant la maison (allaitement, alimentation, soins du bébé, sommeil...), auprès de qui demanderez-vous conseil ? », les femmes répondent (plusieurs réponses possibles):

- à leur médecin généraliste, dans 47,1% des cas (107 femmes)
- au pédiatre, dans 42,3% des cas (96 femmes)
- à leur famille ou à des amis, dans 40% des cas (91 femmes)
- à une sage femme, dans 29,5% des cas (67 femmes)
- à un service de PMI, dans 12,8% des cas (29 femmes)
- à leur gynécologue, dans 6,6% des cas (15 femmes)
- au pharmacien, dans 4,8% des cas (11 femmes)

Une seule femme a répondu, « à une association », type Leche League.

5.3.3.2 Facteurs influençant le choix du médecin

Nous pouvons nous demander si la population qui a recours au médecin généraliste pour le suivi médical de son nouveau né est statistiquement différente de celle qui a recours directement au pédiatre.

5.3.3.2.1 AGE DE LA MERE

Quel age avez vous ?	MG	Pédiatre	PMI	TOTAL
Moins de 24 ans	14	9	3	26
% >	53,9	34,6	11,5	100,0
Entre 24 et 29 ans	53	60	4	117
% >	45,3	51,3	3,4	100,0
Entre 30 et 36 ans	33	37	1	71
% >	46,5	52,1	1,4	100,0
37 ans et plus	9	5	1	15
% >	60	33,3	6,7	100,0
TOTAL	109	111	9	229
% >	47,6	48,5	3,9	100,0
% v	100,0	100,0	100,0	100,0

Les femmes jeunes, et celles de plus de 37 ans semblent consulter pour un plus grand nombre leur médecin généraliste pour leur nouveau né. Les femmes se situant dans l'âge moyen de la procréation (entre 24 et 36 ans) s'orientent un peu plus vers le pédiatre.

5.3.3.2.2 CATEGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE DE LA MERE

Exercez vous une Profession ?	MG	Pédiatre	PMI	TOTAL
Non % >	35 50,7	29 42,0	5 7,2	69 100,0
Oui % >	74 46,3	82 51,3	4 2,5	160 100,0
TOTAL % >	109 47,6	111 48,5	9 3,9	229 100,0

On remarque qu'il existe un peu plus de femmes sans emploi qui ont recours à leur médecin généraliste et à la PMI.

Les femmes exerçant une activité professionnelle vont, quant à elles, en un peu plus grand nombre chez le pédiatre.

Si oui laquelle	MG	Pédiatre	PMI	TOTAL
Artisan % >	3 100,0	0 0,0	0 0,0	3 100,0
Cadre % >	6 24,0	18 72,0	1 4,0	25 100,0
Prof Intermediaire % >	5 29,4	11 64,7	1 5,9	17 100,0
Employé % >	53 50,5	50 47,6	2 1,9	105 100,0
Ouvrier % >	6 75,0	2 25,0	0 0,0	8 100,0
TOTAL % >	73 46,2	81 51,3	4 2,5	158 100,0

Les effectifs numériques des sous groupes de ce tableau sont trop faibles pour en tirer des conclusions précises et statistiquement fiables. Cependant, nous pouvons quand même en dégager des tendances.

Il semble que les catégories socio professionnelles élevées (cadres, professions intermédiaires) aient recours d'avantage à un pédiatre.

Les employés s'orientent pour moitié vers le MG et pour moitié vers le pédiatre.

Les ouvriers et les artisans semblent faire appel majoritairement au médecin généraliste.

5.3.3.2.3 LIEU D'HABITATION

Nous pouvons approximativement déduire le lieu d'habitation des patientes (rural , urbain, semi rural) en tenant compte de la distance qui sépare son lieu d'habitation de son lieu d'accouchement.

Distance entre domicile et lieu accouchement	1 MG	2 Pédiatre	3 PMI	TOTAL
5 km et moins % >	39 39	54 54	7 7	100 100,0
Entre 6 et 25 km % >	31 51,7	29 48,3	0 0,0	60 100,0
Entre 26 et 49 km % >	22 61,1	13 36,1	1 2,8	36 100,0
50 km et plus % >	19 48,7 5,6	16 41	4 10,3	39 100,0
TOTAL % >	108 47,8	109 48,2	9 4,0	226 100,0

Nous pouvons remarquer que les familles urbaines ont recours en plus grand nombre au pédiatre, alors qu'en milieu rural (entre 26 et 49 km) elles se dirigent plutôt vers le médecin généraliste. A noter qu'en milieu semi rural, la répartition est homogène entre les 2 groupes.

Pour les familles très éloignées (50 km et plus), on peut penser que le résultat est faussé : en effet, si les femmes accouchent si loin de leur domicile, nous pouvons penser que c'est plutôt pour des raisons de santé en cours de grossesse (transfert vers une maternité de plus haut niveau) ou pour convenance personnelle. Le recours au pédiatre pour l'enfant est donc logique par la suite.

5.3.3.2.4 DEPARTEMENT

Département	MG	Pédiatre	PMI	TOTAL
02 % >	13 68,4	6 31,6	0 0,0	19 100,0
08 % >	8 53,3	6 40,0	1 6,7	15 100,0
10 % >	0 0,0	1 100,0	0 0,0	1 100,0
51 % >	73 49,3	68 45,9	7 4,7	148 100,0
83 % >	0 0,0	1 100,0	0 0,0	1 100,0
TOTAL % >	94 51,1	82 44,6	8 4,3	184 100,0

Là aussi, les effectifs sont faibles pour pouvoir conclure statistiquement. Mais dans des départements ruraux comme l'Aisne, ou les Ardennes, il semble exister un recours majoritaire au médecin généraliste.

5.3.3.2.5 LIEU D'ACCOUCHEMENT

Maternité	MG	Pédiatre	PMI	TOTAL
CHU Reims % >	12 48,0	10 40,0	3 12,0	25 100,0
Clinique Courlancy % >	47 49,0	48 50,0	1 1,0	96 100,0
Clinique St André % >	30 44,8	34 50,7	3 4,5	67 100,0
CH Auban Moet Epernay % >	4 40,0	4 40,0	2 20,0	10 100,0
Clinique St Vincent % >	12 57,1	9 42,9	0 0,0	21 100,0
CH Chalons % >	4 40,0	6 60,0	0 0,0	10 100,0
TOTAL % >	109 47,6	111 48,5	9 3,9	229 100,0

Le lieu d'accouchement ne semble pas avoir d'influence sur le choix du médecin du nouveau né.

5.3.3.2.6 PARITE

Combien avez-vous d'enfants vivants?	MG	Pédiatre	PMI	TOTAL
1 % >	50 45,5	56 50,9	4 3,6	110 100,0
2 % >	38 45,8	41 49,4	4 4,8	83 100,0
3 % >	15 55,6	12 44,4	0 0,0	27 100,0
4 % >	4 80,0	1 20,0	0 0,0	5 100,0
5 % >	2 100,0	0 0,0	0 0,0	2 100,0
6 % >	0 0,0	0 0,0	1 100,0	1 100,0
TOTAL % >	109 47,8	110 48,2	9 3,9	228 100,0

Il semble que l'on puisse dégager une tendance dans ce tableau : les familles avec 3 enfants ou plus semblent consulter majoritairement le médecin généraliste, alors que les familles avec 1 ou 2 enfants semblent avoir recours en plus grand nombre au pédiatre.

5.3.3.2.7 FACTEURS INFLUENÇANT LE CHOIX DU MEDECIN... SELON LES MERES

Parmi les femmes ayant indiqué vouloir consulter leur médecin généraliste pour le suivi de leur bébé, 108 sur 109 en ont indiqué les raisons :

- 70,4 % (76 femmes) parce que c'est le médecin d'autres membres de la famille
- 41,7 % (45 femmes) pour sa compétence
- 40,7 % (44 femmes) pour la proximité géographique du cabinet
- 8,3 % (9 femmes) pour sa réputation
- 1 femme a fait ce choix car son MG est homéopathe

5.3.3.2.8 FACTEURS INFLUENÇANT LE CHOIX DU MEDECIN... SELON LES MG

Les médecins généralistes, qui devaient répondre à la même question, pensent qu'ils sont consultés car :

- 100 % parce qu'ils sont le médecin de famille
- 48,3 % (14 MG) parce qu'ils sont (ou se rendent) disponibles
- 41,4 % (12 MG) pour leur proximité géographique
- 24,1 % (7 MG) parce qu'ils ont suivi en partie la grossesse

6 MG ont indiqués d'autres raisons que celles proposées dans le questionnaire : pénurie de pédiatre, consultation identique entre un MG et un pédiatre, intérêt personnel pour le suivi des enfants.

5.3.3.3 Expérience des médecins généralistes

5.3.3.3.1 PART DES NOUVEAUX NES DANS UNE ACTIVITE DE MEDECINE GENERALE

Sur les 3 derniers mois, les MG interrogés ont déclaré avoir vu en consultation :

a) Pour les visites systématiques :

- 12 nouveaux nés ou moins (soit environ 1 par semaine) : 71,4 % (20 MG)
- Entre 13 et 30 nouveaux nés : 21,4 % (6 MG)
- 31 nouveaux nés ou plus : 7,1 % (2 MG)

b) Pour des raisons intercurrentes :

12 nouveaux nés ou moins (soit environ 1 par semaine) : 30,8 % (8 MG)

Entre 13 et 30 nouveaux nés : 57,7 % (15 MG)

31 nouveaux nés ou plus : 11,5 % (3 MG)

5.3.3.3.2 AVEC QUI LES MG TRAVAILLENT-ILS ?

Certains de ces NN sont ils suivis en parallèle par un autre médecin ?	Fréquence	Pourcent
NON	2	6,9%
OUI	27	93,1%
Total	29	100,0%

La question est mal posée : dans la quasi-totalité des patientèles des médecins généralistes, certains enfants sont aussi suivis par d'autres médecins. Il est impossible de chiffrer dans quelle proportion.

- Dans 86,2 % des cas, il s'agit d'un pédiatre général.
- Dans 27,6 % des cas, il s'agit d'un pédiatre spécialisé (les MG ayant répondu ont précisé : endocrinologue ou cardiologue).

NB : ce chiffre semble très élevé, ceci peut être un biais causé par le faible volume numérique de l'échantillon ou un problème d'ambiguïté de la question dans le questionnaire.

- Dans 24,1 % des cas il s'agit d'un médecin de PMI

Si nous considérons les autres professionnels de santé :

Cs Assistante sociale ?	Fréquence	Pourcent
NON	23	79,3%
OUI	6	20,7%
Total	29	100,0%

Environ 1 médecin sur 5 déclare avoir fait appel à une assistante sociale (dans la plupart des cas, assistante sociale du quartier) pour la famille de l'un des nouveaux nés qu'il suit.

Cs PMI ?	Fréquence	Pourcent
NON	23	79,3%
OUI	6	20,7%
Total	29	100,0%

Environ 1 MG sur 5 a fait appel aux services de PMI.

Cs psy ?	Fréquence	Pourcent
NON	23	79,3%
OUI	6	20,7%
Total	29	100,0%

Environ 1 médecin sur 5 a orienté les familles vers un médecin psychiatre ou un psychologue. Le plus souvent (dans 4 cas sur les 6), le MG les a directement adressé à l'hôpital. Dans les 2 autres cas, les MG ont déclaré avoir envoyé les familles au CMPP du secteur.

5.3.3.4 Ce que pensent les MG de la situation actuelle

5.3.3.4.1 LEURS ATOUTS

Les médecins généralistes interrogés ont répondu :

- 82,8 % (24 MG), la bonne connaissance de la famille et de l'environnement du nouveau né
- 72,4 % (21 MG), la pratique régulière
- 65,5 % (19 MG), la compétence
- 44,8 % (13 MG), la disponibilité de temps

Plusieurs médecins ont également cité : les liens établis avec les services sociaux, leur expérience personnelle de parents, et la qualité de relation avec les familles.

5.3.3.4.2 LEURS DIFFICULTES

Les médecins généralistes interrogés ont répondu :

- 58,6 % (17 MG), aucune difficulté
- 20,7 % (6 MG), le manque de temps
- 6,9 % (2 MG), le manque de connaissances médicales
- 6,9 % (2 MG), le manque d'informations sur les antécédents de la grossesse et du post accouchement

Plusieurs médecins ont souligné : le manque de confiance des familles, le mauvais remplissage des carnets de santé, et le « court circuit » des nouveaux nés par les

spécialistes, avec certaines maternités donnant les RDV de pédiatrie dès la sortie de la maman.

5.3.3.4.3 LEURS BESOINS

Les médecins généralistes interrogés ont répondu :

- 51,7 % (15 MG), une réactualisation de leurs connaissances.
- 41,4 % (12 MG), un réseau formel entre différents professionnels de santé intervenant dans le suivi des nouveaux nés.
- 17,2 % (5 MG), une cotation d'honoraires revalorisés pour le suivi des nouveaux nés.
- 17,2 % (5 MG), un dossier médical partagé.
- 6,9 % (2 MG) une meilleure coordination avec les services sociaux.

Parmi les médecins ayant fait une réponse « ouverte », ceux-ci ont tous exprimés leur regret que la réforme dite « du médecin traitant » ne s'applique pas aux moins de 16 ans, en ne faisant donc pas des médecins généralistes le pivot central du suivi des nouveaux nés et des enfants plus globalement.

5.4 LES BIAIS

Les biais concernent essentiellement la faible taille des effectifs des échantillons. Ceux-ci ne sont pas représentatifs. Nous ne pouvons donc dégager que des « tendances », et il est difficile d'extrapoler nos résultats à la situation de l'ensemble du département.

Concernant le « questionnaire patiente », il existe deux biais de recrutement :

- Tout d'abord, bien que le questionnaire ait été remis en main propre à chaque femme enceinte, quelques unes n'ont pas répondu.
- Le taux de réponse a été excellent dans 4 maternités sur 6. Les 2 maternités où le retour a été moins bon (CHU de Reims et CH de Chalons en Champagne) correspondent à des maternités où la distribution du test avait été déléguée en partie à l'équipe soignante.

Concernant le questionnaire médecin, il existe également un biais de recrutement, mais qui est volontaire : Les MG interrogés étaient des MG dont nous savions à l'avance qu'ils étaient impliqués dans le suivi de grossesse ou des nouveau-nés. Nous sommes conscients que ceci n'est pas représentatif de l'ensemble des MG du département.

De plus, seulement 3 médecins sur 5 ont répondu à l'enquête... Est-ce les plus motivés ?

5.5 DISCUSSION

Les réflexions suivantes sont le fruit de l'analyse des données de notre enquête, mais se font également l'écho de plusieurs entretiens avec des médecins généralistes, concernant leur expérience professionnelle propre.

Nous confronterons ces données à celles des enquêtes réalisées précédemment .

5.5.1 Le suivi des grossesses par les MG de la Marne

(réf. 25)

5.5.1.1 Que font actuellement les MG ?

Notre enquête met en évidence la place tout à fait minoritaire qu'occupent actuellement les médecins généralistes du département en ce qui concerne les consultations systématiques de suivi de grossesse. Cette tâche est presque exclusivement réservée aux spécialistes (92,1 % des femmes au premier trimestre et 93,9 % au deuxième trimestre), et, au troisième trimestre, aux seuls obstétriciens.

Les résultats indiquent qu'ils remplissent tout de même environ 11% des déclarations de grossesse et effectuent 7% des consultations au premier trimestre. Ceci n'est pas négligeable compte tenu de l'importance de ces consultations (sérologies précoces, datation précise de la grossesse, dépistage du risque de trisomie 21, dépistage des antécédents personnels ou familiaux nécessitant un avis spécialisé...)

Par ailleurs, nous remarquons dans notre enquête que les médecins généralistes interviennent fréquemment s'il survient un problème de santé au cours de la grossesse. Plus

d'un quart des femmes ayant dû consulter en dehors de visites obligatoires a été voir son médecin généraliste.

