



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Médecin inspecteur de santé publique

Promotion 2005

**L'ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE
POUR UNE AMÉLIORATION DU SUIVI DE LA
GROSSESSE**

L'EXEMPLE DU DÉPARTEMENT DU LOIRET

Martine VIVIER-DARRIGOL

Remerciements

Aux professionnels du Centre Hospitalier de Gien, du Centre Hospitalier de Montargis, du Centre Hospitalier de Pithiviers, de la Polyclinique des Longues Allées de Saint Jean de Braye et à l'équipe médicale de la maternité du Centre Hospitalier d'Orléans

Aux professionnels libéraux sages femmes et médecins généralistes

Aux Sages-femmes de PMI et à la responsable départementale du Loiret

Aux membres du comité de pilotage du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

Aux membres de la Commission Régionale de la Naissance de la région Centre

Aux professionnels du réseau de soins périnataux de la région Centre ainsi qu'aux responsables de la cellule de coordination du réseau

Aux femmes qui ont bien voulu apporter leur contribution à ce travail

A l'équipe de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales et plus particulièrement au Docteur Henriette POUYADE qui m'a apporté son soutien et sa disponibilité pour ce travail

A mes collègues de travail et à mes camarades de promotion

A ma sœur et mes parents qui m'ont apporté comme toujours leur soutien moral et affectif indispensable

Sommaire

INTRODUCTION.....	3
1 LA PERIODE PRENATALE DANS UN CONTEXTE NATIONAL ET REGIONAL	7
1.1 LA CONCEPTION DU SUIVI DE LA GROSSESSE.....	7
1.1.1 Une définition réglementaire.....	7
1.1.2 L'exploitation des certificats du 8 ^{ème} jour de l'enfant en région Centre.....	10
1.1.3 Les limites de la définition du risque et son identification.....	11
1.2 L'ORGANISATION DES SOINS POUR LE SUIVI DE LA GROSSESSE DANS UN CONTEXTE NATIONAL ET REGIONAL.....	12
1.2.1 Le contexte national et le rôle de l'Etat.....	12
1.2.2 La PMI, son rôle dans l'évolution de notre système de santé.....	13
1.2.3 Le plan périnatalité 2005 – 2007.....	14
1.2.4 Le Contexte Régional.....	16
A) La périnatalité en région Centre.....	16
B) Le volet périnatalité du SROS de la Région Centre.....	17
C) Le réseau de soins périnataux : une meilleure lisibilité pour le secteur ambulatoire.....	18
D) La Commission Régionale de la Naissance (CRN).....	20
2 LA PRISE EN CHARGE HOSPITALIERE ET AMBULATOIRE DANS LE DEPARTEMENT DU LOIRET.....	21
2.1 METHODOLOGIE DE L'ETUDE.....	21
2.2 LA REPARTITION DE L'OFFRE DE SOINS ET DE PRISE EN CHARGE DANS LE DEPARTEMENT DU LOIRET.....	24
2.3 RESULTATS ET ANALYSE.....	28
2.3.1 La perception des professionnels sur le suivi de la grossesse.....	28
A) Les limites de la technicité du professionnel.....	30
B) Un accès à l'échographie parfois difficile.....	31
C) Une orientation parfois trop tardive de femmes présentant une grossesse à risque diagnostiquée.....	32
D) L'information insuffisante des professionnels sur l'existence du réseau de soins périnataux.....	34
E) Des difficultés à effectuer le premier entretien pré natal.....	34
F) Le carnet de maternité inutilisé par les professionnels.....	35
G) Le recours de proximité au médecin généraliste.....	36
2.3.2 Les différents acteurs dans cette prise en charge.....	37

A) <i>Un manque flagrant en professionnels pour assurer ce suivi</i>	37
B) <i>Le rôle très hétérogène des sages-femmes</i>	38
C) <i>La difficile coordination des professionnels de santé autour de la grossesse</i>	40
D) <i>L'inquiétude des professionnels sur l'organisation du suivi</i>	42
E) <i>Les constats d'une inégale répartition</i>	43
2.3.3 <i>Les attentes des professionnels en matière d'information et de formation</i>	43
2.3.4 <i>Les attentes des professionnels à l'égard du médecin inspecteur de santé publique</i>	44
2.4 LES REFLEXIONS SUR LES METHODES ET LES LIMITES DE L'ETUDE.....	44
A) <i>Réflexions de méthode</i>	44
B) <i>Les limites de mon travail</i>	45
2.5 DISCUSSION SUR LES RESULTATS.....	45
2.5.1 <i>La valeur relative des données statistiques et épidémiologiques</i>	45
2.5.2 <i>La difficulté d'anticiper sur le choix du lieu de suivi de la femme</i>	46
2.5.3 <i>Les limites liées à la libre installation des professionnels</i>	46
2.5.4 <i>L'intérêt d'optimiser l'organisation au regard du SROS</i>	47
3 UNE ORGANISATION DE PROXIMITE POUR AMELIORER LA PRISE EN CHARGE	47
3.1 PROPOSITION	47
3.1.1 <i>Favoriser l'accès a une offre de soins au plus proche du domicile</i>	48
A) <i>Maintenir l'offre de soins dans le respect du choix de la patiente</i>	48
B) <i>Définir avec la femme les grands axes de sa prise en charge</i>	49
3.1.2 <i>Un accès au suivi par un professionnel formé pour toute femme enceinte</i>	51
A) <i>Définir de façon plus précise les limites et les conditions de la prise en charge des femmes en concertation avec les professionnels</i>	51
B) <i>Valoriser les professionnels compétents en périnatalité</i>	52
C) <i>Favoriser le développement de formations à l'attention des professionnels en périnatalité</i>	59
D) <i>Informier mieux les femmes sur les possibilités de suivi en fonction de leur lieu de domicile</i>	60
3.2 LE ROLE DU MEDECIN INSPECTEUR DANS CETTE POLITIQUE DE SANTE	61
CONCLUSION	63
SOURCES ET BIBLIOGRAPHIE	65
LISTE DES ANNEXES	I

Liste des sigles utilisés

ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de santé
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
AUDIPOG	Association des utilisateurs de dossiers informatisée en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologie
CAF	Caisse d'allocations familiales
CMU	Couverture minimum universelle
CNGOF	Collège national des gynécologues obstétricien français
CRAM	Caisse régionale d'assurance maladie
CRN	Commission régionale de la naissance
CS8	Certificats de santé du 8 ^{ème} jour de l'enfant
DREES	Direction régionale des études et de l'évaluation
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
HAS	Haute autorité de santé publique
HCSP	Haut comité de santé publique
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
MISP	Médecin inspecteur de santé publique
PMI	Protection maternelle et infantile
ORS	Observatoire régional de santé
SA	Semaine d'aménorrhée
SFMP	Société Française de Médecine Périnatale
SMIC	Salaire minimum interprofessionnel de croissance
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
UNAFORMEC	Union nationale des associations de formation médicale continue
UTS	Unité Territoriale de la Solidarité

INTRODUCTION

Le contexte national

Le rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé de 2005 place la France parmi l'un des pays au monde les plus avancés en matière de protection médicale et sociale des femmes enceintes et des enfants bien que la France occupe une position moyenne en Europe. Des progrès considérables en matière de diminution des mortalités maternelle et infantile ont été observés. Durant ces trente dernières années, la mortalité périnatale¹ est passée de 35 à 6,5 décès pour 1 000 naissances et la mortalité maternelle de 25 à 9 décès pour 100 000 naissances. Cependant, le nombre d'enfants handicapés à la suite notamment des difficultés rencontrées lors de leur naissance (grossesses multiples, grands prématurés) ne diminue pas.

