

LA SÉCURITÉ DE LA NAISSANCE ET LES RÉSEAUX OBSTÉTRICO-PÉDIATRIQUES

J.-L. CHABERNAUD*

RÉSUMÉ

La sécurité de la naissance est une des priorités du Plan de périnatalité gouvernemental 1994 - 2000 dont les décrets d'application ont été publiés en octobre 1998. Les principaux objectifs sont une meilleure organisation de la prise en charge du nouveau-né en cas de difficultés à la naissance, l'amélioration de la présence pédiatrique au sein des maternités, une meilleure organisation des transferts in utero en cas de pathologie maternelle ou foetale prévisible, ainsi qu'une diminution des transferts néonataux inutiles et des séparations mère-enfant.

Mots-clés : Réseau périnatal - Régionalisation - Transfert in utero.

Après 20 années d'une politique périnatale active et volontariste ayant eu pour résultats une franche décroissance de la mortalité périnatale (de 4,65 par an de 1972 à 1980), le constat est nettement moins favorable au début des années 1990. En effet, la mortalité périnatale après une constante amélioration, stagne et situe la France au 12^e rang des pays de l'OCDE. Un certain nombre d'études comme celle analysant les circonstances de toutes les morts périnatales [en Seine-Saint-Denis de 1989 à 1992 (2)] ou celle de la CNAM-TS et du groupe GAIN obstétrique précisant l'état de l'obstétrique en France (3) et enfin les travaux sur la continuité et la coordination des soins à Paris ont permis d'identifier les principaux dysfonctionnements et facteurs d'inadaptation de notre système de soins obstétrico-pédiatriques. Il n'existe en particulier pratiquement pas d'organisation cohérente du suivi de la grossesse et de l'accouchement articulée sur les besoins des femmes et des enfants.

LES DIFFICULTÉS D'ORGANISATION DES SOINS PÉRINATALS ET L'ABSENCE DE VÉRITABLE RÉGIONALISATION

En 1995, seulement 15,8 % des naissances à risque (même si elles ne représentent que 1 % du total des naissances), en particulier dans le cadre de la grande prématurité (âge gestationnel < 33 semaines), sont prises en charge dans un centre obstétrico-pédiatrique de type III (maternité et réanimation néonatale) alors que ce chiffre atteint 80 % dans bon nombre de grands pays européens. Le choix du transfert post-natal du nouveau-né à risque (aussi bien soit-il réalisé) a été de ce point de vue un compromis technique permettant de respecter les grands équilibres professionnels, tout en limitant partiellement les effets de

la séparation géographique des maternités et des services de néonatalogie. Mais cette solution a ralenti les mouvements vers la mise en place d'une organisation rationnelle des transferts maternels anténatals en cas de repérage d'un couple mère-enfant à risque. Cette absence de régionalisation des soins périnataux est au centre du débat actuel concernant la réorganisation de l'offre et des pratiques obstétrico-pédiatriques.

Le Haut Comité de la Santé Publique avait fait le point de la situation dans un rapport remis au ministère de la santé et des affaires sociales en janvier 94. À la suite de ce rapport sur "La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance", un nouveau plan gouvernemental périnatalité pour la période 1994 à 2000 a retenu plusieurs objectifs parmi lesquels (4) :

- la diminution de la mortalité maternelle de 30 % ;
- la diminution de la mortalité périnatale de 20 % ;
- la réduction du nombre d'enfants de faible poids de naissance de 25 % ;
- la réduction de 50 % du nombre de femmes peu ou pas suivies au cours de la grossesse.

Les décrets d'application de ce plan de périnatalité gouvernemental ont été publiés au journal officiel le 10 octobre 1998. Ces différents objectifs restent à décliner dans chaque région. Les commissions techniques consultatives de la naissance ont d'ailleurs un rôle privilégié pour la mise en oeuvre régionale de cette politique périnatale.

Dans la région Île-de-France la conférence régionale de santé a, en avril 1997, fait deux constats :

- l'inadéquation entre les lieux de naissance et l'existence de risques obstétricaux et pédiatriques ;
- et les troubles précoces de la relation mère-enfant, et en particulier la dépression maternelle du post-partum, rarement dépistée.

Il en découle deux propositions :

- adapter les lieux de naissance à la réalité des risques obstétrico-pédiatriques ;
- améliorer le suivi des femmes enceintes et des nouveau-nés en fonction des facteurs de vulnérabilité médico-psycho-sociaux, en particulier en favorisant l'accès aux soins et aux droits sociaux. Parmi les priorités et les actions à entreprendre fixées par le plan de périnatalité figure notamment l'incitation à la mise en réseau des maternités afin d'assurer une meilleure coordination de la filière des soins et pédiatriques.

LE RÉSEAU OBSTÉTRICO-PÉDIATRIQUE DE LA RÉGION PARISIENNE SUD-OUEST

L'organisation en réseau des maternités des services de pédiatrie, publiques et privées, de la région parisienne sud-ouest s'est mise en place à partir de la fin de l'année 1994, à l'initiative de l'équipe de périnatalogie de l'hôpital Antoine-Béclère à Clamart. En effet, cet hôpital dispose d'une maternité à proximité d'un service de réanimation néonatale et d'une réanimation

* Médecin des hôpitaux, Responsable du SMUR 92 pédiatrique, Service de réanimation néonatale, Hôpital A. Béclère, 157 rue de la Porte de Trivaux - F-92141 Clamart cedex.

adulte, ainsi que d'un SMUR pédiatrique offrant un plateau technique permettant de répondre aux différentes pathologies obstétrico-pédiatriques et ainsi d'optimiser la prise en charge globale de la mère et de l'enfant.