Il semble donc tout à fait nécessaire qu'il existe une bonne communication entre l'obstétricien et le médecin généraliste, qu'il intervienne ponctuellement au cours de la grossesse ou qu'il effectue lui-même le suivi pendant plusieurs mois. Pour ce faire, l'existence d'un dossier médical partagé, spécifique au suivi de grossesse, serait un plus. Il pourrait, non seulement servir de lien entre les différents intervenants, mais aussi « formaliser » les étapes du suivi selon les recommandations actuelles. Le « carnet de grossesse » qui existait auparavant est devenu désuet... et peu utilisé (un généraliste sur cinq déclare encore s'en servir, les autres utilisant leur dossier médical habituel, papier ou informatisé, conservé au cabinet). Certains médecins généralistes précisent utiliser comme appui une grille de consultation pré-remplie pour le suivi de grossesse, afin d'être exhaustif.

A noter par ailleurs que, 9,3% des femmes tiennent compte des conseils de leur médecin généraliste pour choisir leur lieu d'accouchement.

5.5.1.2 Quelle est la part de l'obstétrique dans une activité de médecine générale ?

Bien que nous ayons essayé de sélectionner des médecins généralistes qui voyaient des femmes enceintes, cette part semble, dans la majorité des cas, très faible par rapport aux autres motifs de consultation en médecine générale.

Les deux tiers des médecins répondant ont fait moins d'une déclaration de grossesse par mois au cours des 3 mois précédents l'enquête, et 55,6% a vu moins de 3 femmes enceintes pour une consultation systématique de suivi de grossesse.

Les autres médecins ont vu en moyenne entre 3 et 10 parturientes sur les 3 mois précédents l'enquête. Un seul médecin déclare en avoir suivi 15.

Cette proportion augmente lorsqu'il s'agit des « consultations intercurrentes », ce qui montre bien que les médecins généralistes voient des femmes enceintes, même si celles-ci ne viennent pas spontanément pour le suivi mensuel systématique. Plus de la moitié des généralistes répondants ont vu entre 10 et 30 femmes enceintes au cours des 3 mois précédents, et seuls 2 médecins généralistes déclarent en avoir vu moins d'une par mois. 2 MG répondent en avoir vu plus de 100. Il s'agit de 2 médecins exerçant en semi-rural. Nous ne connaissons pas cependant leur taux d'activité global, afin de déterminer précisément si la part de l'obstétrique par rapport au reste de leur activité est nettement plus élevée chez eux.

72,4% des MG répondants suivaient sur le plan gynécologique, avant la grossesse, la plupart des patientes qu'ils ont suivi ensuite pour leur grossesse.

Il semble donc que, globalement, sur le département, les médecins généralistes sont peu impliqués dans l'obstétrique. Cependant, ceci semble aussi fortement dépendant du MG. Celui qui a su aborder la question du suivi gynécologique avec ses patientes avant la grossesse, et créer un climat de confiance suffisant pour l'effectuer lui-même semble également plus concerné par la pratique de l'obstétrique ensuite.

5.5.1.3 Comment les MG travaillent-ils ?

Environ la moitié des médecins interrogés déclarent suivre les femmes enceintes

uniquement au premier trimestre. Beaucoup précisent que les femmes viennent le plus souvent à eux pour confirmer la grossesse et effectuer la déclaration, puis se dirigent plutôt vers un suivi spécialisé.

L'autre moitié des médecins ont plutôt l'habitude de les suivre jusqu'à la fin du deuxième trimestre. C'est cette deuxième tendance qu'avait plutôt mise en évidence l'étude de l'URML.

Seuls 2 MG ont déclaré suivent les femmes enceintes qui s'adressent à eux du début à la fin. Ces deux médecins exercent pourtant leur activité à Reims.

100% des médecins généralistes ont déclaré travailler en coopération avec un gynéco-obstétricien. Environ $\frac{1}{4}$ d'entre eux fait appel à un radiologue pour effectuer les échographies (certains précisent qu'ils l'adressent à un radiologue plutôt qu'à un obstétricien car ils craignent que les patientes ne leurs soient pas ensuite renvoyés pour la fin du suivi). Seul 1 médecin généraliste sur 6 collabore avec une sage-femme.

Les médecins généralistes utilisent majoritairement leur dossier médical, papier ou informatisé, conservé au cabinet. Certains médecins généralistes précisent utiliser comme appui une grille de consultation pré-remplie pour le suivi de grossesse. Les pourcentages correspondant à ceux de l'étude de l'URML (environ $\frac{1}{5}$ à $\frac{1}{4}$ des médecins déclarent utiliser le carnet de grossesse).

Les MG semblent donc déjà travailler au sein d'un « réseau » informel, qu'ils ont eux-même constitué, d'expérience. Cependant, ce réseau comporte peu d'acteurs différents : gynéco-obstétricien et échographiste essentiellement. La communication entre ces différents acteurs ne se fait globalement pas à partir d'un dossier médical unique.

5.5.1.4 Pourquoi les femmes se font-elles suivre par leur MG plutôt que par un spécialiste ?

5.5.1.4.1 FEMMES SUIVIES JUSQU'AU DEUXIEME TRIMESTRE PAR LEUR MG :

Seules cinq femmes sur les 229 répondantes ont déclaré avoir été suivies par leur généraliste au deuxième trimestre. Nous avons essayé de voir si ces femmes avaient des caractéristiques communes :

Ces femmes avaient entre 24 et 32 ans, aucune n'avait de problème de santé avant la grossesse, aucune ne prenait de médicament. Elles habitaient toutes les 5 à moins de 40 km de leur maternité. 4 sur les 5 avaient une activité professionnel (3 employées, 1 cadre).

Il s'agissait de la première grossesse pour l'une d'entre elles et de la deuxième grossesse pour les quatre autres.

Il s'agissait pour les 5 d'une grossesse monofoetale. 2 d'entre elles ont eu un problème de santé pendant la grossesse : contractions pour l'une, et diabète gestationnelle pour l'autre. Elles ont toutes les 5 été adressées à un gynéco-obstétricien au troisième trimestre.

3 ont accouché à la polyclinique Courlancy et ont eu leurs échographies faites par un obstétricien, Les 2 autres ont eu leurs échographies en ville et ont accouché pour l'une à la

polyclinique Saint André, l'autre au CHU de Reims.

Ces 5 femmes ont accouché à terme, par voie basse.

Elles ont toutes les 5 étaient satisfaites de leur suivi, et ont motivé leur choix par le fait que le généraliste étaient leur médecin de famille et quelqu'un de compétent. Elles envisageaient toutes de faire suivre leur nouveau-né soit par leur MG, soit par la PMI. En cas de problème avec leur bébé, elles auraient recours à leur famille, au médecin généraliste ou à la PMI.

Que peut-on en conclure ? Il ne semble pas exister de caractéristique socio-démographique particulière individualisant ces femmes. Il s'agissait de grossesse à bas risque pour les 5, sauf pour l'une d'entre elles qui a déclenché un diabète gestationnel, mais on peut penser qu'elle a été adressée à l'obstétricien à ce moment-là. Les 5 femmes ont eu accouchement sans problème. Ce qui caractérise ces femmes, c'est plutôt leur confiance dans leur médecin généraliste, et l'absence de « culture du spécialiste », y compris pour leur nouveau-né.

5.5.1.4.2 FEMMES AYANT ETE SUIVIES AU PREMIER TRIMESTRE PAR LEUR MG :

Parmi les différentes données socio-démographiques recueillies par l'enquête, nous ne retrouvons pas facteur significatif influençant le choix des femmes.

Nous pouvons seulement noter deux tendances :

- Les femmes accouchant dans un établissement public semblent être plus nombreuses à être suivie au départ par leur médecin généraliste
- Il semble y avoir un peu plus de femmes suivies par leur généraliste dans le département de l'Aisne

5.5.1.4.3 CE QU'EN PENSENT LES MG

Selon les généralistes ayant répondu, leur principal atout pour suivre des grossesses est la bonne connaissance de la patiente et de son environnement familial et social (pour 27 des 29 répondants).

Vient ensuite pour environ la moitié d'entre eux la compétence médicale pour le faire, l'habitude du suivi de grossesse et enfin la disponibilité de temps.

Ces réponses concordent avec les réponses données en 2001 pour l'étude de l'URML.

5.5.1.5 Bilan de la situation actuelle, selon les MG

5.5.1.5.1 LES DIFFICULTES RENCONTREES

Pour les médecins généralistes ayant répondu, plusieurs facteurs freinent leur implication dans le suivi des grossesses.

En premier lieu il s'agit de :

- l'absence de dossier médical partagé,
- du manque de communication avec les autres professionnels de santé

intervenant dans le suivi,

- du manque d'habitude,
- du manque de temps,
- du refus des spécialistes de déléguer le suivi aux médecins généralistes,

Plusieurs médecins évoquent un « kidnapping » des patientes par les médecins spécialistes, lorsque celles-ci leur sont adressées pour avis ou pour une échographie. Il semble arriver fréquemment que ces patientes ne leur sont pas réadressées ensuite pour poursuivre ensuite le suivi.

- de l'habitude culturelle du recours au spécialiste,

L'un d'eux précise : « Il existe dans notre société une sorte de « culture du spécialiste », véhiculée par les médias, les magazines féminins...Les compétences du médecin généraliste ne sont pas reconnues car pas connues, par les patientes. »

Les raisons suivantes sont ensuite évoquées, dans une plus faible proportion :

- le manque de connaissances médicales,
- le manque de matériel d'examen
- les risques médico-légaux.

D'un point de vue plus global, certains généralistes dénoncent une politique de santé qui leur est peu favorable dans ce domaine. En effet, dans la dernière réforme de la convention médicale, ont été créées les notions de « médecin traitant » et de « parcours de soin coordonné », obligeant les patients à prendre avis auprès de leur médecin généraliste avant de consulter un spécialiste. Or, dans le cadre du parcours de soin, la gynécologie obstétrique est une spécialité à accès direct, ce qui « marginalise » officiellement les médecins généralistes.

Ce qui motive cette exception, mais aussi le fait que les patientes soient réticentes à consulter leur généraliste pour ce motif, est principalement la réticence de beaucoup de femmes à se faire examiner intimement par leur médecin généraliste. Il existe souvent cette sorte de gêne ou de pudeur lorsqu'il s'agit de ce médecin, qu'elles connaissent de longue date, parfois depuis l'enfance, et qui connaît toute la famille. Ceci est moins tabou avec un médecin qui ne pratique que ce type d'examen.

De cette constatation, nous pouvons soulever la question du « toucher vaginal » systématique lors d'une consultation prénatale. Ceci a longtemps été la règle en France. Or, les dernières études et recommandations ne le préconisent qu'en cas de signes d'appels (50). L'HAS précise : « En l'état actuel des connaissances, il n'y a pas d'arguments pour la réalisation en routine du toucher vaginal. Le toucher vaginal systématique, chez une femme asymptomatique, comparé à un examen réalisé sur indication médicale ne diminue pas le risque d'accouchement prématuré (grade B). »

Nous pouvons penser que si cet examen n'était pas effectué systématiquement (et si les femmes en étaient informées), elles consulteraient plus facilement leur médecin généraliste.

5.5.1.5.2 LES BESOINS DES MEDECINS GENERALISTES

Un tiers environ des médecins répondants évoquent la création d'un réseau formel intervenant dans le suivi des grossesses.

Les autres points soulevés sont : un dossier médical partagé (pour plus de la moitié des répondants), une réactualisation des connaissances, une cotation d'honoraire revalorisée, une meilleure coordination avec les services sociaux. Tous ces points, peuvent être résolus également dans le cadre d'un travail en réseau.

5.5.1.6 Conclusion

La participation des médecins généralistes au suivi des grossesses, dans notre département est, à l'heure actuelle, quelque chose qui reste marginal ou ponctuel.

Le fait de suivre des grossesses jusqu'au deuxième trimestre, conformément aux recommandations pour les grossesses à bas risque (50), semble fortement dépendant de la motivation du médecin généraliste pour cette activité (et de la femme enceinte). En effet, nous remarquons que les MG qui suivent des grossesses ne sont pas seulement situés dans des zones dépourvues de gynéco obstétriciens. Dans 2/3 des cas, il s'agit de médecins qui suivaient aussi leur patiente sur le plan gynécologique.

De plus, il semble y avoir peu de demande de la part des femmes, ce qui avait déjà été démontré dans l'étude de 2003 de Stéphanie QUEANT. Mais les femmes ayant été suivies par leur généraliste en sont satisfaite et ont une grande confiance en lui. Notons que, comme nous l'avons dit, ces réticences peuvent être solvables par une claire information « grand public ».

Nous n'avons pas mis en évidence de facteurs sociodémographiques caractéristiques des femmes consultant plutôt leur médecin généraliste qu'un médecin spécialiste.

Notre département est, pour le moment, fortement pourvu en maternités et en médecins spécialistes. Dans l'étude réalisée dans l'Aube, cette densité était beaucoup plus faible, et nous pouvions remarquer que les femmes se tournaient du fait en plus grand nombre vers leur médecin généraliste pour leur suivi (28% d'entre elles).

Par ailleurs, nous avons tout de même remarqué que les médecins généralistes sont amenés à voir des femmes enceintes en consultation: soit en tout début de la grossesse, soit pour des raisons intercurrentes. Pour la majorité (62,5% d'entre eux), ils voient plus d'une femme enceinte par semaine, pour des motifs variés. Or, la prise en charge de n'importe quel problème, en cours de grossesse, nécessite d'être globale et de considérer aussi l'état de grossesse... et d'être bien informé de l'ensemble du suivi, et d'éventuelles complications.

Une grande partie des difficultés et des besoins soulevés par les médecins généralistes, dans ce chapitre, pourraient être résolues par l'inclusion des MG dans un réseau de soins périnatal . La claire définition de leur rôle, l'information des patientes, un dossier médical partagé commun, une collaboration organisée entre les différents intervenants, des formations et des protocoles mis à la disposition de tous, permettraient de répondre concrètement à ces problèmes.

Par ailleurs, une meilleure répartition des femmes en fonction de leur niveau de risque, entre tous les différents professionnels pouvant intervenir (médecins spécialistes, généralistes, sage-femmes...) pourrait permettre de limiter une surcharge de travail pour les

médecins spécialistes et une prise en charge plus adaptée au cas de chaque femme.

Le fait de travailler en bonne collaboration entre tous les acteurs, pour une amélioration de la qualité des soins, mais aussi de la qualité de vie des médecins, pourrait réduire un sentiment de « compétition » parfois palpable entre les différentes corporations.

5.5.2 Le suivi des nouveau-nés (de 0 à 3 mois) par les MG de la Marne

D'après les résultats de notre enquête, les médecins généralistes semblent fortement concernés par le suivi des nouveau-nés.

5.5.2.1 Que font actuellement les MG ?

Les mères interrogées envisagent en nombre quasiment équivalent d'aller voir un médecin généraliste ou un pédiatre, pour les premières consultations systématiques mensuelles de leur nouveau-né.

Par ailleurs, si des difficultés surviennent lors du retour à la maison, elles pensent aller consulter leur généraliste pour 47,1% d'entre elles (42,3% d'entre elles iront voir plutôt un pédiatre dans ce cas). Viennent ensuite la famille ou les amis, les sage-femmes (dans environ 1/3 des cas), puis, dans une moindre mesure : la PMI, le gynécologue et le pharmacien.

Il nous faut donc bien souligner la place prépondérante des médecins généralistes dans le cadre des suivis de nouveau-nés : à la fois pour les visites systématiques mensuelles, mais aussi dans le domaine plus globale de la puériculture et des soins courants. Ceci englobe également fortement le soutien à l'allaitement et les dépistage des troubles psychiques du post partum chez la jeune mère, puisque le médecin généraliste sera, d'après notre enquête, le professionnel de santé le plus fréquemment consulté en cas de difficulté avec le nouveau-né.