Le rapport du Haut Comité de Santé Publique (HCSP) de décembre 2002 a défini « la périnatalité, la première année de vie et les affections liées à la grande prématurité », comme étant une des priorités de santé publique. (38)

Le rapport du réseau sentinelle AUDIPOG de juin 2003 confirme l'importance de repérer les risques (antécédents médicaux, tabac, alcool, ...) en début et en cours de grossesse pour faire des recommandations adaptées aux femmes et aux couples, et diminuer l'incidence de la prématurité. (68)

En effet, les premiers résultats de l'enquête nationale périnatale 2003 effectuée par la Direction de Recherche et des Statistiques confirment qu'en dix ans, le nombre de prématurés a augmenté de 20%, ce qui porte à 7% leur nombre pour les 800 000 naissances annuelles. Parallèlement il est noté une diminution de la qualité de la prévention : augmentation du nombre de femmes ayant consulté tardivement l'équipe responsable de l'accouchement et augmentation du nombre de femmes n'ayant pas bénéficié d'une préparation à l'accouchement.

Le plan périnatalité 2005 - 2007 de Mr Philippe DOUTE-BLAZY, Ministre de la santé et de la protection sociale vise à améliorer les conditions de la prise en charge et à atteindre dès 2008 les objectifs fixés par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique : réduire de 15 % la mortalité périnatale et de 40 % la mortalité maternelle. (86)

L'organisation en amont de la naissance est primordiale et le rôle majeur des professionnels prenant en charge les femmes dès le diagnostic de la grossesse est indiscutable dans le choix de l'orientation vers le niveau de maternité adapté. Un rapport

¹ Décès d'enfants âgés de 0 à 7 jours et morts nés pour 1000 naissances totales

de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie de janvier 1997 précisait qu'une diminution des dépenses grâce à la baisse de la mortalité et du handicap était attendue en fonction de l'amélioration des transferts prénataux. D'autre part se rapport précisait qu'une baisse du taux d'accouchements à risque effectués dans des maternités sans réanimation néonatale permettrait d'éviter 670 décès néonataux et 390 handicaps sévères tous les ans.

La réflexion sur l'organisation de la prise en charge de la grossesse en terme de soins en prenant en compte la notion de proximité est devenue nécessaire. Mais la notion même de proximité est complexe, et si sa définition dans la cadre de la prise en charge des urgences repose sur un accès à moins de 45 minutes du lieu d'accouchement pour une femme enceinte, le sens qui lui est donné est totalement différent dès lors qu'il s'agit d'un accompagnement de cette grossesse pendant 9 mois, au plus près du domicile, en prenant en considération le choix de la patiente et le caractère physiologique ou non de la grossesse.

Le contexte de la région Centre et du Loiret

Une légère augmentation du nombre de naissances est observée tant au niveau de la région Centre qu'au niveau national depuis 1996. Mais celle-ci est particulièrement marquée dans le département du Loiret (plus de 13,5 % en 5 ans).

Une meilleure organisation de la prise en charge des soins conditionne le diagnostic des pathologies de la grossesse ; il est observé en région Centre une augmentation du taux d'hospitalisation (hypertension, menaces d'accouchement prématurés, retard de croissance intra utérin, ...) de 12,2% en 2002 à 13,4% en 2003. « La prise en charge périnatale précoce joue donc un rôle extrêmement important dans le développement ultérieur et la prévention des handicaps à long terme des enfants nés très prématurément. »

En région Centre, les réflexions en cours dans le cadre de la périnatalité sont développées au sein de la Commission Régionale de la Naissance (CRN) dont le pilotage est assuré par la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales.

Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) mis en œuvre par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins, en vue de satisfaire de manière optimale la demande de santé. Dans ce contexte le SROS de deuxième génération arrêté par le Directeur de l'ARH le 15 juillet 1999, a défini quatre priorités en région Centre en périnatalité dont : « la

globalité de la prise en charge afin d'assurer la bonne orientation des parturientes préalablement à la naissance dans une structure de soins appropriée au niveau de risque présenté par le couple mère – enfant ».

Dans un contexte de politique périnatale en évolution, le SROS de 3^{ème} génération, dont le médecin inspecteur de santé publique est le chef de projet du volet périnatalité, permet de définir avec les professionnels les modalités de la mise en œuvre de la politique nationale avec une déclinaison régionale et territoriale.

Les échanges qui ont eu lieu dans le cadre du comité de pilotage du SROS ont permis aux professionnels de communiquer leurs observations portant sur les grossesses mal suivies, celles ayant donné lieu à moins de 4 consultations prénatales, à aucune consultation prénatale par l'équipe d'accouchement, ou à moins de deux échographies. L'exploitation des certificats du 8^{ème} jour effectuée par l'Observatoire Régional de Santé (ORS) montre que 14,5% des femmes sont concernées dans le département du Loiret pour 10,3% en région Centre en 2003 (taux à 4,7% dans le Loiret et 7% en région Centre en 2000). Le suivi semble donc se dégrader alors que le réseau AUDIPOG note au contraire, en 2003, une amélioration nationale. Le respect de l'égalité des chances en garantissant l'accès, la globalité et la continuité de la prise en charge de la grossesse, représente une préoccupation majeure tant au niveau national que de la région Centre.

Le taux de prématurité en région Centre est de 5.9 % (moins de 37 semaines) et prédomine chez les femmes de moins de 20 ans, chez les mères isolées, celles de plus de 38 ans ayant eu plusieurs grossesses antérieures avec enfants prématurés. Ce taux de prématurité observé est d'autant plus élevé que la grossesse a été mal suivie.

Objectif du mémoire

Ce mémoire s'attache à cerner comment l'organisation de l'offre en matière de prise en charge de la femme enceinte pourrait permettre d'améliorer le suivi de la grossesse et donc de diminuer le nombre de naissances prématurées et de handicaps qui en résultent. La qualité de la prise en charge des grossesses telle qu'elle est perçue par les femmes concernées est un aspect intéressant et important dans l'analyse et pourrait être un axe complémentaire mais nous ne le développerons pas dans ce travail.

Notre étude s'attache à identifier les dysfonctionnements dans l'organisation de l'offre de prise en charge des femmes enceintes, à les étudier par une enquête effectuée auprès des professionnels et par les apports de la littérature, dans le but d'envisager des propositions de réorganisation dans le respect de la réglementation récente.