Le réseau périnatal de l'hôpital Antoine-Béclère concerne une trentaine d'établissements du sud-ouest de l'Île-de-France et des départements limitrophes appartenant au service public ou privé et couvre ainsi environ 20 000 naissances annuelles.

Du 1^{er} janvier 1995 au 31 décembre 1997, 719 patientes ont été transférées pour pathologies maternelles ou foetales (560 grossesses uniques, 150 grossesses gémellaires et 9 grossesses triples) (1). La structure d'origine des patientes se répartit comme suit : clinique privée (44 %), hôpital public (36 %), hôpital privé (10 %), établissement de l'Assistance Publique (5 %) et divers (5 %). Parmi ces patientes 135 (9 %) ont été secondairement réadressées vers leur maternité d'origine pour y accoucher après le passage de la période critique. Les 584 patientes ayant accouché sur place ont donné naissance à 703 enfants (9,3 % des naissances de la maternité sur la période considérée). Les trois principaux motifs de transfert étaient la rupture prématurée des membranes (28 %), la menace d'accouchement prématuré "isolée" (18 %) et l'éclampsie (19 %). Parmi les 642 enfants nés vivants, 78 % ont été transférés dans l'unité de réanimation néonatale et 20 % dans l'unité mère-kangourou de la maternité. Parmi les femmes enceintes, 48 patientes ont été transférées dans l'unité de réanimation adulte pour surveillance avant l'accouchement et 88 patientes en post-partum.

Ce réseau de soins obstétrico-pédiatriques est une réponse originale pour une prise en charge globale et optimale de la mère et de l'enfant. Plusieurs études ont en effet insisté sur la diminution de la mortalité périnatale concernant le groupe des grossesses à haut risque lorsque la naissance avait lieu dans une maternité de niveau III (disposant d'un service de réanimation néonatale sur place) comparée aux naissances sans cet environnement, suivies d'un transfert secondaire (aussi bien réalisé soit-il) dans une unité de réanimation néonatale. Cette différence de pronostic entre les enfants "in born" et les enfants "out born" est liée aussi bien à la qualité de la prise en charge obstétrico-pédia-

trique avant la naissance qu'au transport lui-même. Les réflexions actuelles concernant l'organisation des soins périnatals incitent donc à repérer des grossesses à haut risque (1 % des grossesses). Celles-ci sont ensuite référées dans un centre III pour bénéficier d'un environnement médical et technique optimum. En dehors de l'amélioration de la morbidité de la mortalité périnatale et maternelle, le transfert in utero a pour effet d'éviter de séparer la mère de son enfant.

LES AVANTAGES ET LES RÈGLES DU FONCTIONNEMENT EN RÉSEAU

Le fonctionnement en réseau des maternités impose l'élaboration de contrats régissant les obligations mutuelles des uns envers les autres, créant ainsi des conditions d'un véritable échange entre les différents acteurs. Ceci permet de construire et de mettre en place des règles de fonctionnement souples et adaptées à des prises en charge variées et efficaces. Les rencontres répétées permettent de réaliser les ajustements mutuels nécessaires et de faire naître peu à peu entre les différents acteurs une confiance réciproque, véritable gage d'un fonctionnement de qualité. C'est ainsi que les règles techniques et pratiques (indications, protocoles) sont construites par les acteurs eux-mêmes et non pas imposées par les grands centres référents de niveau III.

CONCLUSION

La médicalisation de la grossesse et de la naissance a permis une amélioration incontestable du pronostic pour l'enfant et sa mère. Cependant après des progrès importants pendant 20 ans, la France s'est vue rattraper puis dépasser par bon nombre de pays européens. La raison principale est en fait un problème d'organisation dans la prise en charge des mères et des enfants.

Les décrets d'application du Plan de périnatalité d'avril 1994 en définissant les activités d'obstétrique, de néonatalogie et de réanimation néonatale (JO du 10/10/98) permettent d'améliorer la sécurité de la naissance, de rapprocher les différentes structures et de favoriser la complémentarité en renforçant par le travail en réseau de soins la coopération obstétrico-pédiatrique.

SUMMARY

Perinatal security is one of the priority of the governmental perinatal plan (1994-2000). The enforcement decrees of this plan have been published in october 1998. The main objects are : a best organization of neonatal care in case of perinatal distress, improvment for pediatric implication in maternity wards, more frequent in utero transfers for high-risk pregnancies and reduction of unnecessary neonatal transportations with deleterious mother-infant separation.

Keys words : Perinatal network - Neonatal regionalization - In utero transfer.

SECURITY FOR BIRTH AND PERINATAL NETWORKS

RÉFÉRENCES

1. AUDIBERT F., VIAL M., VILLE Y. et al. - Régionalisation des soins périnatals : bilan d'une année d'activité du réseau obstétrico-pédiatrique du Sud-Ouest parisien in JPOP 1997. AP - HP - Doin, 1997.
2. COMBIER E. - Les principaux résultats de l'enquête de Seine Saint-Denis. Colloque Savoir pour Agir : Initiatives en périnatalité. 14/15 décembre 1993, p 33-39. Conseil Général de Seine Saint-Denis, 1995.
3. GROUPE D'ANIMATION ET D'IMPULSION NATIONAL EN OBSTÉTRIQUE. - L'obstétrique en France. Rapport de CNAM-TS, ENSM, DESMES. Groupe
4. NAIDITCH M., WEILL C. - Transferts maternels et transferts d'enfants en France : pourquoi les pratiques évoluent-elles si lentement ? In : 26^e Journées nationales de la Société française de médecine périnatale. Paris : Arnette Blackwell, 1996 : 113-28.
5. Plan Périnatalité : Conférence de presse du ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville, 12 avril 1994.