5.5.2.2 Quelle est la part des suivis de nouveau-nés dans une activité de médecine générale ?

Rappelons, avant d'analyser les données, que les médecins interrogés avaient été préalablement sélectionnés pour leur attrait dans cette spécialité.

Concernant les visites systématiques mensuelles des nouveau-né de 0 à 3 mois, les ¾ des généralistes interrogés répondent en avoir vu 1 par semaine, ou moins, au cours de 3 derniers mois.

Par contre, les 2/3 des médecins généralistes en ont vu d'avantage, pour des raisons intercurrentes.

Ce motif de consultation semble donc assez fréquent chez les médecins généralistes interrogés.

5.5.2.3 Comment les MG travaillent-ils ?

Certains des nourrissons que voient les médecins généralistes en consultation sont suivis en parallèle par un autre médecin. Nous ne pouvons pas préciser, d'après les données de notre enquête, leur proportion.

Il s'agit le plus souvent d'un pédiatre général, mais il peut s'agir aussi d'un pédiatre spécialisé à l'hôpital ou d'un service de PMI.

Un médecin sur cinq déclare également avoir déjà fait appel à une assistante sociale pour la famille de l'un des nouveau-nés qu'il suit, 1 sur 5 à la PMI et 1 sur 5 également à un psychiatre ou un psychologue.

Il semble, comme pour le suivi des grossesses, que chaque médecin généraliste possède son propre « réseau de relation » avec d'autres professionnels travaillant dans la même zone géographique. Cependant, nous pouvons penser que cette collaboration pourrait être encore améliorée et étendue à d'autres, au sein d'un réseau formalisé.

5.5.2.4 Pourquoi les femmes s'adressent-elles à leur MG plutôt qu'à un pédiatre ?

5.5.2.4.1 FACTEURS INCONSCIENTS

Contrairement à ce que nous avons constaté pour le suivi des grossesses, notre enquête dégage certaines tendances : il semble exister des facteurs socio-démographiques influençant le recours au médecin généraliste plutôt qu'au spécialiste. Ces résultats sont à considérer avec prudence, compte tenu des faibles effectifs numériques des sous groupes étudiés.

Quels sont ces facteurs ?

- L'âge de la mère : âges « extrêmes » : femmes de moins de 24 ans ou de plus de 37 ans .
- La catégorie socioprofessionnelle de la mère : femmes sans activité professionnelle ou ouvrier, artisan, employé (pour 50% d'entre eux environ)
- Le lieu d'habitation : plutôt femmes en milieu rural
- Le nombre d'enfants : familles avec 3 enfants ou plus
-

Parmi ces facteurs, il est important de souligner que les familles qui peuvent être le plus en difficulté (financière, sociale, familiale) semblent se tourner d'abord vers leurs généraliste.

5.5.2.4.2 FACTEURS CONSCIENTS

Voici comment les femmes qui souhaitent plutôt aller consulter leur MG motivent leur choix : les principales raisons évoquées sont le fait qu'il soit le médecin de famille, sa compétence et sa proximité géographique.

5.5.2.4.3 CE QU'EN PENSENT LES MG

Ceci rejoint l'avis de médecins généralistes, lorsqu'on leur demande, à leur avis, pourquoi les mères viennent plutôt les consulter eux qu'un médecin spécialiste : la totalité répondent que c'est parce qu'ils sont le médecin de famille. Ils évoquent aussi leur disponibilité et leur proximité géographique. ¼ d'entre eux évoque aussi le fait qu'ils ont suivi une partie de la grossesse.

Il est certain qu'il existe un « lien » important (au minimum, de confiance et, oserais-je dire, affectif ?) entre ces médecins généralistes et les familles qui leur confient leur nouveau-né.

C'est ce que les généralistes répondants mettent aussi en avant lorsque nous leur demandons leurs atouts : bonne connaissance de la famille et de l'environnement du nouveau né, pratique régulière, compétence, disponibilité.

5.5.2.5 Bilan de la situation actuelle, selon les MG

Plus de la moitié des médecins généralistes interrogés déclare n'avoir aucune difficulté pour suivre des nouveau-nés. La principale difficulté relevée est, pour un médecin sur cinq, le manque de temps.

Parmi les besoins évoqués pour effectuer un meilleur suivi des nouveau-nés, les médecins interrogés répondent pour la moitié d'entre eux une réactualisation de leurs connaissances, et pour 40% d'entre eux un réseau formel entre les différents professionnels de santé.

5.5.2.6 Conclusion

Les médecins généralistes de notre département semblent massivement concernés par le suivi des nouveau-nés. Leur expérience reste, bien entendue, plus faible que celles des pédiatres, en terme de nombre de nouveau-nés examinés. La moitié des médecins répondants seraient intéressés par une réactualisation de leurs connaissances dans ce domaine, bien que beaucoup évoquent ne pas rencontrer de difficultés particulières.

Il semble que le médecin généraliste soit le plus fréquemment consulté en cas de difficulté avec le nouveau-né, lors du retour à la maison. Ceci, en plus de l'examen attentif et minutieux du nouveau-né, le place donc en première ligne en ce qui concerne le soutien à l'allaitement, et le dépistage des troubles psychiques du post partum chez la mère.

Notons que le dépistage de ces troubles est globalement sous-estimé en France. Une étude originale réalisée en 1999 par JY CHAMBONNET (réf. 1), médecin généraliste, montrait que les jeunes mères évoquaient spontanément leurs difficultés concrètes, avec leur médecin généraliste, que dans 5% des cas. Cette étude mettait aussi en évidence un décalage entre les difficultés rencontrées par les jeunes mères et les points soulevés par les médecins généralistes lors de la consultation. Les préoccupations n'étaient pas les mêmes. Il semble donc nécessaire qu'il existe une formation spécifique sur ce sujet, des médecins généralistes, mais aussi de l'ensemble des professionnels de santé.

Par ailleurs, il semble que les familles le plus susceptibles d'être en difficulté socialement ou économiquement, consultent en premier lieu leur médecin généraliste.

Il existe un lien de confiance important entre le médecin généraliste et les familles qui lui confient le suivi de leur nourrisson.

Que pourrait apporter un travail en réseau formalisé dans ce domaine ?

40% des généralistes répondants le demande.

Tout d'abord, il s'agit de formations type enseignements post universitaires. Ensuite, tout dépend, de ce qu'on attend des médecins généralistes . Contrairement à ce qui se passe pour le suivi des grossesses, leur place dans cette spécialité est déjà acquise et importante.

Il s'agirait plutôt d'harmoniser les pratiques, de développer le dépistage de certaines pathologiques tels les troubles psychiques du post partum, comme le préconisent les dernières recommandations (50 51), de faciliter la collaboration entre les différents professionnels de santé.

Peuvent se rajouter à ces différents points, comme dans les réseau de suivi des enfants vulnérables de Bourgogne, des rôles plus spécifiques en fonction des priorités de travail définies par le réseau.

6 LE RESEAU PERINATAL EN CHAMPAGNE ARDENNES

6.1 DONNEES EPIDEMIOLOGIQUE REGIONALES

(voir définitions en annexe 1)

6.1.1 Natalité et fécondité

(réf. 36)

En 2002, le taux de natalité en région Champagne Ardennes était de 12,1 naissances pour 1000 habitants, 12,5 pour 1000 dans le département de la Marne, et 12,8 pour 1000 pour la France.

Le taux de fécondité en 2002 était de 50,5 naissances pour 1000 femmes de 15 à 49 ans sur le plan régional, de 49,3 pour 1000 sur le plan départemental, et de 52,9 pour 1000 sur le plan national.

Ces taux sont donc inférieurs aux valeurs nationales.

6.1.2 Mortalité maternelle

(réf. 36 et 41)

Le taux de mortalité maternelle est estimé en France pour la période 2001-2002 à 7,9 décès pour 1000 naissances vivantes. Après une diminution enregistrée entre 1996 et 2000, l'évolution plus récente est moins favorable.

L'objectif visé en 2008 (taux inférieur à 5 pour 100 000 naissances), par la loi relative à la politique de santé publique, serait remis en cause si l'augmentation observée depuis 2001 se confirmait.

Evolution de la mortalité maternelle de 1989 à 2002 (36):

Années	TAUX pour 100 000 naissances vivantes	
	annuel	biennal
1989	8,5	
1990	10,4	9,4
1991	11,9	
1992	12,9	12,4
1993	9,3	
1994	11,7	10,5
1995	9,5	
1996	13,2	11,3
1997	9,6	
1998	10,2	10,0
1999	7,4	
2000	6,5	7,0
2001	7,3	
2002	8,8	7,9

Or selon l'analyse du Comité nationale d'experts sur la mortalité maternelle, environ 50% des décès survenus entre 1996 et 1999 pouvaient être considérés comme évitable (18).

Cependant, cette augmentation semble « clairement à mettre en lien avec l'augmentation continue de l'âge à la première maternité : la mortalité a significativement baissé chez les mères de 25 à 30 ans tandis que ce n'est plus vrai pour les femmes plus âgées » (41). A ce facteur d'âge s'ajoutent deux autres facteurs : « en France, le risque maternel est deux fois plus élevé chez les femmes qui ne sont pas originaire de l'Union Européenne, nous renvoyant à la question d'égalité d'accès à la prévention et aux soins (...) Par ailleurs, l'important développement des accouchements par césarienne, qui atteignent actuellement 20% en France, constitue un facteur de préoccupation. En effet, la césarienne est liée à un risque de mort maternelle multipliée par 3,5 » (41)

En ce qui concerne les données régionales (chiffres fournis par M. PHILIBERT, unité INSERM 149), il y a eu 6 décès maternels entre 2000 et 2002 en Champagne Ardennes, ce qui représente un taux de mortalité maternelle de 11,9 %. L'évolution entre les périodes 1995-99 (9,6 %) et 2000-2002 semble aller vers un augmentation, toutefois non significative.

Le taux est supérieur au taux national mais non significatif. La Champagne Ardennes se place toutefois à l'avant-dernière place des régions, juste avant le Languedoc Roussillon, en ce qui concerne cet indicateur.

6.1.3 Mortalité infantile, périnatale, néonatale et mortinatalité

(réf. 36 et 37)

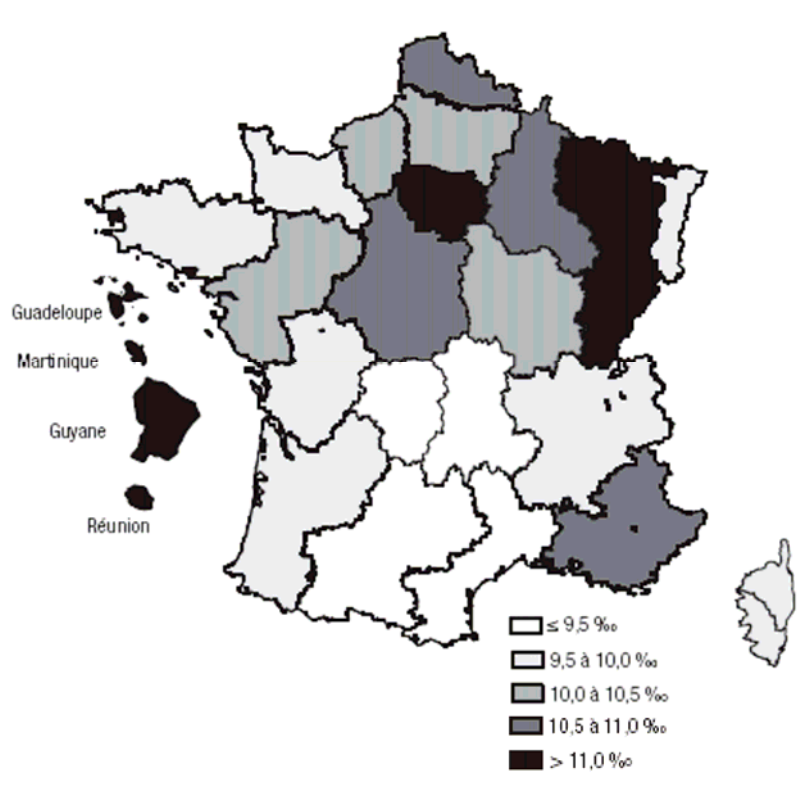
Mortalité périnatale, néonatale et infantile : (ref 36)

Année	Taux de mortalité néonatale	Taux de mortalité infantile	Taux de mortalité périnatale	Taux de mortinatalité
	Enfants décédés à moins de 28 jours pour 1 000 enfants nés vivants	Enfants décédés à moins d'un an pour 1 000 enfants nés vivants	Enfants décédés à moins de 7 jours ou sans vie pour 1 000 enfants nés vivants ou sans vie	Enfants sans vie pour 1 000 enfants nés vivants ou sans vie
1985	4,6	8,3	10,7	7,3
1990	3,6	7,3	8,3	5,9
1995	2,9	4,9	7,4	5,3
2000	2,8	4,4	6,6	4,6
2001	2,9	4,5	6,9	4,8
2002	2,7	4,1	10,0	8,2
2003	2,7	4,0	10,8	8,9
2004		3,9 (p)		

Le **taux de mortalité périnatale** a fortement diminué de 1985 à 2001. La brusque augmentation observée en 2002 est due à un changement du mode de calcul. En 2003, ce taux a encore crû, jusqu'à atteindre 10,8 pour 1000, en l'absence de toute modification technique. En fait, ce taux semblait être déjà sur une pente croissante entre 2000 et 2001.

La Champagne Ardenne se place dans la moyenne nationale pour cet indicateur.

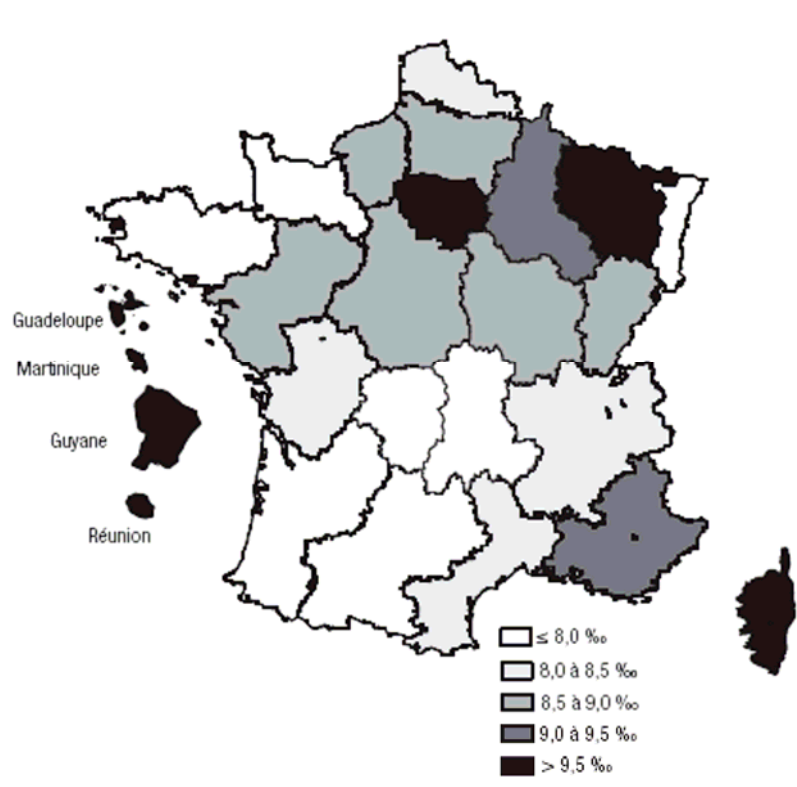
Taux de mortalité périnatale (réf. 37) :



Le **taux de mortinatalité** a suivi, au cours des trente dernières années, une évolution similaire à celle du taux de mortalité périnatale. Il s'élevait à 8,9 pour 1000 naissances en 2003.