Méthode d'analyse

Notre méthode est donc :

- de prendre en considération le point de vue des professionnels (gynécologues obstétriciens, médecins généralistes et sages femmes), les conditions de la prise en charge de la grossesse à partir du moment de la déclaration en fonction du type d'activité libérale ou hospitalière.
- d'apprécier l'accompagnement proposé associant les différents acteurs en périnatalité (travailleurs sociaux, personnels de PMI, médecins, sages femmes. ...)
- d'identifier les liens établis entre les professionnels des services de maternité et les médecins et sages-femmes libéraux
- de recenser les moyens d'information dont les acteurs bénéficient afin d'orienter de façon pertinente les femmes enceintes en respectant les règles édictées par le réseau de soins périnataux de la région.

Il s'agit de définir les freins à une prise en charge adaptée et les conditions de son amélioration pour garantir la sécurité périnatale. Seules seront prises en considération les caractéristiques de l'offre de soins et de l'organisation de celle-ci.

Présentation du Plan

Dans un premier temps, nous définissons du suivi de la grossesse intégré à l'évolution du cadre réglementaire et des bonnes pratiques en périnatalité, au niveau national puis régional selon les orientations du SROS II et les perspectives du SROS III.

La deuxième partie s'attache sur l'exemple du département du LOIRET à décrire l'organisation de la prise en charge hospitalière et ambulatoire de la grossesse dans le contexte départemental du Loiret, de part une pénurie importante en démographie médicale (la région Centre est l'une des plus défavorisées de France), et d'une natalité croissante. Elle permet de confronter l'écart entre le vécu des professionnels recueilli par un questionnaire d'entretien et les préconisations réglementaires de bonnes pratiques du suivi de la grossesse et organisationnelles pour prendre en considération leur sentiment devant l'organisation de cette prise en charge.

S'appuyant sur l'avis des professionnels, des propositions sont formulées afin de définir les améliorations à apporter à l'organisation. Le médecin inspecteur peut proposer une optimisation de l'organisation de l'offre de prise en charge pour améliorer le suivi de la grossesse.

1 LA PERIODE PRENATALE DANS UN CONTEXTE NATIONAL ET REGIONAL

1.1 La conception du suivi de la grossesse

Ces suivis de grossesse sont effectués, dans les services de consultation des établissements publics et privés ou par des professionnels que sont les médecins généralistes, sages-femmes ou spécialistes gynécologues et gynéco - obstétriciens installés en libéral.

1.1.1 Une définition réglementaire

Le suivi des femmes enceintes s'est beaucoup amélioré en France depuis quelques années grâce à une médicalisation et une technicisation de la grossesse, à une amélioration des conditions de vie de la population, et à une meilleure prise en charge du système de santé. La surveillance obligatoire a contribué à cette baisse de la mortalité maternelle (6.5 décès pour 1000 naissances) et infantile (9 décès pour 100 000 naissances). C'est pourquoi un suivi minimum nécessaire et obligatoire a été défini réglementairement.

L'état de grossesse commence à l'instant de la fécondation et se termine environ neuf mois plus tard, au moment de l'accouchement. La durée en semaines à partir du premier jour des dernières règles, situe le terme dans la 41^e semaine. Lorsque la naissance se produit avant le dernier jour de la 37^e semaine, elle est dite « prématurée ». Le suivi commence dès que l'état de grossesse de la femme est suspecté ou avéré et ce jusqu'au moment de la naissance.

L'affirmation d'une grossesse en France entraîne ce processus de suivi bien codifié avec les visites obligatoires, les examens cliniques et para cliniques à réaliser. Au-delà de cet aspect technique facile à réaliser, les consultations de suivi des grossesses et surtout la première font l'objet d'une écoute attentive des questions de la femme et de son conjoint, des angoisses...

Dès lors qu'un diagnostic de grossesse est effectué et confirmé, la déclaration administrative et obligatoire dans les 14 premières semaines permet d'ouvrir des droits aux prestations sociales. Une déclaration remise à la femme par le médecin ou la sage-femme est donc adressée aux Caisses Régionales d'Assurance Maladie et aux Caisses d'Allocation Familiales (CAF). Néanmoins si ce délai est dépassé, la grossesse doit être déclarée à l'issue de la première consultation médicale, quel que soit le terme.

L'article R2122-1 du code de santé publique précise que les examens médicaux obligatoires des femmes enceintes prévus à l'article L. 2122-1 sont au nombre de sept pour une grossesse évoluant jusqu'à son terme. Le premier examen médical prénatal doit avoir lieu avant la fin du troisième mois de grossesse. Les autres examens doivent avoir une périodicité mensuelle à partir du premier jour du quatrième mois et jusqu'à l'accouchement. Ces examens biologiques sont rendus obligatoires lors de la surveillance d'une grossesse normale par le décret n°92-143 du 14 février 1992. [9]

La place de l'échographie



L'échographie obstétricale est un examen fondamental du suivi de la grossesse mais non obligatoire réglementairement. Elle est indiquée et recommandée dans le cadre des règles de bonnes pratiques élaborées par l'HAS (antérieurement ANAES) au premier et deuxième trimestre de la grossesse (12 SA et 22 SA).

Il est admis que l'échographie de la période de transition embryo-fœtale (11-13 SA) peut mettre en évidence des signes d'appel des malformations congénitales sévères ainsi que des anomalies chromosomiques en population générale.

La justification de l'échographie du 3^{me} trimestre recommandée par la conférence de consensus de 1987, repose sur le diagnostic tardif des malformations pour permettre une meilleure prise en charge périnatale. Une définition plus précise des grossesses à risque permettrait d'affiner ses indications.

L'HAS par ses études sur l'échographie obstétricale de décembre 1998 précise que l'échographie hors facteur de risque n'a pas prouvé son rôle dans l'amélioration de la mortalité ou morbidité périnatale et maternelle. Elle permet le diagnostic de malformations fœtales nécessitant la prise en charge fœtale et/ou périnatale avec une spécificité de 99% mais ses possibilités réelles et ses limites doivent toujours être signalées à la femme qui en bénéficie. (22)

L'existence de la protection sociale de la grossesse en France est un atout non négligeable qui permet à toute femme enceinte de bénéficier d'un suivi complet sans

exception. Ces aides sociales peuvent se prolonger après la naissance de l'enfant. Elles peuvent aussi intervenir à un moment particulièrement difficile dans l'existence d'une femme enceinte.

L'assurance maternité est accordée à toute femme personnellement assurée, ou dont le mari ou le concubin est assuré social, ou si la femme est ayant droit d'un assuré social. La condition de durée de travail requise est la même que pour l'assurance maladie. Cette assurance est accordée à partir du moment où la femme déclare sa grossesse, et se soumet aux examens pré et post natals obligatoires.

