

5. Adapter les décrets 1998

Les décrets de 1998 sur l'organisation de la périnatalité ont permis d'améliorer les soins périnataux. La régionalisation, la mise en complémentarité des établissements au sein de réseau, l'organisation des "transferts in utero" ont permis de proposer une offre de soins plus cohérente. La présente réflexion se propose de confirmer la direction empruntée, de consolider et d'amplifier certains aspects de cette évolution collective et novatrice, et d'y intégrer les maisons de naissance décrites à la proposition 4.

Les décrets étaient très ambitieux. Il est logique qu'en l'absence de financement spécifique, il n'ait pas été possible de réaliser toutes les adaptations nécessaires. Les professionnels ne souhaitent pas remettre en cause ces décrets mais préfèrent allonger le délai de mise en conformité et réaliser des adaptations mineures, ne touchant pas l'essentiel.

La non prise en compte de la capacité à assurer la prise en charge des pathologies maternelles ou materno-fœtales dans la définition des types de centres a été une cause de dysfonctionnement. Les décrets "périnatalité" avaient comme objectif "une adéquation du niveau de risque au niveau de soins" et d'une organisation des maternités "par niveau", en réalité c'est la qualification du service de néonatalogie qui a caractérisé le centre périnatal. Et si la qualification du service de néonatalogie s'est accompagnée de normes en personnel adapté au niveau de soins I, II, III, il n'en n'a rien été pour les services d'obstétrique qui ont vu croître non seulement le nombre mais aussi la gravité des cas à traiter sans aucune augmentation de personnels et sans possibilités de les demander. Cette absence de prise en compte est en partie responsable de l'échec ressenti par tous les professionnels qu'ils travaillent dans ces centres de niveau III ou pas. C'est ainsi que l'organisation a été jusqu'à présent centrée sur la pathologie fœtale et néonatale et des inadéquations existent entre les niveaux de soins adoptés pour la néonatalogie et les conditions d'accueil des mères.

C'est pourquoi la mission propose une typologie des centres périnataux adaptée :

- Centres périnataux de proximité (voir proposition 7)
- Centres de type I avec activité inférieure à 1500 accouchements par an : plateau médico-technique assurant une obstétrique à bas risque, avec prise en charge du nouveau-né sans pathologie. Ces centres n'ont pas de service de néonatalogie. La continuité des soins est assurée par une équipe de sages-femmes dont le nombre doit être en rapport avec l'activité et une équipe d'au moins 3 à 4 gynécologues obstétriciens. Ces centres doivent avoir une astreinte pédiatrique et anesthésique. Pour fonctionner correctement à long terme, une équipe de 3 pédiatres et de 3 anesthésistes est nécessaire. Les praticiens hospitaliers doivent être au moins à 2/3 titulaires. La continuité des soins est assurée la nuit et les jours fériés en astreinte opérationnelle. Plus que l'activité, c'est la possibilité d'assurer la continuité des soins qui conditionne le maintien d'un tel centre.
- Centres de type I avec activité supérieure à 1500 accouchements par an ; plateau médico-technique assurant une obstétrique à bas risque, avec prise en charge du nouveau-né sans pathologie. Ces centres n'ont pas de service de néonatalogie. La continuité des soins est assurée par une équipe de sages-femmes dont le nombre doit être en rapport avec l'activité. La continuité des soins est assurée la nuit et les jours fériés par des gardes sur place pour les gynécologues obstétriciens, et les anesthésistes, en astreinte opérationnelle pour les pédiatres. Ceci correspond, dans un service hospitalier, à une équipe d'au moins 7 gynécologues obstétriciens, de 6 ou 7 anesthésistes, de 3 à 4 pédiatres. L'équipe de praticiens hospitaliers doit être composée d'au moins à 2/3 titulaires pour chaque spécialité.

- Centres de type IIa : plateau médico-technique assurant une obstétrique à bas risque, avec prise en charge du nouveau-né à bas risque avec service de néonatalogie individualisé. La continuité des soins est assurée par une équipe de sages-femmes dont le nombre doit être en rapport avec l'activité. La continuité des soins est assurée la nuit et les jours fériés par des gardes sur place pour les gynécologues obstétriciens, et les anesthésistes, en astreinte opérationnelle pour les pédiatres. Dans un service hospitalier, ceci correspond à une équipe d'au moins 7 gynécologues obstétriciens, de 7 anesthésistes, de 3 à 4 pédiatres minimum. L'équipe de praticiens hospitaliers doit être au moins à 2/3 titulaires pour chaque spécialité.
- Centres de type IIb : plateau médico-technique assurant une obstétrique à haut risque, avec prise en charge du nouveau-né nécessitant des soins intensifs. La continuité des soins est assurée par une équipe de sages-femmes dont le nombre doit être en rapport avec l'activité. La continuité des soins est assurée la nuit et les jours fériés par des gardes sur place pour tous les praticiens hospitaliers. Ceci correspond, dans un service hospitalier, à une équipe d'au moins 7 gynécologues obstétriciens, de 7 anesthésistes, de 7 pédiatres minimum. L'équipe de praticiens hospitaliers doit être composée d'au moins à 2/3 titulaires pour chaque spécialité. La garde de pédiatrie peut être mutualisée avec l'urgence pédiatrique. Dans ces centres des lits de grossesse pathologique doivent être individualisés ainsi qu'un service de néonatalogie et une unité de soins intensifs néonataux.
- Centres de type III, obstétrique à haut risque avec prise en charge du nouveau-né nécessitant un recours à la réanimation néonatale. Ce centre doit posséder une unité de grossesse pathologique, une unité de surveillance intensive de grossesse. Le secteur " Urgence " et l'hôpital de jour doivent être séparés du bloc obstétrical et leur mutualisation est souhaitable. Ce centre doit se situer à proximité d'une réanimation adulte pour la mère. Pour le nouveau-né, un service de néonatalogie, une unité de soins intensifs néonatale et une unité de réanimation néonatale. La continuité des soins est assurée par une équipe de sages-femmes dont le nombre doit être en rapport avec l'activité et une équipe d'au moins 7 gynécologues obstétriciens, de 7 anesthésistes, de 7 pédiatres. L'équipe de praticiens hospitaliers doit être d'au moins à 2/3 titulaires pour chaque spécialité. La continuité des soins est assurée la nuit et les jours fériés par des gardes sur place pour tous les praticiens hospitaliers.

Des espaces physiologiques peuvent être associés ou intégrés à des établissements de ces différents types, publics ou privés, assurant une garde de gynécologie obstétrique sur place. Le recours à un plateau technique devant être assuré.

L'offre de soins doit être équitable.

- Pour ce faire, une identification claire des lits et de leur activité doit être réalisée au sein du PMSI d'autant plus que la tarification de l'activité va être mise en place.
 - Pour l'obstétrique, il faut identifier l'activité de suivi de prise en charge des grossesses pathologiques, de l'activité de surveillance intensive de grossesse, des secteurs "admission-urgence-hôpital de jour".
 - Pour la néonatalogie, il faut identifier les soins pédiatriques en maternité, l'activité de néonatalogie, les soins intensifs néonataux et la réanimation néonatale.
- Une répartition équitable sur le territoire doit être proposée. Différents travaux permettent d'avancer certaines pistes (voir proposition 19). La DHOS pourrait évaluer les besoins en personnel médical et les moyens pour répondre à la mission qui a été définie par les décrets de 1998 adaptés pour qu'ils puissent être discutés en Commission Nationale de la Naissance.