La Champagne Ardenne a un taux un peu plus élevé que la moyenne nationale.

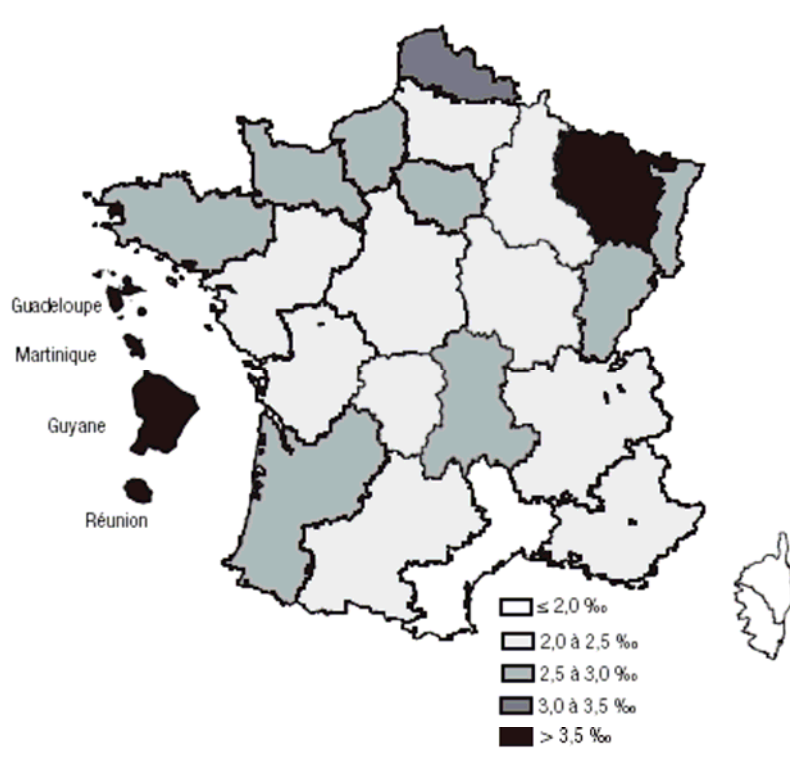
Taux de mortinatalité (37)



Le **taux de mortalité néonatale** a fortement baissé entre 1985 et 1995. Il a ensuite peu évolué. En 2003, son taux était de 2,7 pour 1000.

La Champagne Ardenne a un taux légèrement plus faible que la moyenne nationale.

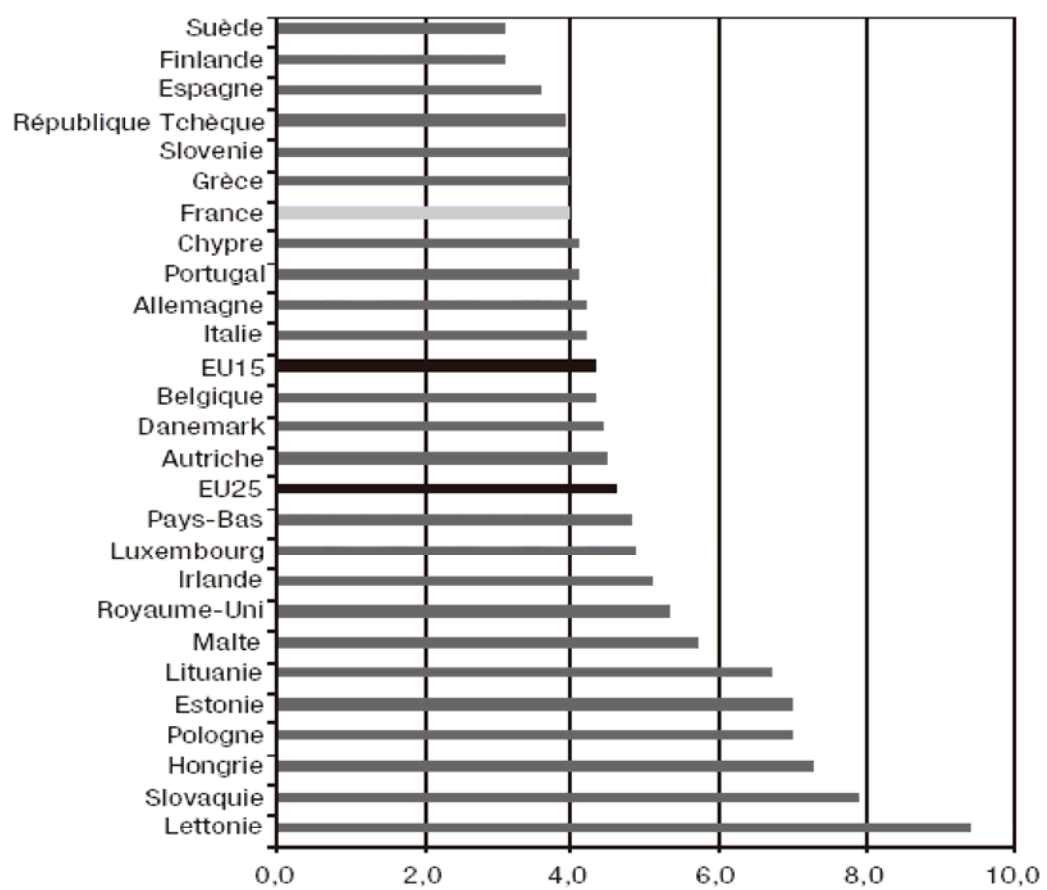
Taux de mortalité néonatale : (37)



Le **taux de mortalité infantile** a été divisé par 2 entre 1985 et 2003. Elle atteint le taux de 3,9 pour 1000 en 2004. Jusqu'au début des années 1990, cette baisse a été principalement due au recul de la mortalité néonatale. Mais depuis, la mortalité néonatale s'est stabilisée et la baisse la plus importante concerne maintenant la mortalité post-néonatale (de 2 pour 1000, à 1,4 pour 1000 entre 1995 et 2003).

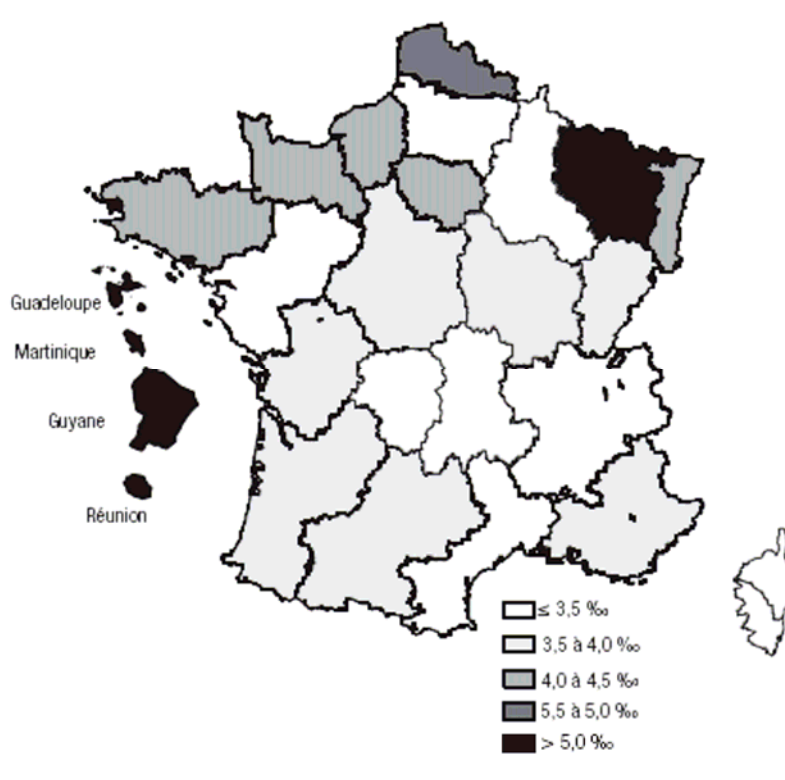
La mortalité infantile française se situe à un niveau inférieur à celui de l'Union Européenne, et de l'ancienne Europe à 15, les taux les plus faibles étant atteints dans les pays nordiques.

Taux de mortalité infantile, la France dans l'Union Européenne en 2003 (36)



Pour cet indicateur, la Champagne Ardennes se situe également à un taux légèrement inférieur au taux national.

Le taux de mortalité infantile (37)



6.1.4 Taux de prématurité

(réf. 1)

Dans notre région, l'absence de recueil systématique de l'âge gestationnel dans les systèmes d'information des établissements ou service ne permet pas de connaître les taux de prématurité et de grande prématurité en Champagne Ardenne.

6.1.5 Evolution de la démographie médicale dans le département

Actuellement, 99 gynéco-obstétriciens sont en activité dans notre région (source : ADELI au 01.01.2005) : 50 travaillent en libéral (dont 29 dans la Marne), 49 travaillent dans les hôpitaux publics (dont 18 dans la Marne).

Selon la même source, 106 pédiatres sont en activité dans notre région : 44 travaillent en libéral (dont 23 dans la Marne), 62 travaillent dans les hôpitaux publics (dont 29 dans la Marne).

Or, ce nombre va certainement diminuer dans les années à venir, dans l'ensemble des spécialités médicales, et ce pour plusieurs facteurs (5)

-
- Les entrées en formation ont diminué jusqu'au milieu des années 1990. Le *numerus clausus* des facultés de médecine a atteint son taux le plus bas en 1993 (3500 étudiants pour toute la France). Celui-ci a été remonté progressivement jusqu'à atteindre 6200 en 2006.
 - Forte féminisation des professions médicales, entraînant globalement une diminution du temps de travail par médecin.
 - L'offre de soins est de plus en plus concentrée dans les grandes agglomérations.

A ces facteurs généraux s'ajoutent d'autres facteurs concernant plus spécifiquement les spécialités médicales œuvrant dans la périnatalité (40) : l'obligation d'effectuer les gardes sur place et le souhait de n'effectuer qu'une seule garde par semaine contraint à un minimum de 6 obstétriciens par maternité. Cette tendance associée aux impératifs économiques et de continuité des soins, incite au regroupement des maternités. La concentration du nombre des naissances par unité devrait passer de 780 naissances par an en 1997 à 2000 en moyenne en 2009. Cet état de fait diminue également la disponibilité des spécialistes, en plus des facteurs démographiques.

Relevons que le Professeur BERLAND, dans son rapport rendu en 2006 sur la « démographie médicale hospitalière » (4), signale que, pour l'ensemble du territoire français, 31% des gynéco-obstétriciens et environ un tiers des pédiatres sont âgés de 55 ans ou plus.

6.2 JUSTIFICATION DU RESEAU

Arrivé à la fin de ce travail de thèse, la création d'un réseau, au niveau régional, nous paraît donc cohérente, justifiée et consensuelle :

1° Tout d'abord, elle s'inscrit dans une **démarche globale nationale, sous-tendue par une volonté politique**. Cette évolution est née avec le plan de périnatalité de 1994 et les décrets de 1998, qui ont rendu obligatoire la création de « réseaux inter-établissements » et la mise en commun des ressources, concernant la prise en charge des accouchements et des nouveau-nés. Elle a été réaffirmée dans le dernier plan de périnatalité 2005/2007 (38), qui prévoyait de couvrir l'ensemble du territoire par des réseaux inter-établissements et ville-hôpital. Est née dans ce texte la notion de « communauté périnatale », qui correspond à l'ensemble des professionnels œuvrant dans le champ de la périnatalité.

2° Elle correspond à une évolution des mentalités, qui envisage la **prise en charge de la grossesse, non seulement sous l'angle médical mais aussi psycho-social**. Il faut donc réussir à faire collaborer des professionnels de secteurs très variés mais aussi prendre en compte et valoriser le lien existant avec les professionnels de santé de proximité.

3° Elle vise à **améliorer les indicateurs démographiques** de mortalité et de morbidité dans le domaine périnatal. Pour ce faire, il semble qu'il faille améliorer les prises en charge, non seulement sur le plan technique, mais aussi sur le plan organisationnel (13).

Or, concernant ces indicateurs, la Champagne Ardenne a une position tout à fait moyenne sur le plan national (cf. 6.1).

4° Elle peut permettre, en assurant une meilleure orientation des femmes enceintes en fonction de leur niveau de risque, de **mieux répartir la charge de travail entre différents professionnels**, dont le nombre et la disponibilité vont décroître dans les prochaines années. Cette pénurie, au niveau national, avait été évoquée dès la conférence de consensus de 1998 (40) et était l'une des données justifiant déjà la création de réseaux dès cette époque.

5° Elle semble correspondre à une **demande des médecins généralistes de notre département**, d'après les réponses exprimées lors de notre enquête.

6.3 LE RESEAU PERINATAL DE CHAMPAGNE ARDENNE

6.3.1 Objectifs du réseau périnatal de Champagne Ardenne

(réf. 54 et 57)

Le réseau périnatal de Champagne Ardenne se constitue pas à pas depuis 2005. L' « association du réseau périnatal de Champagne Ardenne », porteur juridique du projet, a été créée le 8 Mars 2006.

Les objectifs du réseau sont précisés dans la convention constitutive, adoptée en 2005 : « Le réseau périnatal de Champagne Ardenne est un réseau de santé qui a pour but d'offrir à la population des soins obstétricaux et néonataux de qualité selon une organisation coordonnée et graduée. Il assure aussi l'accompagnement médico-psychosocial des mères et des enfants par les compétences de tous les professionnels de la périnatalité.

Les buts du réseau sont :

- d'optimiser l'organisation de la prise en charge des soins en périnatalité,
- de soutenir une politique de développement de la qualité des soins en périnatologie,
- d'assurer la formation continue des professionnels œuvrant dans le champ de la périnatalité,
- d'œuvrer à la construction du réseau par l'élaboration et la diffusion des données médicales, des référentiels et des informations professionnelles,
- d'initier des travaux de recherche dans cette discipline. »

6.3.2 Actions programmées pour la période 2007-2008

(réf. 55 et 57)

Ce calendrier prévisionnel a été approuvé par l'ARH et l'URCAM :

- « Elaboration d'un annuaire des acteurs de la périnatalité en Champagne-Ardenne,
- promotion du réseau périnatal auprès des acteurs potentiellement intéressés,
- optimisation des transports maternels et néonataux en fonction du réseau gradué de soins,
- amélioration des pratiques professionnelles grâce à la formation, à la mise en place de temps d'échanges pluridisciplinaires et d'harmonisation des pratiques,
- élaboration / adoption puis diffusion de référentiels communs de bonnes pratiques,
- développement de la prise en charge médico-psycho-sociale avant et après l'accouchement et la naissance,
- mise en place d'un système d'information comprenant notamment un dossier mère-enfant régional,

-
- pérennisation du dépistage auditif systématique des nouveau-nés,
 - développement de la prévention, du dépistage et de la prise en charge précoce des handicaps,
 - participation à des actions de promotion de la santé. »

6.3.3 Quelle place pour les médecins généralistes ?

Les médecins généralistes ont naturellement leur place dans une telle organisation. Leur position de proximité avec les patients avant la conception, pendant la grossesse et au retour de la maternité en font des interlocuteurs de choix à condition qu'ils s'embarrassent de la question.

Il y a sans doute un minimum commun que tous les praticiens doivent assumer dans le cadre de leur métier de généraliste. Même si certains, intéressés par ce type de pratique, peuvent s'investir plus en avant dans le suivi des grossesses, en lien avec les équipes obstétricales, il ne s'agit pas pour autant de faire des médecins généralistes des spécialistes de la grossesse. Mais il s'agit bel et bien de maillons essentiels dans la chaîne de soins.

6.3.3.1 Le minimum qu'un médecin généraliste doit faire, concernant une femme enceinte ou un nouveau-né

6.3.3.1.1 AVANT LA CONCEPTION

Le médecin généraliste a là toute sa place puisqu'il s'agit bien souvent du seul professionnel de santé que rencontre la femme à cette époque (25) Son rôle en terme de prévention est tout à fait primordial.