Elle permet d'obtenir des indemnités en nature et en espèce : remboursements des consultations, médicaments et examens complémentaires prescrits, remboursement des frais d'accouchement et prise en charge de l'hospitalisation en maternité ou clinique conventionnée pendant les 4 derniers mois de la grossesse. Les indemnités en espèce concernent le versement d'indemnités journalières de repos pour la femme exerçant une profession. Elles sont attribuées pendant les congés pré et post natals.

Le suivi de la grossesse et les prestations sociales

L'allocation familiale « jeune enfant » des femmes résidant en France, mariées ou non, est versée par la caisse d'allocation si la grossesse a été déclarée dans les quatorze premières semaines, et si les sept examens obligatoires pendant la grossesse sont effectués.

Une allocation mensuelle est attribuée aux familles ou aux femmes enceintes sans ressource suite à une demande adressée aux services sociaux du département. Cette allocation est versée à la future mère, à la mère, à la famille. Ces examens sont pris en charge à 100 % par la Sécurité Sociale. Deux examens supplémentaires facultatifs peuvent être remboursés à 100 %.

Le suivi de la grossesse s'inscrit dans une filière de soins pour une continuité de la prise en charge qui peut passer par un médecin ou une sage-femme puis pris en charge au niveau hospitalier par le chirurgien obstétricien qui assurera l'accouchement. Au total et compte tenu de ces observations, toute femme sans exception devrait pouvoir bénéficier d'un suivi de grossesse au sens réglementaire du terme.

Hors l'enquête périnatale nationale 2003 fait état de 0,5% de grossesses non déclarées et de 7,8% de femmes ayant bénéficié de moins de visites prénatales que prévu. Il semble cependant que la femme qui travaille déclare mieux sa grossesse (97,5%) que celle qui n'a pas d'emploi (91,5%), ceci probablement en lien avec l'obligation de déclarer une grossesse à l'employeur (code du travail).

1.1.2 L'exploitation des certificats du 8^{ème} jour de l'enfant en région Centre

Le Rapport du Comité National d'Experts en France indique que plus d'un tiers des décès maternels sont évitables et le rapport du Haut Comité de Santé Publique de 2002 souligne une progression de la précarité en France. Un lien est clairement établi entre la situation de précarité et la prématurité (5.5% des cas en France) constituant la majorité des décès ainsi que les handicaps d'enfants.

La précarité et la pauvreté sont clairement liées à un suivi médiocre ou nul des grossesses, responsable d'une augmentation de fréquence des pathologies périnatales.

Le suivi des grossesses en Région Centre est une préoccupation confirmée par les analyses effectuées par l'Observatoire régional de la santé dans un contexte de forte natalité départementale : 9.6% des femmes dont les grossesses ont donné lieu à moins de 4 consultations prénatales sont concernées au niveau du département du Loiret alors qu'au niveau national la moyenne est à 8%.

Pour les grossesses qui ont donné lieu à moins de 4 consultations prénatales, aucune consultation prénatale par l'équipe d'accouchement ou moins de deux échographies, 14.5% de femmes enceintes ont été concernées en 2003. [35,36]

En ce qui concerne la préparation à l'accouchement, celle-ci est évaluée à 32% dans le Loiret et à 39,7% en région Centre ce qui correspond globalement aux données nationales.

Actuellement le suivi de la grossesse est axé sur un bilan général et obstétrical réalisé par le médecin ou la sage-femme dans le cadre des examens prénataux obligatoires fixés par le décret du 14 février 1992. Ce suivi médical est complété par une préparation à la naissance au cours de séances collectives. L'objectif est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé des femmes enceintes, des accouchées et des nouveau-nés par une approche éducative préventive.

L'étude des certificats du 8^{ème} jour effectuée par les services de PMI du Conseil Général du Loiret a permis d'observer que parallèlement à l'augmentation croissante des naissances depuis 1998, le nombre des mères âgées de moins de 18 ans augmente très légèrement (0,52% en 2003) et celui des mères de 38 ans et plus est plus élevé en 2002 - 2003 qu'en 1998 (5,67% puis 5,55%). Ces tranches d'âges étant considérées comme à risque pour la prise en charge de la grossesse. L'évolution des mauvais suivis (consultations inférieures à 7) depuis 1998 est nette (10% en 1998 et 27% en 2003). La prématurité augmente à 6,6% en 2003.

Cette observation a amené la responsable départementale de PMI à définir plus précisément les zones géographiques concernées par ce mauvais suivi. Des difficultés plus importantes concernant ce suivi, sont observées sur les zones sud (41 % < 7

consultations) et ouest d'Orléans (38% < 7 consultations) et dans une moindre mesure la partie Nord de ce département avec une prématurité plus élevée.

1.1.3 Les limites de la définition du risque et son identification

La réflexion en France sur le thème de la périnatalité reste dominée par une représentation de la grossesse et de la naissance qui met l'accent sur le haut risque et tend à organiser le système de soins à partir des structures permettant de prendre en charge ce haut risque. Le suivi de la grossesse est médicalisé depuis la mise en place de la protection maternelle et infantile en 1945.

La femme enceinte bénéficie d'une surveillance médicale établie selon une réglementation.

Ce suivi prénatal a pour but de dépister les grossesses "à risque", celui-ci ne pouvant être encouru par la mère (pathologie maternelle, médicale ou psychologique) ou par le fœtus (pathologie fœtale). Une grossesse tardivement reconnue et déclarée, une surveillance irrégulière ou l'absence de surveillance est une grossesse "à risque".

Le dépistage des risques se fait généralement lors de soins prénatals et consiste à repérer les premiers symptômes et à prévoir la probabilité de complications. Le but de l'évaluation des risques est de prévoir les problèmes avant qu'ils ne surviennent pour pouvoir agir précocement.

Certes la grossesse n'est pas une maladie, mais elle comporte des risques ; simple trouble ou risque réel, là réside la vraie difficulté pour le praticien. « Bien que le risque ne puisse être entièrement supprimé, on peut envisager de le réduire moyennant des soins maternels efficaces, abordables et accessibles ».

En théorie, l'évaluation des risques est un outil logique qui permet de rationaliser la prestation des services pour que les personnes qui en ont le plus besoin reçoivent une attention et des soins spéciaux. Néanmoins cette approche rigide est très controversée, car le risque est de priver de nombreuses femmes de ressources alors que l'issue de leur grossesse n'est pas satisfaisante.

Des critères qui permettant de définir le bas niveau de risque obstétrical sont proposés à titre indicatif dans les recommandations proposées par l'Haute Autorité de Santé (HAS) (absence d'un ou plusieurs facteurs de risque de la classification de NICE). Ils visent à mieux organiser le système de soins mais aujourd'hui aucun consensus professionnel n'est encore obtenu ce qui rend la situation d'autant plus difficile pour les professionnels. Les groupes de travail de l'ANAES ont recommandé lors des études concernant l'échographie, le suivi de la grossesse, que soient mis en œuvre les travaux nécessaires à la définition des grossesses à risque. [20, 21, 22]

Le raisonnement propre à l'obstétrique, selon lequel tout accouchement est potentiellement à risque a amené à décréter que la grossesse l'est aussi. Alors que près de 80% de l'ensemble des grossesses ne comporte pas de risque, ce raisonnement a induit des comportements non sans conséquence en France.

