

# Introduction

La France est l'un des pays au monde les plus avancés en matière de protection médicale et sociale des femmes enceintes et des enfants. Des progrès considérables en matière de diminution des mortalités maternelle, périnatale et infantile ont été observés. Toutefois, des progrès sont encore possibles. Cette affirmation se base sur plusieurs constats :

- 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 haut risque de développer des handicaps.
- Selon le rapport récent du Comité d'experts sur la mortalité maternelle, le taux de décès observé 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 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 des conséquences à long terme de 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 de ces enfants à la sortie des services de néonatalogie pour prévenir la survenue de handicap.

De ces quelques éléments, on peut déduire que, dans les situations à très haut risque, la qualité des soins a un rôle pronostique majeur. Par conséquent, l'organisation des soins doit être telle qu'elle garantisse un accès à des soins de qualité pour toutes les femmes et tous les nouveau-nés.

Si la nécessité de soins intensifs ne fait aucun doute dans les situations à haut risque, le débat est beaucoup plus ouvert dans les situations à faible risque. Dans ces situations, il a été montré que l'excès de surveillance pouvait être iatrogène. Les données disponibles laissent penser qu'il faudrait à la fois faire plus et mieux dans les situations à haut risque, et moins (et mieux) dans les

situations à faible risque. Il s'agit certainement là d'un défi pour l'organisation des soins périnataux dans les années à venir.

En outre, si on a fait beaucoup de progrès et beaucoup discuté autour de la prise en charge périnatale des grands prématurés (organisation en réseau, transfert in utero, corticothérapie, surfactant, etc), 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 la 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.

C'est dans ce contexte que le Pr. J.F. Mattei, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, a créé une "mission périnatalité" pour faire des propositions susceptibles de répondre aux difficultés.

Pour mener à bien ce travail, le groupe a bénéficié du soutien de la DHOS. Les vingt propositions qui suivent ont été élaborées après :

- lecture et analyse de rapports, effectuées à l'échelon national ou régional
- entretiens avec différents professionnels concernés par le domaine
- participation à différents groupes de travail ou réunions organisés par les professionnels (voir annexes).

Les vingt 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 périnataux
13. Gérer le risque en périnatologie
14. Proposer un financement propre à la périnatologie

- 15 Mettre en place un dossier de suivi
- 16 Evaluer la politique et les pratiques périnatales
- 17 Développer la recherche
18. Mettre en place un suivi et une prise en charge à long terme pour les nouveau-nés à risque
19. Proposer un guide méthodologique pour la recomposition
20. Mettre en place un plan périnatalité