Tout d'abord, il s'agit de prévenir les grossesses non désirées, en s'enquérant de la situation de la patiente et en prescrivant si besoin une contraception efficace. En cas de demande de contraception ou de renouvellement, le médecin généraliste doit vérifier la bonne observance, afin de pouvoir changer de méthode si celle-ci ne convient pas. Il doit aussi s'assurer que la patiente bénéficie d'un suivi gynécologique régulier.

Chez les femmes jeunes, il est nécessaire également de s'assurer du statut vaccinal des patientes, et de mettre à jour leur calendrier vaccinal si celui-ci ne l'est pas, en particulier en ce qui concerne la rubéole. Il est utile également, comme c'est le cas lors de l'examen prénuptial, de faire réaliser une sérologie toxoplasmose, afin de connaître le statut immunologique de la patiente avant la conception.

Le médecin généraliste doit avoir détecté également des éventuelles addictions (alcool, tabac, drogues, médicaments) et la patiente doit être informée, avant la grossesse, de la nécessité du 0 alcool 0 tabac.

6.3.3.1.2 EN CAS DE DESIR DE GROSSESSE

Le médecin généraliste est le mieux placé, une nouvelle fois, pour s'enquérir du désir de grossesse des patientes.

La supplémentation en folates est maintenant conseillée pour toutes les femmes, en période péri-conceptionnelle (27) : « l'acide folique en complément nutritionnel, 28 jours avant la conception et jusqu'à 12 semaines de gestation, réduit le risque de malformation du tube neural (anencéphalie, spina bifida). La dose recommandée est de 400 microgrammes par jour (grade A). »

Par ailleurs, en cas de pathologie précédant la grossesse (diabète, épilepsie, pathologies nécessitant un traitement au long cours possiblement tératogène), le médecin généraliste doit avoir informé la femme enceinte des contraintes particulières, liées à son état : pathologie parfaitement équilibrée avant la grossesse, traitements interrompus ou modifiés, suivi spécialisé...

6.3.3.1.3 EN DEBUT DE GROSSESSE

C'est le plus souvent à ce moment de la grossesse que la femme enceinte consulte son médecin généraliste directement pour ce motif. Notre étude, comme celles réalisées précédemment, le confirme.

C'est à lui que revient souvent le rôle de poser le diagnostic de grossesse. L'étude de l'URML mettait en évidence que les MG avaient plus souvent recours au dosage des beta HCG que les spécialistes.

C'est donc au MG d'expliquer à la femme le déroulement du suivi de la grossesse, et éventuellement d'initier celui-ci, par un examen clinique et la prescription d'un bilan biologique, comme décrits au paragraphe 4.1.2.4.

Il est primordial, dès le premier trimestre de grossesse, de détecter d'éventuels facteurs de risque individuels ou familiaux (cf. 4.1.2.3) qui pourraient nécessiter un suivi spécialisé rapide.

Dans tous les cas, le médecin généraliste doit donner des conseils hygiéno-diététiques à sa patiente (alimentation variée et équilibrée, règles spécifiques pour limiter le risque d'infection par la toxoplasmose, le CMV, et éviter les toxi-infections alimentaires). Il doit également répondre aux questions qu'elle pourrait se poser.

Si le diagnostic de grossesse est fait un peu tardivement dans le premier trimestre, il est nécessaire de prescrire la première échographie (à réaliser entre 11 et 13 SA) et si la femme le désire, le test de dépistage sérique de la trisomie 21 (à réaliser entre 14 et 18 SA). La déclaration de grossesse doit être remplie avant la fin du premier trimestre de grossesse.

Il doit ensuite pouvoir adresser sa patiente à une équipe, en fonction du niveau de risque de la patiente, et de son désir pour le suivi ultérieur.

6.3.3.1.4 PENDANT LA GROSSESSE

Le médecin généraliste doit être en mesure de répondre aux demandes des femmes qui peuvent le consulter en cours de grossesse ou de les orienter efficacement vers un confrère.

6.3.3.1.5 APRES LA GROSSESSE

Les médecins généralistes, comme nous l'avons vu dans notre enquête, sont souvent consultés pour le suivi des nouveau-nés. Il s'agit, pour le médecin généraliste, d'être en mesure d'assurer ce suivi, tant sur le plan du développement de l'enfant que d'éventuelles pathologies intercurrentes.

Il est le professionnel de santé le plus consulté en cas de problème survenant lors du retour à la maison. Son rôle est donc primordial en ce qui concerne le soutien à l'allaitement et la détection d'éventuelles troubles du lien mère-enfant et de troubles psychiques du post partum.

Il doit, en outre, s'assurer qu'une consultation post natale est programmée pour la jeune mère, et qu'elle a fait réaliser une sérologie toxoplasmose dans le mois suivant l'accouchement, en cas d'immunité non acquise.

6.3.3.2 Le mieux qu'un médecin généraliste puisse faire, concernant une femme enceinte ou un nouveau-né

C'est tout le niveau 1, décrit dans le paragraphe 6.3.3.1. A ceci se peut s'ajouter, comme nous l'avons vu, pour les femmes à bas risque, la poursuite du suivi au cours du deuxième trimestre de la grossesse, selon les modalités décrites au paragraphe 4.1.2.4.

L'HAS préconise que la consultation du 7^{ème} mois soit réalisée par l'équipe de la maternité d'accouchement (27). On peut penser que la fin du suivi s'organisera logiquement autour de cette même équipe, incluant les séances de préparation à l'accouchement et la consultation d'anesthésie.

Le médecin généraliste qui suit des grossesses doit avoir un lien fort avec une équipe obstétricale, afin de pouvoir demander facilement et rapidement des avis, et éventuellement, en cas de pathologie détectée, d'adresser sa patiente dans les meilleurs délais à une équipe spécialisée.

Concernant le suivi des nouveau-nés, la nécessité de ce lien, avec une équipe de pédiatrie, est également évidente. Le suivi des nouveau-nés sans problèmes de santé majeurs est de la compétence du médecin généraliste. Les nouveau-nés ayant dû être hospitalisé à la naissance, en service de néonatalogie ou de réanimation néonatale, nécessitent certainement un suivi spécialisé pendant au minimum quelques mois.

6.3.3.3 Développement de son rôle, dans le cadre du réseau périnatal

Parmi les objectifs 2007-2008 du réseau périnatal champardennais, 5 peuvent concerner déjà directement les médecins généralistes :

- Formation / amélioration pratiques
- Prise en charge médico psycho sociale
- Participation au dossier mère enfant régional
- Prévention et dépistage des handicaps précoces
- Actions de promotion de la santé

Concrètement, le rôle du médecin généraliste peut être très variable, en fonction de la motivation des médecins généralistes à s'impliquer dans une telle organisation, en fonction de la situation locale, et des objectifs du réseau.

En résumé, sur le plan du suivi obstétrical, le médecin généraliste peut suivre les grossesses à bas risque jusqu'à la fin du deuxième trimestre de grossesse, avant de « passer la main » à l'équipe de la maternité.

Sur le plan de la pédiatrie, le médecin généraliste peut effectuer la surveillance médicale des nouveau-nés sans problèmes de santé majeurs. Son rôle peut être étendu, comme dans le réseau périnatal de Bourgogne, à un suivi plus spécifique d'une population d'enfants à risque, sous réserve de bénéficier des formations adéquats.

7 CONCLUSION

L'évolution de la politique périnatale se fait, en France, depuis une quinzaine d'années, vers un travail en réseau : inter établissements tout d'abord, puis progressivement réseau ville-hôpital multidisciplinaire. C'est la forme la plus « aboutie » d'un réseau de santé. L'objectif du plan de périnatalité 2005 – 2007 est de couvrir l'ensemble du territoire français de ce type d'organisations.

Par ailleurs, les médecins généralistes font partie des acteurs de la périnatalité. Bien que le suivi des grossesses soit essentiellement effectué par des médecins spécialistes en France, les autorités sanitaires et les professionnels de santé reconnaissent de plus en plus la compétence des médecins généralistes pour réaliser des suivis de grossesses, à bas risque, de qualité, suivant l'exemple de ce qui se pratique dans d'autres pays de la Communauté Européenne. Ceci est souligné par l'HAS dans ses dernières recommandations de 2005 (27). Cependant, il n'y a pas encore de consensus en France sur la définition exacte d'une « grossesse à bas risque ».

Le suivi des nouveau-nés fait moins débat : en effet, ce travail fait déjà culturellement partie des tâches qui reviennent aux médecins généralistes français en pratique courante. Cependant, il n'y a pas de consensus concernant les nouveau-nés prématurés ou ceux présentant une pathologie particulière.

Le réseau périnatal de Champagne Ardenne est en train de voir le jour. Quelle place peuvent avoir les médecins généralistes en son sein ?

Les exemples de réseaux périnatals existants, s'ils montrent que les objectifs et les modes de fonctionnement varient d'un réseau à l'autre, peuvent nourrir la réflexion. Chaque organisation s'adapte à une situation locale unique, et tente de répondre à des besoins locaux spécifiques.

L'étude que nous avons menée tente de faire le point de la situation dans le département de la Marne, dans le domaine de la périnatalité. Elle révèle des résultats cohérents avec d'autres études déjà effectuées dans la région ces dernières années. Elle a ceci d'original qu'elle s'intéresse également au suivi des nouveau-nés, après la naissance.

En ce qui concerne le suivi des femmes enceintes, les médecins généralistes du département sont surtout consultés en début de grossesse, pour faire le diagnostic de la grossesse et/ou effectuer la première consultation et la déclaration. Ils revoient ensuite le plus fréquemment les femmes pour des problèmes intercurrents, en cours de grossesse. Certains médecins généralistes effectuent le suivi jusqu'à la fin du deuxième trimestre, conformément aux recommandations, mais cette part reste très marginale. Ceci est dû à plusieurs facteurs : d'une part, notre département est encore richement pourvu de médecins spécialistes, et leur accès est assez facile pour les femmes, contrairement à des départements comme l'Aube. D'autre part, les femmes semblent préférer bénéficier, dans leur grande majorité, d'un suivi spécialisé et ignorent bien souvent le champ de compétences de leur médecin généraliste dans ce domaine. De plus, l'implication du médecin généraliste dans le suivi des grossesses reste très dépendante de la volonté du MG lui-même. Notons qu'un certain nombre d'entre eux se sont sentis dépossédés de cette mission au fil du

temps.

En ce qui concerne le suivi des nouveau-nés, la place des médecins généralistes est égale à celle des pédiatres, bien que ceci représente une plus faible proportion de patients dans une activité de médecine générale que dans celle d'un médecin pédiatre. Les MG sont les professionnels de santé les plus souvent consultés en cas de difficultés lors du retour à la maison, et les plus souvent consultés également par les familles en difficulté sur le plan socio-économique.

D'un point de vue global, le médecin généraliste est un maillon essentiel de la chaîne de soin périnatal, grâce à sa position de proximité et au lien de confiance qu'il aura tissé avec ses patients. Il peut être, à certains moments de la vie de ses patients, leur seul interlocuteur professionnel de santé. De part sa proximité, il est aussi le mieux placé pour détecter d'éventuels troubles psychiques ou du lien mère-enfant.

Les avantages d'un travail en réseau multidisciplinaire, dans le domaine de la périnatalité, sont nombreux. Le travail en réseau peut permettre :

- De mieux prendre en compte tous les aspects de la grossesse (médical et psychosocial).
- D'organiser le suivi des patients, en fonction de leur « niveau de risque », entre les différents professionnels de santé et ainsi de limiter une « surmédicalisation » qui peut se révéler délétère.
- De mieux répartir la charge de travail entre tous les professionnels spécialistes, médecins généralistes sages-femmes, élément fondamental dans le contexte démographique de pénurie de médecins annoncée.

Par ailleurs, la coordination du réseau permet de définir précisément le rôle de chaque intervenant. Elle améliore la collaboration entre les différents professionnels et limite les risques de « concurrence » entre les diverses corporations. Elle permet également d'informer clairement les patients sur les compétences de chacun et l'organisation possible de leur suivi médical, tout en respectant leur libre choix.

De plus, le suivi d'une grossesse ou d'un nouveau-né est une activité qui nécessite un « entraînement » : plus le médecin généraliste suivra régulièrement les quelques grossesses de ses patientes et les nouveau-nés de sa patientèle, plus il sera à l'aise et pourra offrir un suivi de qualité.

Les nouvelles organisations en réseau grâce au financement de la DRDR permettent également d'envisager d'autres modes de financements des actes réalisés dans le cadre d'un réseau : paiement forfaitaire, pour des formations pluri professionnelles, ou pour des actes de synthèse reconnus comme utiles dans la prise en charge en réseau de santé, ou le remplissage d'un dossier patient partagé.

Le réseau améliore le travail de chacun en mettant à disposition des outils tels que les formations et mais aussi un système d'information, élément essentiel de la coordination des soins, à la fois entre établissements, et entre professionnels libéraux et établissements. Formations et dossier partagé bien structurés sont des supports à la diffusion de protocoles, à l'harmonisation et l'amélioration des pratiques, selon les recommandations les plus récentes.

Enfin l'appartenance à un réseau permet de bénéficier d'une reconnaissance de ses compétences par ses patients, qui pourront faire appel à lui plus facilement. Ceci lui permet

en conséquence d'augmenter également son expérience pratique et de valoriser son travail au quotidien.

Tout médecin généraliste est concerné par la périnatalité. Tout dépend ensuite de la part qu'il souhaite réserver à cette spécialité dans son activité de médecine générale. Pour les médecins généralistes souhaitant s'impliquer dans ce domaine, le travail en réseau peut permettre de répondre aux difficultés rencontrées. Les médecins spécialistes et les sages femmes en tireront un bénéfice clair, les patients aussi !

8 LISTE DES ABREVIATIONS

ANDEM :	Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale
ARH :	Agence Régionale de l'Hospitalisation
CAMSP :	Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
CHRU :	Centre Hospitalier Régional Universitaire
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CNGOF :	Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français
CRAP :	Coefficient de Risque d'Accouchement Prématuro
CRN :	Commission Régionale de la Naissance
CTCN :	Commissions Techniques Consultatives de la Naissance
DHOS :	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DNDR :	Dotation Nationale de Développement des Réseaux
DRASS :	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRDR :	Dotation Régionale de Développement des Réseaux
ENSP :	Ecole Nationale de la Santé Publique
FIV :	Fécondation In Vitro
GENUP:	Groupe d'Etude en Néonatalogie et Urgences Pédiatriques
HCSP :	Haut Comité de la Santé Publique
IMG :	Interruption Médicale de Grossesse
INSEE :	Institut National de la Statistique et de Etudes Economiques
IRM :	Imagerie par Résonance Magnétique
IVG :	Interruption Volontaire de Grossesse
MG :	Médecin Généraliste
OCDE :	Organisation de Coopération et de Développement Economique
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ORS :	Observatoire Régionale de la Santé
PMA :	Procréation Médicalement Assistée
PMI :	Protection Maternelle et Infantile
Pr :	Professeur
RCB :	Rationalisation des Choix Budgétaires
RCIU :	Retard de Croissance Intra-Utérin
RPB :	Réseau Périnatal de Bourgogne
RSHN :	Réseau de Santé du Haut Nivernais
SA :	Semaine d'Aménorrhée

SFMP : Société Française de Médecine Périnatale
SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
TDM : Tomodensitométrie
URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

9 BIBLIOGRAPHIE

- 1) Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale [ANDEM]
Guide de surveillance de la grossesse.
Paris : ANDEM ; 1996.

- 2) Agence Régionale de l'Hospitalisation de Champagne Ardennes
Cahier de planification périnatalité 2006 – 2011. [Consulté le 02.04.2007]
Disponible à partir de l'URL :
<http://www.arh-champagne-ardenne.fr/SROS/Sros3.html>

- 3) BAZERBES Annabelle
Rôles, fonctions et tâches du médecin généraliste au sein d'un réseau de périnatalité.
Thèse : Méd : Lille 2 : 2004 ; 188.