Seul le fait de ne pas considérer toute grossesse comme a priori à risques permettrait d'organiser les différents professionnels de façon à pouvoir dépister les risques là où ils pourraient apparaître tout au long du suivi. Ceci aiderait à gérer mieux les conséquences potentielles ou envisagées et à organiser la période du post partum dans la continuité.

1.2 L'organisation des soins pour le suivi de la grossesse dans un contexte national et régional

1.2.1 Le contexte national et le rôle de l'Etat

Trois grandes périodes ont marqué l'évolution de la périnatalité en France. D'une part le plan périnatalité lancé par le Ministère de la santé de 1971 à 1981 avec l'objectif précis de réduire la mortalité périnatale et les handicaps d'origine périnatale. Ce plan a permis le lancement d'une nouvelle politique incluant la prévention de la prématurité et de l'amélioration des conditions des accouchements. C'est la première fois depuis la création de la PMI en 1945 que l'objectif est décrit aussi clairement.

La deuxième période a été plutôt marquée par la décentralisation en 1983 et le transfert par le Ministre de la santé de ses responsabilités en matière de santé de la mère et de l'enfant au département. L'action collective en faveur de la mère et de l'enfant s'est beaucoup dispersée.

La troisième période qui a débuté en 1994 a vu se succéder deux plans périnatalité proposés par le gouvernement. La reprise par l'Etat et le Ministre de la Santé de l'action collective dans le domaine de la sécurité de la naissance a modifié les comportements. L'augmentation de la mortalité maternelle en France a commencé à inquiéter et un rapport du Haut Comité de la Santé Publique (HCSP) a été demandé par Bernard Kouchner alors Ministre de la Santé. La nouvelle perception du risque maternel et une approche sécuritaire quant à la naissance se sont développées.

Le plan périnatalité de 1994, s'était notamment donné comme objectif de diminuer la mortalité liée à la naissance d'un enfant, en abaissant la mortalité maternelle de 30 % et la mortalité périnatale de 20 %. Un objectif supplémentaire était ajouté visant à diminuer

de 35 % la mort subite du nourrisson par la mise en place d'un programme de prévention (une chute de plus de 70% est observée aujourd'hui). [87]

1.2.2 La PMI, son rôle dans l'évolution de notre système de santé

La création de la protection maternelle et infantile (PMI) date de l'ordonnance du 2 novembre 1945 faisant partie du Code la Famille : organisation départementale pour la lutte contre la mortalité infantile et maternelle afin de faire face aux problèmes démographiques importants et prévoyant l'action conjuguée des médecins et des assistantes sociales. Les principales activités de la PMI sont ainsi définies: certificat prénuptial, visites prénatales, surveillance de l'enfant, éducation des mères, créant le carnet de santé de l'enfant.

Le terme de PMI recouvre en France l'ensemble des mesures réglementaires et des moyens adaptant le système de santé aux objectifs de réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et infantile et de promotion de la santé.

En 1962, la PMI reçoit une structure départementale relevant de la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale (DDASS). Depuis, de nombreuses modifications sont apportées à l'ordonnance de 1945 dont l'augmentation des visites prénatales qui passent de 3 à 4 puis récemment à 7. Mais la plus importante est sans doute la loi du 15 Juillet 1970 relative aux certificats de santé de l'enfant. Elle rend obligatoire la délivrance de certificats de santé lors des trois examens médicaux des enfants avant le huitième jour, au neuvième mois et au vingt-quatrième mois.

En 1980, le gouvernement devant une baisse importante de la démographie, prend de nouvelles mesures pour favoriser la naissance du troisième enfant et il réaffirme en 1986 la priorité donnée à la politique familiale.

En 1983, une circulaire ministérielle rappelle les missions et activités du service départemental de PMI rattaché au Conseil Général par les lois de décentralisation.

Un système d'information national sur la santé de la mère et de l'enfant a été mis en place depuis 1985. Il s'agit de recueillir de manière standardisée dans chaque département, des données issues de l'exploitation des trois certificats de santé établis pour chaque enfant (décret n° 85-894 du 14 août 1985 et arrêté du 28 avril 1992). Ainsi le certificat de santé du 8^e jour apporte des informations précieuses concernant le déroulement de la grossesse et les conditions de la naissance de l'enfant (âge de la mère, consultations prénatales, âge gestationnel, poids de l'enfant, transferts, allaitement,) qui informent sur l'état de santé de la mère et de son enfant.

La loi du 18 décembre 1989 rappelle que l'Etat, les Collectivités territoriales et les organismes de Sécurité Sociale participent à la protection et à la promotion de la santé maternelle et infantile. Elle adapte la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétence en matière d'aide sociale et de santé. Parmi ses nombreuses missions, les services de PMI doivent effectuer des consultations prénuptiales, prénatales et postnatales et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes.

La décentralisation en confiant la responsabilité de la Protection de la Santé Maternelle et Infantile au département a modifié des textes souvent anciens qui en régissent le fonctionnement. Dans le nouveau texte de loi, il est précisé que, lors de la visite médicale prénuptiale il convient de rechercher des "affections génétiques", que le carnet de santé maternité est obligatoire, que les déclarations de grossesse et de naissance seront obligatoirement envoyées à la DDASS, et de nouvelles modalités de financement avec une participation plus grande des caisses de Sécurité Sociale sont alors envisagées.

Les compétences dévolues au département sont exercées sous l'autorité du Président du Conseil Général par le service départemental de Protection Maternelle et Infantile. Celui-ci doit en outre, participer aux actions de prévention des mauvais traitements et de prise en charge des mineurs maltraités.

Les professionnels regroupés en équipe au sein des circonscriptions y exercent diverses activités : une équipe de PMI informée de chaque grossesse peut proposer la visite d'une assistante sociale de secteur. Cette proposition d'action à domicile ne concerne dans la réalité qu'un nombre peu important de femmes enceintes requérant une attention particulière. Toutefois, des visites à domicile peuvent également être effectuées à la demande des intéressées.

Les sages-femmes PMI, quant à elles, n'interviennent qu'à la demande du médecin, d'un service spécialisé, d'un travailleur social, voire de la femme elle-même. De même, après la naissance, une puéricultrice pourra rendre visite à la mère et à son enfant dès la sortie de la maternité. Là encore il s'agit d'une activité orientée prioritairement en faveur des familles estimées les plus vulnérables.

D'une façon générale les PMI ont été initialement prioritairement tournées vers l'enfance depuis leur création, mais la protection maternelle est de plus en plus prise en compte.

1.2.3 Le plan périnatalité 2005 – 2007

La mise en œuvre du « plan périnatalité 2005 – 2007 » est décidée par le Ministre de la santé et de la protection sociale dans l'objectif de moderniser l'environnement de la grossesse et de la naissance. 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.