- 4) BERLAND Y, BONNICI B, DEBAISIEUX F, DESAILLY-CHANSON MA, DEGOS C, FORCIOLI P et al.
Rapport de la mission « démographie médicale hospitalière ». 2006.
[Consulté le 02.04.2007]
Disponible à partir de l'URL :
<http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/berland2006/rapport.pdf>

- 5) BILLAUT A, BREUIL-GENIER P, COLLET M, SICART D
Les évolutions démographiques des professions de santé.
Données sociales-la société française 2006, 7 : 555-566. [Consulté le 02.04.2007]
Disponible à partir de l'URL :
http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/DONSOC06zj.PDF

- 6) BLONDEL B
Prise en charge des grossesses à bas risque en France.
Rapport 34° journées nationales de la SFMP, Dijon 2004 : 72-73 [Consulté le 02.09.2006]
Disponible à partir de l'URL :
http://www.sfmp.net/download/sfmp_rapport_perinat2004_34journee.pdf

7) BLONDEL B, GRANDJEAN H

Conférence de consensus. Prise en charge des femmes enceintes et des nouveaux-nés dans les grossesses à bas risque. Bilan de la littérature.

J Gynecol Obstet Biol Reprod 1998 ; 27 (sup 2) : 8-20.

8) BLONDEL B, PUSCH D, SCHMIDT E

Some characteristics of antenatal care in 13 European countries.

Br J Obstet Gynecol 1985; 92: 565-568.

9) BLONDEL B, SUPERNANT K, DU MAZAUBRUN C, BREART G

Unité INSERM 149

Enquête périnatale 2003. Situation en 2003 et évolution depuis 1998.

[Consulté le 12.12.2006]

Disponible à partir de l'URL :

<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/perinat03/enquete.pdf>

10) BREART G, PUECH F, ROZE JC

Mission périnatalité: Conclusions. 20 propositions pour une politique périnatale.

[Consulté le 12.12.2006]

Disponible à partir de l'URL :

http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/20_propositions/perinatalite.pdf

11) BRODIN M

Histoire des programmes de périnatalité

In :

Journées parisiennes de pédiatrie 1998

Dir. Journées parisiennes de pédiatrie

Paris : Flammarion Médecine Sciences 1998 ; 303-307.

12) BRODIN M, NAIDITCH M

Les politiques publiques de santé et l'organisation des soins périnataux

Progr Pediatr Nouv Série 2001 ; 8 : 89-94.

13) CHAMBONNET JY

Les médecins généralistes dans les réseaux de soins

Rev Prat Med Gen 1997 ; (404) : 81-84.

14) CHAMBONNET JY, MICHEL I

GP's involvement in early childhood problems related to young mothers' expectations
Eur J Gen Pract 1999; 5: 21-25.

15) CHAMBONNET JY, SENAND R, COLLET N

Surveillance de la grossesse: que font les médecins généralistes ?
Rev Prat Med Gen 1999 ; 13 (447) : 169-172.

16) Circulaire n° DHOS/DGS/02/6C/2005/300 du 4 Juillet 2005, relative à la promotion
de la collaboration médico-psychologique en périnatalité.

B O Minist Santé Solidarités, 2005 ; n° 8: 49-59.

17) COHEN J, MADELENAT P, LEVY R

Gynécologie et santé des femmes: quel avenir en France? Etat des lieux et perspective
en 2020.

Levallois Perret : ESKA-Editorial Assistance 2000. [Consulté le 02.04.2007]

Disponible à partir de l'URL :

http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/co0.htm

18) Comité national d'experts sur la mortalité maternelle

Rapport du comité national d'experts sur la mortalité maternelle, 1995-2001.

(Rapport remis au Ministre délégué à la Santé). 2001. [Consulté le 28.03.2007]

Disponible à partir de l'URL :

<http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/maternite/rapport.pdf>

19) CORNET B, METRAL P, SAGOT P, et al.

Différents aspects organisationnels des réseaux régionaux.

In :

29° journées de médecine périnatale. Monaco, 1999

Dir. Société française de médecine Périnatale (SFMP)

Rueil-Malmaison : Arnette, 1999 : 137-143.

20) CORNET B, SAGOT P, GOUYON JP

Stratégies de mise en place des réseaux en périnatalité.

Progr Pediatr Nouv Série 2001 ; 8 : 25-33.

21) DEHAN M

Les grands principes des décrets sur la périnatalité.

Arch Pédiatr 1999 ; 6 : 3-6.

22) FIZAINE Jean-Philippe

Le médecin généraliste et la prévention dans le domaine périnatal. Réflexions et propositions issues d'une enquête portant sur les actions de prévention en périnatalité. Pour une participation au plus large des professionnels dans le cadre du Réseau Périnatal Lorrain

Thèse : Méd : Nancy I : 2003 ; 1129.

23) FLANDRIN-CRETINON S

Concevoir la maternité en dehors de l'hôpital : identifier les besoins et coordonner les ressources en périnatalité sur un territoire de santé.

Doss Obstét 2005 ; (337) : 7-10.

24) Groupe d'Animation et d'Impulsion Nationale, Caisse nationale d'Assurance maladie des travailleurs Salariés

L'obstétrique en France. Tome 1 : enquête 1991.

Paris : CNAMTS ; 1992.

25) HATEM G, ADORIAN E

Suivi de grossesse par le généraliste.

Concours Med 2002 ; 124 (6) : 375-379.

26) Haut Comité de la Santé Publique

La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance : pour un nouveau plan périnatalité.

Rapport au Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville.

1994. [Consulté le 13.12.2006]

Disponible à partir de l'URL :

<http://fulltext.bdsp.tm.fr/Hcsp/Rapports/hc001041.pdf?8D779-XX1WX-06J03-4W106-9G484>

27) Haute Autorité de Santé

Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandation pour la pratique clinique. 2005. [Consulté le 01.09.2006]

Disponible à partir de l'URL :

http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c_268522

28) Haute Autorité de Santé

Préparation à la naissance et à la parentalité. Recommandation pour la pratique clinique. 2005. [Consulté le 01.09.2006]

Disponible à partir de l'URL :

http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c_269939

29) JAMES DK

Should obstetricians see women with normal pregnancies ? Obstetricians should focus on problems.

BMJ 1995; 310: 37-38.

30) LEMEILLE C

Le suivi des grossesses dans la Marne. Place du médecin généraliste.

Mémoire : DIU « Formation complémentaire en gynécologie obstétrique pour les médecins généralistes » :2006

(Document procuré en Septembre 2006, par le service de gynécologie obstétrique, Alix de Champagne, rue Cognacq Jay, 51092 Reims Cedex).

31) LORDIER-BRAULT A

Quelle politique périnatale ?

Les propositions et les recommandations au niveau national.

In :

29° journées de médecine périnatale. Monaco, 1999

Dir. Société Française de médecine Périnatale

Rueil-Malmaison : Arnette, 1999 : 127-136.

32) MAGNIN G

Surveillance d'une grossesse normale. Le généraliste est-il le mieux placé ?

Rev Prat Med Gen 1995 ; 9 (301) : 15-18.

33) MAIRESSE JP, AULANIER S, GOMMEZ JF, PAZART L, CARON P, CHAUVEAU P, et al.

Dépistage des grossesses à risques.

Rev Prat Med Gen 1998; 12 (406) : 29-36.

34) Maternité des Bluets

Connaître « les Bluets » : que faisons-nous ? [Consulté le 05.04.2006]

Disponible à partir de l'URL :

<http://www.bluets.org/spip.php?rubrique8.htm>

35) Maternité des Bluets

Connaître « les Bluets » : qui sommes-nous ? [Consulté le 05.04.2006]

Disponible à partir de l'URL :

<http://www.bluets.org/spip.php?rubrique9.htm>

36) Ministère de la santé

Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique.

In :

L'état de santé de la population en France en 2006

Paris : La documentation française ; 2007 :142-145

37) Ministère de la santé

Les disparités régionales de santé.

In :

L'état de santé de la population en France en 2006

Paris : La documentation française ; 2007 : 216-21.

38) Ministère des solidarités, de la santé et de la famille

Plan « périnatalité » 2005-2007. Humanité, proximité, sécurité, qualité.

[Consulté le 12.08.2007]

Disponible à partir de l'URL :

<http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/perinatalite04/planperinat.pdf>

39) Observatoire régionale de la santé de Champagne-Ardenne, Union Régionale des Médecins Libéraux de Champagne-Ardenne [URML]

Les pratiques du suivi de grossesse en Champagne-Ardenne, 2002.

(Document procuré en Mars 2006 par l'URML, 64, chaussée St Martin, 51100 Reims)

40) PAPIERNIK .

Conférence de consensus. Les différentes modalités d'organisation des soins périnataux en fonction du contexte de la démographie et des contraintes budgétaires.

J Gynecol Obstet Biol Reprod 1998 ; 27 (sup 2) : 76-84.

41) PHILIBERT M, BOISBRAS F, BOUVIER-COLLE MH

Epidémiologie de la mortalité maternelle en France, de 1996 à 2002 : fréquence, facteurs et causes.

BEH 2006 ; (50) :392-399 .

42) PUECH F, BAILLEUX E

Quelle surveillance optimale pour les grossesses à bas risque ?

Rapport 34° journées nationales de la SFMP, Dijon 2004: 74-83 [Consulté le 02.09.2006]

Disponible à partir de l'URL :

http://www.sfmp.net/download/sfmp_rapport_perinat2004_34journee.pdf

43) QUEANT Stéphanie

Rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de la grossesse : situation dans l'Aube.

Thèse : Méd : Reims : 2004 ; 41.

44) République Française. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

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

J O Lois et décrets 1999, n° 16, 104.

45) République Française. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

Décret n° 98-899 du 9 Octobre 1998 modifiant le titre Ier du livre VII du Code de la Santé Publique et relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale.

J O Lois et décrets 1998, n° 235, 15343-15344.

46) République Française. Ministère de l'emploi et de la solidarité.

Décret n° 98-900 du 9 Octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le Code de la Santé Publique.

J O Lois et décrets 1998, n° 235, 15344-15349.

47) Réseau Aurore

Bilan d'activité 2005 et perspectives 2006. [Consulté le 30.12.2006]

Disponible à partir de l'URL :

<http://www.aurore-perinat.org/doc/RA2005.pdf>

48) Réseau Aurore

Charte 2005. [Consulté le 30.12.2006]

Disponible à partir de l'URL :

<http://www.aurore-perinat.org/doc/ConventionV2.pdf>

49) Réseau Aurore

Dossier périnatal partagé. [Consulté le 30.12.2006]

Disponible à partir de l'URL :

<http://www.aurore-perinat.org/private/main.asp>

50) Réseau de Santé du Haute Nivernais

Carnet de suivi de la grossesse.

(Document procuré en Janvier 2007, par le RSHN, Centre Hospitalier, 14 route de Beaugy, 58500 CLAMECY)

51) Réseau de Santé du Haut Nivernais

Charte périnatalité, précisant le cadre du réseau périnatal de proximité. 2005.

(Document procuré en Mai 2006, par le RSHN, Centre Hospitalier, 14 route de Beaugy, 58500 CLAMECY)

52) Réseau de santé du Haut Nivernais

Convention constitutive. 2005.

(Document procuré en Mai 2006, par le RSHN, Centre Hospitalier, 14 route de Beaugy, 58500 CLAMECY)

53) Réseau de Santé du Haut Nivernais

Périnatalité. Evaluation triennale : 2004-2005-2006

(Document procuré en Janvier 2007, par le RSHN, Centre Hospitalier, 14 route de Beaugy, 58500 CLAMECY)

54) Réseau Périnatal de Champagne Ardenne

Un réseau périnatal en Champagne Ardenne ?

Bulletin d'information du réseau périnatal 2007 ; (1) : 2

(Document procuré en Janvier 2007 par le réseau périnatal de Champagne Ardenne, Alix de Champagne, 47 rue Cognacq Jay, 51092 Reims Cedex)

55) Réseau Périnatal de Champagne Ardenne

Un réseau périnatal en Champagne Ardenne ? (suite)

Bulletin d'information du réseau périnatal 2007 ; (2) : 2

(Document procuré en Avril 2007 par le réseau périnatal de Champagne Ardenne, Alix de Champagne, 47 rue Cognacq Jay, 51092 Reims Cedex)

56) Réseau périnatal de Champagne Ardenne

Charte du réseau, 2005.

(Document procuré en Avril 2007 par le réseau périnatal de Champagne Ardenne, Alix de Champagne, 47 rue Cognacq Jay, 51092 Reims Cedex)

57) Réseau périnatal de Champagne Ardenne

Convention constitutive, 2005.

(Document procuré en Avril 2007 par le réseau périnatal de Champagne Ardenne, Alix de Champagne, 47 rue Cognacq Jay, 51092 Reims Cedex)

58) Réseaux périnatalité en Haute Normandie

Charte. [Consulté le 19.12.2006]

Disponible à partir de l'URL :

<http://www.reseaux-perinat-hn.com/medias/chartereseauversion2.pdf>

59) Réseaux périnatalité en Haute Normandie

Convention constitutive. [Consulté le 19.12.2006]

Disponible à partir de l'URL :

<http://www.reseaux-perinat-hn.com/medias/conventionconstitutiveversion2.pdf>

60) Réseaux périnatalité en Haute Normandie

Présentation du réseau. [Consulté le 19.12.2006]

Disponible à partir de l'URL :

<http://www.reseaux-perinat-hn.com/page22117.asp>

61) Réseaux périnatalité en Haute Normandie

Statuts 2005. [Consulté le 19.12.2006]

Disponible à partir de l'URL :

<http://www.reseaux-perinat-hn.com/medias/statuts2005signes.pdf>

62) RUMEAU-ROUQUETTE C

Bien naître. La périnatalité entre espoir et désenchantement.

Paris : Editions Médicales et Scientifiques EDK ; 2001.

63) RUMEAU-ROUQUETTE C, DU MAZAUBRUN C, RABARISON Y

Naître en France, 10 ans d'évolution 1972-1981.

Paris : Ed. INSERM; Doin, 1984.

(Collection grandes enquêtes en santé publique et épidémiologique).

64) SCHEIDEGGER S, VILAIN A

Disparités sociales et surveillance de la grossesse.

Etudes et résultats 2007 ; (552) : 1-8.

65) THOMAS Emmanuel

Réseaux et périnatalité: à travers l'édification du réseau périnatal lorrain.

Thèse : Méd : Nancy 1 : 2005 ; 1020.

66) TOURNAIRE M

Pourquoi une conférence de consensus sur la prise en charge de la femme enceinte, de l'accouchement et du nouveau-né ?

J Gynecol Obstet Biol Reprod 1998 ; 27 (sup 2) :7.

67) TRUFFERT P, GOUJARD J, DEHAN M, VODOVAR M, BREART G

Outborn status with a medical neonatal transport service and survival without disability at two years. A population-based cohort survey of newborns of less than 33 weeks of gestation.

Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1998 ; 79 : 13-18

68) Union Régionale des Médecins Libéraux des Pays de la Loire
Recommandations pour une surveillance de la grossesse à bas risque.
2003. [Consulté le 13.09.2006]
Disponible à partir de l'URL :
<http://www.urml-paysdelaloire.fr/upml/Admin/upload/rpcgrossesse.pdf>

69) VAANEN C
Evolution de la prise en charge périnatale en réseau de santé.
Technologie et Santé 2005 ; (55-56) : 54-57.

70) VILAIN A, DE PERETTI C, HERBET JB, BLONDEL B
La situation périnatale en France en 2003. Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale.
Etudes et résultats 2005 ; (383) : 1-7.