Le plan périnatalité recherche, tout d'abord, à améliorer la prévention des handicaps ou de leur aggravation chez les enfants prématurés ou les enfants atteints de pathologies ou de déficiences congénitales : c'est l'enjeu du suivi et de la prise en charge dès la naissance. Il vise à amplifier les actions déjà entreprises, afin 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.

Une étude récente de l'INSERM a évalué à 15 000 le nombre d'enfants naissant chaque année avec un handicap, dont 7500 avec une déficience sévère.

Le plan constitue un pas important pour familiariser la société avec un sujet difficile, parfois encore tabou, qu'est celui de la rencontre entre la maternité et le handicap : c'est la question de l'accompagnement des femmes enceintes et des couples faisant face à un handicap. Ainsi la mise en place de dispositifs spécifiques pour que le suivi de la grossesse, l'accouchement et la naissance, se déroulent dans les meilleures conditions prend toute son importance.

Parmi les quatre mesures visant à moderniser les conditions de l'accouchement, l'une s'est donné pour objectif de créer et développer des réseaux de santé de proximité afin de garantir le meilleur accès aux soins pour l'ensemble de la population et d'améliorer la qualité de la prise en charge de la mère et de son enfant autour de la naissance.

Le plan, pour répondre de façon appropriée aux femmes en situation de précarité, a fixé une orientation dans la prise en charge : « toute grossesse, chez une femme en situation de précarité, doit être considérée comme une grossesse à risque ». Ainsi, en l'absence de toute stigmatisation, l'amélioration de l'accès à leurs droits sociaux, l'information et la formation de l'ensemble des réseaux professionnels et associatifs pour adapter les pratiques des professionnels ainsi que l'accompagnement des femmes et des couples dans leur démarche de soins représentent des axes importants dans la prise en charge.

Le Professeur UZAN, chef de service de la maternité de Tenon à Paris dira de ce plan gouvernemental : « qu'il redonne à l'ensemble du dispositif français sa place en Europe et dans le monde et atténue les différences qui peuvent être faites entre les professionnels. »

Le Collège des Gynécologues Obstétriciens Français fait une lecture critique de ce plan « insuffisamment vertébré » et s'inquiète quelques mois plus tard : « il s'agit d'un agrégat de mesures dont certaines sympathiques ».

1.2.4 Le Contexte Régional

A) La périnatalité en région Centre

La région Centre est constituée de six départements : le Cher, l'Eure-et-Loir, l'Indre, l'Indre-et-Loire, le Loir-et-Cher, et le Loiret et comprend 185 cantons et 1842 communes. Elle s'étend sur 39 540 km², soit 7% de la superficie nationale, de la grande banlieue parisienne aux Nord du Massif Central. Elle occupe par sa superficie le 4ème rang des régions métropolitaines. Il existe de grandes inégalités géographiques en terme d'équipement et de démographie médicale.

La région Centre compte dans sa population 24,6% de jeunes de moins de 20 ans (comparable à la moyenne nationale). Le nombre de femmes en âge de procréer en région Centre s'élève à 569 916 en 2002 soit 23% de la population (2% en dessous de la moyenne nationale). Le Loiret est le département le plus peuplé de la région avec 618 000 habitants et rassemble désormais un quart de la population régionale dont beaucoup de jeunes. L'évolution démographique annuelle du département est très supérieure à celle de la région. En ce qui concerne la répartition, 72% de la population est regroupée dans des zones urbaines. (INSEE)

Le taux de fécondité en 2002 pour 1000 femmes en âge de procréer, (de 15 à 49 ans) est de 54.5% soit largement supérieur à celui de la région (51,6%) et de la France (52.9%). L'indice conjoncturel de fécondité en 2001 (chiffres de l'INSEE) dans le Loiret est similaire à celui de la France et peu différent de la moyenne régionale. Le taux de mortalité infantile du département du Loiret entre 1999 et 2001 est élevé (4.9 pour 1000 naissances vivantes) comparé à celui de la région Centre ou de la France (4.4 pour 1000). Le taux de natalité en région est de 12 pour 1000 habitants en 2002, soit 0.8% inférieur au taux national.

La mortalité maternelle reste très faible en région Centre (2 en 2003) mais des décès sont encore évitables. La morbidité maternelle est importante et les hospitalisations durant la grossesse en témoignent avec un taux dans le Loiret à 18,7% plus important qu'en Indre et Loir (15,8%) et plus élevé que la moyenne régionale (13,4%).

En 2003 la mortalité périnatale est de 6.5 pour 1000 naissances. Le taux de prématurité est de 5.9 % en région Centre dont 0.9 % de grands prématurés.

L'activité des maternités de la région Centre était en 2003 de 28 427 accouchements soit une augmentation de 3,2 % depuis 1999. Au total, 23 % des accouchements se font en maternité de niveau I, 51 % en maternité de niveau II, 26 % en maternité de niveau III. Plus de la moitié des naissances de la région ont lieu dans le Loiret et l'Indre et Loire.

La région comprend 23 maternités qui sont en activité (16 publiques et 7 privées) contre 25 en 1999 puisque deux maternités ont vécu une fermeture qui a été compensée par la création de centre périnataux de proximité où l'activité du suivi de la grossesse prend toute sa place. L'activité moyenne des maternités a donc sensiblement augmenté mais celle-ci s'est essentiellement affirmée sur les maternités de niveau II ou III.

Cependant, le taux des enfants naissant prématurément dans le Loiret est de 6.6% alors que dans la région le taux est de 5.9%. On relèvera que le taux comparatif de prématurité du département de l'Indre et Loire où existe la deuxième maternité niveau III de la région est très nettement inférieur puisque de 5%. De plus, il est observé un plus grand nombre d'enfants naissant prématurément domiciliés au nord et au sud d'Orléans.

Si une unique cause ne peut être incriminée en ce qui concerne la prématurité, il est cependant nécessaire de la prendre en considération, tant par l'accompagnement qu'elle justifie en amont que par les raisons qui ont favorisé cette augmentation.

Le taux de gynécologues obstétriciens du département avec 2,59 pour 10 000 femmes en âge de procréer (ADELI / INSEE) est le plus faible de la région (3,11 pour 10 000) comparé au taux national de 3,61 pour 10 000. Le taux des sages-femmes est à 10,15 pour 10 000 femmes mais inférieur au taux national à 10,92.

Ces taux nous laisse déjà préjuger d'une insuffisance en professionnels mais de nombreux facteurs peuvent intervenir qui sont susceptibles de générer des difficultés dans la prise en charge ou le suivi.

B) Le volet périnatalité du SROS de la Région Centre

L'offre de soins hospitalière est évaluée dans le cadre du SROS en prenant en considération la graduation des plateaux techniques. La circulaire du 5 mars 2004 précise que ces nouveaux SROS se voient confier un objectif d'assurer une organisation sanitaire territoriale permettant le maintien dans le développement des actions de proximité et de veiller à ce qu'elle réponde aux objectifs de santé publique.