71) WALKER P
Should obstetricians see women with normal pregnancies ? Obstetricians should be included in integrated team care.
BMJ 1995; 310: 36-37.

10 ANNEXES

10.1 ANNEXE 1 : PRINCIPAUX INDICATEURS UTILISES EN EPIDEMIOLOGIE DE LA NAISSANCE

(réf. 26, 37, 62 et 65)

Mortalité infantile : nombre d'enfants qui meurent entre la naissance et un an de vie, pour 1000 naissances vivantes.

Mortalité néonatale : nombre d'enfants qui meurent entre la naissance et 27 jours révolus, pour 1000 naissances vivantes. Ce chiffre est un très bon indicateur des facteurs de risque autour de la naissance et de la qualité de la prise en charge médicale. Elle se subdivise en :

- mortalité néonatale précoce : de 0 à 7 jours de vie
- mortalité néonatale tardive : de 8 à 27 jours de vie

Mortalité post-néonatale : nombre d'enfants qui meurent entre le 28^{ème} et le 365^{ème} jour de vie, pour 1000 naissances vivantes.

On a donc l'équation : *mortalité néonatale + post-néonatale = mortalité infantile*.

Mortinatalité : nombre de morts fœtales, après la 28^{ème} semaine d'aménorrhée et jusqu'à la naissance, pour 1000 naissances vivantes. Il s'agit d'un bon indicateur des facteurs de risque médicaux et sociaux ; il traduit bien la qualité de surveillance des femmes pendant la grossesse et l'accouchement. Mais les interruptions médicales de grossesses tardives risquent d'altérer la pertinence de cet indicateur.

Mortalité périnatale : nombre de mort-nés plus nombre de décès entre 0 et 7 jours révolus, pour 1000 naissances totales.

Ce taux est considéré comme un indicateur de la qualité des soins obstétricaux et de réanimation. « Il a été construit au départ pour mesurer les décès en lien avec la période périnatale. Ceux-ci étant maintenant plus tardifs du fait des progrès de la réanimation néonatale, la mortalité périnatale n'est plus un indicateur suffisant pour suivre les décès liés à cette période. Il faut prendre en compte tout la mortalité néonatale et même, pour appréhender d'éventuels effets retardés, la mortalité infantile ». (33c)

Mortalité foeto-infantile : nombre de mort-nés plus nombre de décès entre 0 et 365 jours, pour 1000 naissances totales.

Indicateurs de morbidité :

Taux de prématurité : Nombre d'enfants pour 100 naissances pour lesquels la durée de grossesse a été de moins de 37 SA .

Taux de prématurité grave : nombres de naissances, pour 100, survenant avant 33 SA.
Ce chiffre décrit très bien les enfants les plus en danger de complications.

Définition des termes « inborn » et « outborn » :

Enfants « inborn » : enfants qui naissent dans une maternité située sur le même site qu'un service de néonatalogie (maternités de niveau II ou III).

Enfants « outborn » : enfants naissant dans une maternité de niveau I et nécessitant une hospitalisation en néonatalogie par le biais d'un transfert en ambulance, ou naissant dans une maternité de niveau II si un transfert en niveau III est nécessaire.

10.2 ANNEXE 2 : LES NIVEAUX DE SOINS EN NEONATOLOGIE

(réf. 26 et 65)

Ces niveaux de soins sont définis une fois passée la phase éventuelle de réanimation à la naissance. Il est de plus sous-entendu que, quel que soit le niveau de soins, tout nouveau-né peut s'aggraver brutalement et avoir besoin d'un traitement urgent. Toutes les structures de soins pour nouveau-né doivent donc comporter une salle de mise en condition bien équipée.

Niveau I : Les soins de niveau I ont pour objectif :

- d'assurer la surveillance des premiers jours de vie des enfants eutrophiques, à terme, bien portants à la naissance ;
- de promouvoir l'allaitement maternel, et de pratiquer les dépistages obligatoires. Ce niveau de soins correspond au niveau de base de toute maternité.

Niveau II : les soins de niveau II ont pour objectif :

- de réchauffer les nouveau-nés en couveuse ou en lit chauffant avec une surveillance correcte de leur température ;
- d'assurer une alimentation correcte des enfants de petit poids de naissance, en ayant la possibilité de multiplier les repas, de tirer le lait maternel pour le donner à la tasse ou au biberon, de faire éventuellement des ajouts dans le lait, de surveiller les dextros 24 heures sur 24 ;
- de poser un gavage ou une perfusion pour une courte période ;
- de traiter par photothérapie ;
- d'administrer des médicaments à heures fixes par voie orale ou parentérale ;
- d'obtenir en urgence et 24 heures sur 24 des examens simples tels que glycémie, calcémie, radio de thorax... ;
- d'obtenir dans la journée, éventuellement au prix d'un déplacement de l'enfant, tous les examens spécifiques nécessaires à un bilan étiologique ;
- de pouvoir faire face à une éventuelle aggravation.

Equipements nécessaires aux soins de niveau II :

Le matériel nécessaire comporte des couveuses, des lampes de photothérapie, une biberonnerie correctement équipée, un bon équipement de l'unité d'observation attenante à la salle de travail.

Le personnel doit se composer d'une auxiliaire de puériculture présente auprès de l'enfant sans rupture la nuit, d'une sage-femme ou d'une puéricultrice présente le matin et disponible 24 heures sur 24 pour venir auprès de l'enfant donner des conseils ou assurer des soins urgents, et d'un pédiatre assurant une visite quotidienne avec contre-visite et déplaçable en urgence 24 heures sur 24 (par exemple, sur un système d'astreinte téléphonique ou bien en faisant appel à un néonatalogiste de garde dans un autre service de l'hôpital).

Pathologies néonatales correspondant aux soins de niveau II :

Les nouveaux-nés relevant de soins de niveau II sont :

- les nouveaux nés hypotrophiques à terme de 2000 à 2500 g ;
- les enfants prématurés de 35-36 SA, sans pathologie respiratoire ;
- les nouveaux-nés de mère diabétique, de poids normal, n'ayant pas fait d'hypoglycémie pendant les premières heures ;
- les nouveaux-nés suspects d'infection, asymptomatiques et traités par antibiothérapie ;
- les enfants ayant présentés une souffrance fœtale aiguë, cliniquement normaux et sans acidose à H2 ;
- les enfants présentant un syndrome de sevrage ;
- les enfants surveillés en raison d'une pathologie ou d'un traitement maternel particulier (betabloquants, barbituriques...) ;
- les enfants ictériques ne nécessitant pas d'exsanguino-transfusion ;
- les enfants ayant des difficultés d'alimentation (fente labiopalatine, trisomie 21...) ;
- les enfants ayant une hypocalcémie modérée ;
- les nouveaux-nés chez lesquels des examens complémentaires sont nécessaires pour confirmer un diagnostic anténatal, pour évaluer une situation à risque (séroconversion de toxoplasmose, mère HIV positive...).

Niveau III : Les soins de niveau III ont pour objectif :

- d'assurer, pour une longue durée, une perfusion intraveineuse, un gavage continu ou discontinu, une oxygénothérapie ;
- de surveiller un état clinique non stabilisé ;
- de faire face à une éventuelle aggravation.

Equipements nécessaires aux soins de niveau III :

Le matériel nécessaire comporte au moins des seringues électriques, un scope, un Hood, un analyseur d'oxygène, un appareil de mesure de la TcPO₂, un humidificateur.

Le laboratoire doit pouvoir effectuer 24 heures sur 24 des examens tels que radiographies, gaz du sang, examens bactériologiques et biochimiques. L'accès aux autres examens complémentaires doit être facile dans la journée.

Les soins de niveau III réclament un personnel infirmier qualifié présent auprès de l'enfant nuit et jour, un pédiatre présent toute la journée et, la nuit, de garde ou facilement déplaçable sur appel d'une autre personne de garde : interne, sage-femme, ou puéricultrice responsable.

Pathologie néonatale correspondant au niveau III :

Les nouveaux-nés réclamant des soins de niveau III sont :

- les hypotrophiques à terme de 1800 à 2000 g ;
- les enfants prématurés de 33 et 34 semaines ;
- les enfants de mère diabétiques, hypertrophiques (97^{ème} percentile) ;
- les enfants ayant présenté une souffrance fœtale aiguë avec acidose et augmentation de la lactacidémie à H3 et dont l'examen neurologique est normal ;
- les enfants présentant une détresse respiratoire persistant à H3 et stabilisée et dont la FiO2 est inférieure à 40%, le terme supérieur à 34 semaines et dont la radio ne montre pas de pneumothorax ;
- les enfants ayant un ictère réclamant une exsanguino-transfusion ;
- les enfants ayant présenté un « malaise » et qui récupèrent mal ;
- les enfants ayant une rhinite obstructive sévère, une infection symptomatique, une hypocalcémie sévère ;

Niveau IV et V :

Les soins de niveau IV et V correspondent aux soins développés en services de soins intensifs et de réanimation néonatale. Ils ne seront évoqués que pour définir la population de nouveaux-nés relevant de ces structures et les problèmes posés par leur naissance dans toute maternité.

Ils répondent aux besoins des enfants présentant : une détresse fœtale, une détresse respiratoire, une grande immaturité, ou enfin un état malformatif grave.

Lorsque les conditions prénatales permettent de prévoir ces risques, des mesures de transfert in utero peuvent être prises, permettant au nouveau-né de bénéficier de l'intervention immédiate de réanimateurs. A défaut, l'appel anténatal du pédiatre de la maternité permettra de s'assurer de son concours.

Lorsque la naissance de cet enfant surprend l'équipe obstétricale, le pédiatre de la maternité doit pouvoir intervenir rapidement (dans les 15 à 20 minutes de vie), effectuer une mise en condition que poursuivra l'équipe de transfert, orienter l'enfant vers les structures les plus appropriées et son état. Les délais de déplacement du pédiatre sont acceptables dans la mesure où l'équipe sur place (obstétricien, sage-femme, anesthésiste) est compétente pour pratiquer une intubation chez le nouveau-né, contrôler son oxygénation et son équilibre thermique.

10.3 ANNEXE 3 : LISTE DES FACTEURS DE VULNERABILITE SELON L'HAS

(réf. 28)

Dans ses recommandations de Novembre 2005, « Préparation à la naissance et à la parentalité » (51), l'HAS préconise de repérer un certain nombre de « facteurs de vulnérabilité », afin de dépister les femmes le plus à risque d'un point de vue psychosocial.

L'HAS définit la vulnérabilité comme une « caractéristique principalement psychologique qui signifie être dans une condition non protégée et donc susceptible d'être menacé du fait de circonstance physique, psychologique ou sociologique. »

Les facteurs de vulnérabilité décrits par l'HAS sont :

- Les *antécédents obstétricaux mal vécus* : précédente grossesse ou naissance compliquée ou douloureuse .
- Les *problèmes de type relationnel*, en particulier dans le couple : avec comme conséquence l'isolement et un sentiment d'insécurité par absence de soutien de l'entourage.
- La *violence domestique*, en particulier conjugale.
- Le *stress*, traduisant la relation entre une situation qui se modifie et une personne confrontée à cette situation : challenge à surmonter ou menace à laquelle elle peut succomber. Le stress est sous-tendu par la perception personnelle à la fois des exigences de la situation et de ses capacités.
- L'*anxiété* est un processus de blocage cognitif avec des manifestations somatiques, à la différence de la peur (de l'accouchement par exemple) qui se nomme et peut être exprimée par la femme enceinte.
- Les *troubles du sommeil du début de grossesse* peuvent être un signe d'alerte d'une anxiété ou d'une dépression.
- Un *épisode dépressif pendant la grossesse* se caractérise par une perte d'intérêt ou de plaisir (perte de l'élan vital) pour presque toutes les activités.
- La *dépression du post-partum* est fréquente. Selon les études, sa prévalence varie de 3 à 10% selon le moment du post partum où elle est étudiée. Elle se dépiste au moyen d'un instrument d'auto-évaluation, validé et traduit en français (EPDS : Edinburgh Postnatal Depression Scale), son utilisation avant la naissance n'est pas recommandée.
- La *dépendance ou l'addiction* (alcool, tabac, drogue, médicaments) entraîne des effets néfastes physiques ou psychologiques chez la femme enceinte, et des conséquences physiques chez le nouveau-né qu'il convient d'anticiper.
- La *précarité* est l'absence d'une ou de plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations et leurs responsabilités.
- Le *risque social* est lié à des évènements dont la survenue incertaine et la durée variable pourraient mettre en danger la capacité d'un individu ou d'un ménage à répondre à ses besoins à partir de ses ressources disponibles, financières ou

autres (maladie, chômage, changement de la composition familiale : enfants, parent isolé ou rupture conjugale).

- La *naissance à haut risque psycho-affectif*, après l'annonce pré et postnatale d'une maladie, d'une malformation ou d'un handicap.

10.4 ANNEXE 4 : FICHE DE SUIVI DES GROSSESSES PROPOSEE PAR L'URML EN 2001

SUIVI DES GROSSESSES

	1er examen	3ème mois	4ème mois	5ème mois	6ème mois	7ème mois	8ème mois	9ème mois
Biologie	Groupe RAI			RAI si Rh -	Groupe NF RAI si Rh -		RAI si Rh -	RAI si Rh -
Sérologie	Toxoplasmose Rubéole TPHA VDRL HIV	Toxoplasmose si Toxo - Rubéole si rub -	Toxoplasmose si Toxo -	Toxoplasmose si Toxo -	Toxoplasmose si Toxo - Rubéole si rub - Recherche D'Ag Hbs	Toxoplasmose si Toxo -	Toxoplasmose si Toxo -	Toxoplasmose si Toxo -
Urinaire	Glycosurie Proteinurie	Glycosurie Proteinurie	Glycosurie Proteinurie	Glycosurie Proteinurie	Glycosurie Proteinurie	Glycosurie Proteinurie	Glycosurie Proteinurie	Glycosurie Proteinurie
Ex. de dépistage		HT 21 entre 14 et 17 SA Information obligatoire		Diabète Gest. Glycémie à jeun et 1 H après 50 g de glucose à 24 SA	Diabète Gest. HGPO à 100 g de glucose			
Echographie		12 - 14 SA		22 - 24 SA		32 - 34 SA		

synthèse du Décret du 14/2/92 et des recommandations par le Docteur A. MAIDI

10.5 ANNEXE 5: QUESTIONNAIRES

10.5.1 Questionnaire patiente

Je réalise ce questionnaire pour ma thèse de médecine générale. Il a pour but de mieux connaître l'organisation du suivi des grossesses et des nouveaux nés dans notre région.

Merci de bien vouloir prendre quelques minutes pour y répondre.

Mieux vous connaître ...

1) Quel age avez - vous ?

2) Exercez vous une profession ?

Oui Non

Si oui, laquelle:

- Agriculteur, exploitant
- Artisan, commerçant et chef d'entreprise
- Cadre et profession intellectuelle supérieure
- Profession intermédiaire
- Employé
- Ouvrier

3) Distance séparant votre domicile de votre lieu d'accouchement ?

4) Combien avez-vous eu de grossesses (avant celle-ci) ?

5) Combien avez-vous d'enfants vivants (en comptant votre bébé) ?

6) Avez-vous eu des problèmes de santé pendant une grossesse précédente ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hypertension | <input type="checkbox"/> Diabète |
| <input type="checkbox"/> Saignements | <input type="checkbox"/> Contractions |
| <input type="checkbox"/> Mauvaise croissance du bébé | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) |

7) Prenez-vous des médicaments avant cette grossesse ?

- Oui Non

Si OUI, lesquels :

Le suivi de votre grossesse...

1) Avez-vous accouché ?

- d'un seul bébé de jumeaux de triplés (ou plus...)