La prise en compte « des soins préventifs, curatifs et palliatifs » à partir des « besoins de santé de la population » par l'ordonnance du 4 septembre 2004 permet au SROS de placer la dimension de santé publique comme principe fondateur de son action.

Le SROS présente le réseau de soins périnataux comme une réponse globale ou particulière aux enjeux de santé publique régionaux, comme une réponse au manque de coordination et de communication entre les différents acteurs de la prise en charge du malade. Il est aussi une réponse globale à l'organisation régionale de l'offre de soins. Toutefois, la médecine libérale a des difficultés à y trouver sa place. Globalement, le

réseau se présente comme une solution viable du fait de l'ensemble des acteurs qu'il met en coopération et de la collaboration qui doit idéalement exister au sein de celui-ci

C) **Le réseau de soins périnataux : une meilleure lisibilité pour le secteur ambulatoire**

Les décrets de 1998 ont accéléré la formalisation des réseaux inter - hospitaliers. Ce travail en réseau a contribué à améliorer la sécurité en définissant les situations justifiant un transfert, en améliorant les conditions et l'organisation de ces transferts en facilitant la communication et en évitant l'isolement des professionnels participant au réseau.

Mais les réseaux doivent non seulement réguler la coopération inter hospitalière public - privé dans le domaine de la périnatalogie mais couvrir également l'organisation du suivi de grossesse en amont, le suivi du nouveau-né présentant une déficience d'origine périnatale et à risque de développer un handicap en aval. Amont et aval couvrent également le dépistage et la prise en charge du risque psychosocial et ne peuvent reposer que sur le seul réseau ville - hôpital puisque de nombreux acteurs intervenants n'appartiennent pas aux structures hospitalières.

Le réseau de soins périnataux est implanté en région Centre² et exerce son action principalement dans ce cadre géographique constitué des départements de l'Indre et

² Le réseau de soins périnataux s'organise en 3 niveaux :

Niveau I comprenant une unité d'obstétrique et prenant en charge la surveillance des nouveaux nés sans problème.

Niveau II A comprenant une unité d'obstétrique et une unité de néonatalogie assurant la surveillance et les soins spécialisés des nouveaux nés à risque et de ceux dont l'état s'est dégradé à la naissance

Niveau IIB comprenant une unité d'obstétrique et une unité de néonatalogie ainsi que des lits de soins intensifs et doit :

- Disposer de moyens nécessaires à la ventilation des premières heures et au transfert du nouveau né
- Pouvoir accueillir des nouveaux nés prématurés stables provenant des niveaux III et ne nécessitant plus d'une ventilation et/ou une nutrition parentérale complète
- Pouvoir prendre en charge une détresse respiratoire transitoire du nouveau né à terme qui ne nécessite pas d'une ventilation assistée

Niveau III comprenant une unité de réanimation néonatale, accueillant des nouveaux-nés en état de détresse grave et/ou de risque vital, pour une réponse hospitalière très spécialisée.

Loire, du Loiret, du Loir et Cher, de l'Indre, du Cher, de l'Eure et Loir. Il concerne toutes les femmes enceintes pour ce qui est de la grossesse, de l'accouchement et de la périnatalité.

Compte tenu du rôle dévolu au réseau en tant que nouvelle organisation des 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, les établissements de santé publics et privés ont pris l'initiative de la création d'un réseau de soins périnataux en région Centre. La convention constitutive qui a pris effet le 1^{er} septembre 2003, précise une volonté d'y associer les médecins et les professionnels de santé libéraux et notamment les généralistes et spécialistes et les sages femmes libérales.

Ces acteurs ont exprimé par le réseau la volonté de constituer et de mettre en œuvre des actions de partenariat en vue d'améliorer la prise en charge globale, de favoriser l'accès aux soins quelle que soit la typologie sociale ou quel que soit le lieu géographique du domicile des patients, à travers une graduation et une continuité des soins.

Ce réseau s'inscrit dans le cadre défini par le schéma régional d'organisation sanitaire et sociale de la région Centre et par les ordonnances du 24 avril 1996. Il repose sur :

- Le principe de bonne organisation de la prise en charge des soins de périnatalité et dans une perspective de la complémentarité des institutions et d'organisation de gestion des risques.
- Le souhait de favoriser le traitement des patients à proximité de leur lieu de vie, hors épisodes exigeant un plateau technique spécifique

La convention constitutive précise donc que les objectifs poursuivis par le réseau sont « de s'étendre en tant que de besoin à d'autres établissements de santé, aux institutionnels et en particulier aux PMI, aux médecins de famille et aux sages-femmes libérales ».

En région Centre, le programme de santé « accès aux soins » a identifié les publics précaires par le montant de leur revenu, les problématiques sociales, pathologiques.... En matière de périnatalité, pour nombre d'adolescentes, l'accès n'est pas toujours aisé et suppose une réponse que la famille ne peut pas toujours apporter. La prévention revêt un intérêt particulier pour ces populations. Assurer la bonne orientation des parturientes

préalablement à la naissance dans une structure de soins adaptés au niveau de risque présenté par le couple mère - enfant représentait une priorité d'action du SROS II.

La constitution d'un réseau de soins périnatals en région CENTRE fondé sur la progressivité en 3 niveaux de soins de la mère et de l'enfant a permis d'améliorer l'orientation des parturientes mais n'a pas toujours réglé le problème de l'accessibilité aux soins.

Suite à la journée nationale des réseaux de soins périnatals, qui a eu lieu à Paris le 1^{er} avril 2005 sous la tutelle de la société française de médecine périnatale (SFMP) associée à celle du CNGOF, la région Centre cherche à ouvrir le réseau aux autres acteurs de santé. Sur une aire géographique restreinte, il est plus aisé de susciter l'adhésion des médecins libéraux pour leur faire connaître le réseau, pour mieux cerner les attentes des professionnels et leur montrer la plus value envisagée pour le suivi de leurs patientes et pour eux-mêmes.

Les craintes que l'on pourrait émettre concernent le risque du cloisonnement par pathologie ou spécialité en décroissant le secteur ville – hôpital.(.....)

A ce jour aucun adhérent libéral ni institutionnel n'est intégré au sein du réseau de soins périnatals en région CENTRE mais des contacts sont en cours avec l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML).

La bonne transmission d'informations est un gage de qualité et de continuité des soins ainsi que de sécurité médicale et juridique. La finalité de l'action est d'améliorer le service rendu aux patientes et à leurs enfants.

D) La Commission Régionale de la Naissance (CRN)

Ces commissions consultatives, créées en 1988 par circulaire voient leurs missions redéfinies grâce à la circulaire d'application du 6 juillet 1999. La composition des commissions régionales de la naissance est fixée par arrêté du préfet de région.

Le président de la commission régionale de la naissance est élu pour deux ans et le directeur régional des affaires sanitaires et sociales ou son représentant fixe l'ordre du jour des séances.