2) Qui a rempli votre déclaration de grossesse ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Médecin généraliste | <input type="checkbox"/> Gynécologue obstétricien |
| <input type="checkbox"/> Gynécologue médical | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : |

3) Qui a effectué vos échographies ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Gynécologue Obstétricien | <input type="checkbox"/> Gynécologue médical |
| <input type="checkbox"/> Radiologue | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) |

4) Qui a effectué le suivi de votre grossesse ?

Pendant les 3 premiers mois : (1 seule réponse possible)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Médecin généraliste | <input type="checkbox"/> Gynécologue obstétricien |
| <input type="checkbox"/> Gynécologue médical | <input type="checkbox"/> Sage femme |
| <input type="checkbox"/> PMI | <input type="checkbox"/> Pas de suivi |

Du quatrième au sixième mois : (1 seule réponse possible)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Médecin généraliste | <input type="checkbox"/> Gynécologue obstétricien |
| <input type="checkbox"/> Gynécologue médical | <input type="checkbox"/> Sage femme |
| <input type="checkbox"/> PMI | <input type="checkbox"/> Pas de suivi |

Du septième mois à l'accouchement : (1 seule réponse possible)

- Médecin généraliste Gynécologue obstétricien
 Gynécologue médical Sage femme
 PMI Pas de suivi

5) Avez-vous suivi un programme de « préparation à la naissance » ?

- oui non

Si OUI, qui l'organisait ?

- Sage femme de votre maternité Sage femme libérale
 PMI Autre (précisez)

6) Avez-vous eu besoin de consulter en dehors des consultations obligatoires ?

- oui non

Si OUI : Qui avez-vous consulté ? (plusieurs réponses possibles)

- Médecin généraliste Gynécologue obstétricien
 Gynécologue médical PMI
 Urgences Autre (précisez)

7) Avez-vous souffert d'un des problèmes suivant pendant votre grossesse:

- Hypertension Diabète
 Saignements Contractions
 Mauvaise croissance du bébé Autre (précisez)
 Maladie nécessitant un suivi spécialisé (précisez)

8) Comment jugez-vous la qualité du suivi durant votre grossesse:

- Excellent bon moyen mauvais

Votre accouchement...

1) Sur quels arguments avez-vous choisi votre lieu d'accouchement ?

(plusieurs réponses possibles)

- Proximité de votre domicile
- Réputation de la maternité
- Sur conseil de votre généraliste
- Maternité ou exerce votre gynécologue
- Hospitalisation en cours de grossesse dans cet hôpital / clinique
- Lieu d'accouchement des grossesses précédentes
- Autre (précisez)

2) A quel terme avez-vous accouché ?

- A terme
- dans le 9ème mois
- Dans le 8ème mois
- dans le 7ème mois
- Dans le 6ème mois
- post terme

4) Comment s'est passé votre accouchement ?

- Par voie basse
- par césarienne

Et ensuite...

1) Qui pensez vous aller consulter pour le suivi de votre nouveau né, pendant les 3 premiers mois:

- Médecin généraliste
- Pédiatre
- PMI
- Autre (précisez)

2) Pourquoi ?

- Proximité de votre domicile
- Compétence
- Réputation
- Médecin suivant d'autres membres de la famille
- Autre (précisez)

3) Si vous rencontrez des difficultés avec votre nouveau né en rentrant à la maison (allaitement, alimentation, soins du bébé, sommeil...), auprès de qui demanderez-vous conseil?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Famille ou amis | <input type="checkbox"/> médecin généraliste |
| <input type="checkbox"/> Gynécologue | <input type="checkbox"/> pédiatre |
| <input type="checkbox"/> Sage femme | <input type="checkbox"/> PMI |
| <input type="checkbox"/> pharmacien | <input type="checkbox"/> autre (précisez) |

4) Qui irez-vous consulter pour votre suivi gynécologique après le « retour de couches » ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Médecin généraliste | <input type="checkbox"/> Gynécologue obstétricien ayant suivi la grossesse |
| <input type="checkbox"/> Gynécologue médical | <input type="checkbox"/> PMI |
| <input type="checkbox"/> Autre (précisez) | |

Afin de poursuivre mon enquête, je souhaite interroger les médecins généralistes sur leur expérience du suivi des grossesses.

Pouvez-vous me donner le nom de votre médecin généraliste (ainsi que ses coordonnées) :

-
-
-

Je vous remercie de bien avoir voulu répondre à ce questionnaire.

Bon retour à la maison avec votre bébé !

10.5.2 Questionnaire médecin

LE SUIVI PRE NATAL :

Votre pratique du suivi de grossesse :

- 1) Combien de déclaration de grossesses avez-vous remplie pendant ces 6 derniers mois ?
- 2) Combien de femmes enceintes avez-vous vu en consultation, **dans le cadre des visites obligatoires mensuelles de suivi de grossesse**, pendant ces 6 derniers mois (premier semestre 2006) ?
- 3) Pendant quelle période, habituellement, effectuez-vous ce suivi ?
 - de 0 à 3 mois de grossesse
 - de 4 à 6 mois de grossesse
 - de 7 mois à l'accouchement
 - autre (précisez) :
- 4) Combien de femmes enceintes avez-vous vu en consultation, **en dehors des visites obligatoires**, pendant ces 6 derniers mois (premier semestre 2006) ?
- 5) Est-ce vous qui assuriez le suivi gynécologique de ces patientes avant leur grossesse?
 - oui
 - non
 - parfois (pour quelques unes)

Si NON ou PARFOIS, qui l'effectuait ?

 - aucun suivi gynéco antérieur
 - gynécologue obstétricien
 - autre (précisez)
 - autre médecin généraliste
 - PMI
- 6) Quel dossier médical utilisez vous pour assurer le suivi de grossesse ?
 - aucun
 - votre logiciel de gestion de cabinet habituel
 - dossier médical papier conservé au cabinet
 - carnet de grossesse
 - autre (précisez) :

7) Avec quel autre professionnel de santé travaillez-vous pour le suivi de grossesse de vos patientes ?

- obstétricien
- sage femme
- sage femme de PMI
- assistante sociale
- radiologue
- aucun
- autre médecin (précisez la spécialité)

Vos atouts :

Quelles sont, à votre avis, vos principales qualités pour assurer le suivi de grossesse ?

- compétence médicale
- disponibilité de temps
- habitude du suivi de grossesse
- liens établis avec d'autres professionnels de santé et acteurs sociaux
- bonne connaissance de la patiente et de son environnement familial et social
- autre (précisez) :

Les difficultés que vous rencontrez :

Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez dans le cadre d'un suivi de grossesse ?

- aucune difficulté
- manque de temps
- manque de pratique
- manque de connaissances médicales
- manque de matériel d'examen
- manque de communications avec les autres professionnels de santé intervenant dans le suivi
- dossier médical non adapté
- absence de dossier médical partagé
- autre (précisez) :

Vos besoins :

Quelles sont les améliorations que vous souhaiteriez voir se développer afin de pouvoir assurer un meilleur suivi des grossesses ?

- dossier médical partagé réactualisation de vos connaissances
- réseau formel entre différents professionnels de santé intervenant dans le suivi de la grossesse
- cotation d'honoraires revalorisée pour le suivi des grossesses
- meilleur coordination avec les services sociaux
- autre (précisez) :

Avez-vous de remarques particulières à faire sur ce sujet ?

-
-
-
-
-

LE SUIVI DES NOUVEAU-NES :

Ce questionnaire porte sur le suivi médical des nouveau-nés (de 0 à 3 mois)

Votre pratique...

- 1) Combien de nouveaux nés (0 à 3 mois) avez – vous vus en consultation ces 6 derniers mois (1^{er} semestre 2006) pour leur visite systématique mensuelle?

- 2) Combien de nouveaux nés avez-vous vus en consultation ces 6 derniers mois pour des pathologies intercurrentes ?

3) Pourquoi, à votre avis, les parents de ces nouveaux nés ont fait le choix de venir vous consulter ? (plusieurs réponses possibles)

- vous êtes le médecin de famille
- vous avez suivi la grossesse
- proximité géographique
- disponibilité de temps
- autre (précisez)

4) Certains de ces nouveaux nés sont ils suivis en parallèle par un autre médecin ?

- oui
- non

Si OUI, quel médecin

- médecin général
- Médecin de PMI
- pédiatre spécialisé (précisez)
- autre (précisez)

5) Avez-vous conseillé à certaines de ces familles de rencontrer 1 assistante sociale ?

- oui
- non

Si OUI : à qui les avez-vous adressé ?

Y sont-ils allés ? oui non je ne sais pas

6) Avez-vous conseillé à certaines de ces familles de rencontrer 1 psychiatre ou 1 psychologue ?

- oui
- non

Si OUI : à qui les avez-vous adressé ?

7) Avez-vous adressé certaines de ces familles à 1 service de PMI ?

- oui
- non

Vos atouts...

Quelles sont, à votre avis, vos principales qualités pour assurer le suivi médical d'un nouveau né ?

- compétence médicale
- pratique régulière
- disponibilité de temps
- travail en lien avec des services sociaux
- bonne connaissance de la famille et de l'environnement du nouveau né
- autre (précisez)

Les difficultés que vous rencontrez....

- aucune
- manque de temps
- manque de pratique
- manque de connaissances médicales
- manque d'informations sur les antécédents de la grossesse et du post accouchement
- autre (précisez)

Vos besoins...

- dossier médical partagé
- réactualisation de vos connaissances
- réseau formel entre différents professionnels de santé intervenant dans le suivi de la grossesse
- meilleure coordination avec les services sociaux
- cotation d'honoraires revalorisée
- autre (précisez)

Avez-vous des remarques particulières à faire sur ce sujet ?

-
-
-
-
-
-

SOMMAIRE

1	INTRODUCTION	15
2	EVOLUTION DE LA POLITIQUE PERINATALE EN FRANCE : VERS UN TRAVAIL EN RESEAU	17
2.1	De 1970 à 1985 : Mise en place d'une politique de périnatalité	17
2.1.1	Elaboration du premier programme de périnatalité inscrit dans le sixième plan quinquennal (1970-1975)	17
2.1.2	« La nouvelle politique de la famille » du septième Plan quinquennal (1975 – 1980)	19
2.1.3	Résultats entre 1972 et 1981	20
2.2	De 1985 à 1994 : de la nécessité d'une politique de santé publique	24
2.2.1	Des progrès techniques médicaux	24
2.2.2	Directives gouvernementales	26
2.2.3	Des outils de santé publique dans un souci d'analyse à rationalité économique	27
2.3	Le plan périnatalité de 1994	30
2.3.1	Le rapport du Haut Comité de la santé Publique (HCSP) : « La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance : pour un nouveau plan de périnatalité »	30
2.3.2	Plan gouvernemental (Avril 1994)	32
2.4	Réforme de la réglementation des établissements de santé, en articulation avec le schéma Régional d'Organisation Sanitaire : « les décrets sur la périnatalité de 1998 »	34
2.4.1	Les 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)	35
2.4.2	Organisation des maternités en 3 niveaux de soins	37
2.4.3	Un système d'autorisation pour les activités d'obstétrique, de néonatalogie et de réanimation néonatale	37
2.4.4	Des normes minimales de sécurité	38
2.4.5	Création des réseaux de soins	38
2.4.6	Les Commissions Régionales de la Naissance	40
2.5	La conférence de consensus du 3 Décembre 1998 : « Prise en charge de la femme enceinte, de l'accouchement et du nouveau-né selon leur niveau de risque »	41
2.6	La Mission Périnatalité (Septembre 2003)	42
2.6.1	Rapport du Groupe Technique National de Définition des Objectifs	42
2.6.2	La Mission Périnatalité 2003 : énoncé	43
2.7	Enquête nationale périnatale de 2003	45
2.8	Plan « périnatalité » 2005-2007. Humanité, Proximité, Sécurité, Qualité. (Novembre 2004)	46
2.8.1	L'évolution des principaux indicateurs démographiques depuis le plan périnatalité de 1994	46
2.8.2	Le plan « périnatalité » 2005-2007	47
3	EXEMPLES DE RESEAUX PERINATALOGIE INCLUANT DES MEDECINS GENERALISTES	50

3.1	Introduction	50
3.2	Le reseau de suivi des enfants vulnerables (Bourgogne)	50
3.2.1	Points forts du reseau :	50
3.2.2	Historique	51
3.2.3	Objectifs	51
3.2.4	Mode de fonctionnement	51
3.2.5	Résultats	53
3.3	Le reseau du Haut Nivernais	54
3.3.1	Points forts :	54
3.3.2	Historique	54
3.3.3	Objectifs	54
3.3.4	Mode de fonctionnement et place des généralistes	55
3.3.5	Résultats de l'évaluation triennale : 2004-2006	57
3.4	Le reseau Bluets-ville	59
3.4.1	Points forts :	59
3.4.2	Historique	59
3.4.3	Objectifs	59
3.4.4	Mode de fonctionnement	59
3.4.5	Résultats	60
3.5	Le reseau périnatal Haute Normandie	61
3.5.1	Les points forts :	61
3.5.2	Historique	61
3.5.3	Objectifs du reseau	61
3.5.4	Mode de fonctionnement	62
3.5.5	Résultats	63
3.6	Le reseau périnatal du grand Lyon : reseau AURORE	64
3.6.1	Points forts :	64
3.6.2	Historique	64
3.6.3	Objectifs	64
3.6.4	Mode de fonctionnement	65
3.6.5	Résultats	67
4	QUELLE PLACE POUR LES MEDECINS GENERALISTES DANS LE SUIVI DES GROSSESSES ET DES NOUVEAUX-NES ?	68
4.1	Quel medecin pour quel suivi ?	68
4.1.1	Introduction	68
4.1.2	Le suivi des grossesses	68
4.1.3	Le suivi des nouveaux-nés	75
4.1.4	Conclusion	76
4.2	La situation champardennaise	76

4.2.1	Enquête de l'ORS et l'URML en 2001	76
4.2.2	Enquête sur le suivi des grossesses dans l'Aube	78
5	ENQUETE SUR LE SUIVI DES GROSSESSES ET DES NOUVEAU-NES DANS LA MARNE	80
5.1	Introduction	80
5.2	Methode	80
5.2.1	Modes d'inclusion	80
5.2.2	Matériel d'intervention	81
5.3	Résultats	82
5.3.1	Analyse démographique des patientes étudiées	82
5.3.2	Le suivi des grossesses	85
5.3.3	Le suivi des nouveaux-nés	95
5.4	Les biais	106
5.5	Discussion	106
5.5.1	Le suivi des grossesses par les MG de la Marne	106
5.5.2	Le suivi des nouveau-nés (de 0 à 3 mois) par les MG de la Marne	112
6	LE RESEAU PERINATAL EN CHAMPAGNE ARDENNES	116
6.1	Données epidemiologique regionales	116
6.1.1	Natalité et fécondité	116
6.1.2	Mortalité maternelle	116
6.1.3	Mortalité infantile, périnatale, néonatale et mortinatalité	117
6.1.4	Taux de prématurité	122
6.1.5	Evolution de la démographie médicale dans le département	122
6.2	Justification du reseau	124
6.3	Le reseau perinatal de Champagne Ardenne	125
6.3.1	Objectifs du réseau périnatal de Champagne Ardenne	125
6.3.2	Actions programmées pour la période 2007-2008	125
6.3.3	Quelle place pour les médecins généralistes ?	126
7	CONCLUSION	130
8	LISTE DES ABREVIATIONS	133
9	BIBLIOGRAPHIE	135
10	ANNEXES	146
10.1	ANNEXE 1 : Principaux indicateurs utilisés en épidémiologie de la naissance	146
10.2	ANNEXE 2 : Les niveaux de soins en neonatologie	148
10.3	annexe 3 : Liste des facteurs de vulnérabilité selon l'has	151

10.4	Annexe 4 : Fiche de suivi des grossesses proposée par l'URML en 2001	152
10.5	ANNEXE 5: Questionnaires	153
10.5.1	Questionnaire patiente	153
10.5.2	Questionnaire médecin	158
	SOMMAIRE	163

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçu de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.