Dans ses missions, la CRN a vocation à «favoriser le développement de réseaux associant les professionnels et les institutions oeuvrant dans le champ de la périnatalité, en vue de mieux coordonner la prise en charge des femmes pendant la grossesse et au cours de la période post-natale, en particulier celles qui se trouvent en situation de précarité, tant sur le plan médical que sur les plans psychologique et social » et à « proposer les adaptations nécessaires au niveau régional, de la politique définie au niveau national ».

De plus, il est confié à la commission, « la mission d'impulser des actions de formation des professionnels médicaux et paramédicaux intervenant dans le domaine de la périnatalité, en coordination avec les partenaires concernés ».

La CRN peut être consultée dans la mesure où la conférence régionale de santé a défini la périnatalité comme une priorité de santé publique. Elle est aussi entendue dans le cadre de l'élaboration du volet périnatal du schéma régional d'organisation sanitaire.

2 LA PRISE EN CHARGE HOSPITALIERE ET AMBULATOIRE DANS LE DEPARTEMENT DU LOIRET

2.1 Méthodologie de l'étude

La lecture de la bibliographie et des documentaires ou travaux effectués au niveau national ainsi que la bonne connaissance du fonctionnement des services de maternité du département m'a permis de repérer les dysfonctionnements et d'en identifier les causes pour répondre mieux aux besoins de prise en charge des femmes en âge de procréer. La connaissance des référentiels de bonnes pratiques médicales en terme de suivi de grossesse mis récemment à jour est un préalable indispensable.

Les sources d'information concernent les réunions formalisées auxquelles nous avons pu participer : les journées de la Société Française de Médecine Périnatale en octobre 2004, les journées nationales des Réseaux de Soins Périnataux le 1^{er} avril 2005, les Assises Nationales des sages-femmes du 25 au 27 mai 2005 afin d'adapter sur le plan régional voire départemental la politique nationale en tenant compte de l'avis des professionnels.

Les échanges oraux avec de nombreux professionnels et des collègues de travail ont permis de faire évoluer la réflexion.

Les avis techniques des professionnels dans le cadre des comités de pilotage du volet périnatalité du schéma régional d'organisation sanitaire de 3^{ème} génération sont prises en compte.

Une phase du travail consiste à collecter l'ensemble des réflexions qui ont été menées dans le cadre des Commissions Régionales de la Naissance de la région Centre dont le médecin inspecteur de santé publique assure la représentation du Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales et auxquelles il participe régulièrement. La CRN est composée d'un collège de professionnels intervenant dans le champ de la périnatalité largement représentés, d'un collège composé de personnalités dont l'ARH, l'Union Régionale des Caisses Régionale d'Assurance Maladie (CRAM) et de la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) ainsi que de l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML).

Chargée de la périnatalité à la DRASS pour la région Centre, nous sommes invités aux réunions d'échanges entre professionnels du réseau de soins périnataux de la région Centre où un point est fait sur le suivi de la grossesse au niveau régional suite aux orientations données par le réseau de soins périnataux. Il est cependant nécessaire de constater que jusqu'à ce jour le réseau se limite aux professionnels des établissements hospitaliers.

Les ressources exploitées concernent essentiellement les données d'activité de la SAE, les données démographiques du service statistique de la DRASS, les données issues des exploitations des certificats du 8^{ème} jour du nouveau-né, l'évaluation annuelle du réseau de soins périnataux de la région Centre, les rapports d'activité de la CRN, les procès verbaux des différentes réunions du comité de pilotage du SROS. Des études et évaluations statistiques effectuées d'une part par l'ORS qui effectue une exploitation régionale des certificats du 8^{ème} jour et d'autre part par le service départemental de PMI du Conseil Général qui évalue les zones où la population est le plus à risque et son évolution dans le temps permettent de donner une idée précise de la qualité du suivi dans le département.

Les acteurs sont consultés lors des entretiens effectués dans le champ de la périnatalité (médecins généralistes, sages-femmes, et responsables institutionnels) afin de mesurer d'une part, la place et le rôle de chacun dans ce suivi, d'autre part leur perception sur les relations entre la ville et l'hôpital, les partenariats établis avec les différents acteurs médico-sociaux, le degré d'implication des professionnels dans la prise en charge de la grossesse incluant leur niveau de formation et d'information dans le domaine.

Néanmoins, il a été défini d'interroger des professionnels sur l'ensemble du département afin de garder une vision objective sur l'aspect organisationnel de cette prise en charge.

Les acteurs ont été choisis au hasard sur l'annuaire en prenant compte leur secteur d'activité sur le département et en les prenant en plus grand nombre sur le secteur orléanais par rapport à l'importance du bassin de population existant.

Ces entretiens permettent d'apporter un éclairage sur la situation mais n'ont pas de signification statistique ou épidémiologique.

Le guide d'entretien est élaboré sur la base des orientations du SROSII et des perspectives du SROSIII, ainsi que sur les règles de bonnes pratiques de l'HAS.

L'objectif de ces entretiens est de déterminer les freins perçus par les professionnels lors la prise en charge de la grossesse, les difficultés rencontrées, les attentes de ceux-ci pour optimiser ou améliorer la prise en charge. Ils permettront d'enrichir l'état des lieux pour le SROSIII et de s'intégrer dans les orientations proposées.

Les sages femmes cadres des cinq maternités du département soit du Centre Hospitalier de Gien, de Pithiviers, de Montargis, et d'Orléans ont été interrogées, y compris le chef de

service de la polyclinique de Saint Jean de Braye et la sage femme cadre de la maternité, ainsi que l'équipe médicale comprenant la sage femme cadre du service, le chef de service et un gynécologue obstétricien de la maternité du Centre Hospitalier d'Orléans.

Un entretien semi directif a été effectué avec la responsable départementale et les sages femmes de PMI. Des entretiens téléphoniques ont eu lieu avec cinq sages-femmes libérales, 3 gynécologues médicaux et 10 médecins généralistes sur les bases de cette grille après avoir pris préalablement des rendez-vous téléphoniques.

Un entretien téléphonique avec la présidente de l'Ordre des sages-femmes du département du Loiret a exprimé clairement le sentiment des professionnels sur le rôle possible et le vœux des sages femmes dans le suivi de grossesse.

Quelques entretiens téléphoniques semi directifs des usagers représentants de la CRN et du groupe de pilotage du SROS ont été effectués et ont permis de s'assurer que la perception des professionnels en ce qui concerne le vécu des femmes enceintes est en accord avec leurs sentiments.

Les entretiens permettent d'identifier les disparités départementales, les dysfonctionnements de l'offre, concernant la prise en charge des grossesses en repérant les femmes moins bien suivies soit en lien avec une carence de l'offre de soins, soit avec un défaut d'organisation des professionnels.

Les entretiens avec l'ensemble des acteurs ont permis de mieux appréhender les populations les plus à risques. Il convient donc d'élargir le champ d'action à l'ensemble de la population des femmes en âge de procréer tout en prêtant une attention particulière aux femmes les plus démunies compte tenu des difficultés à les identifier dans le contexte social tel qu'il évolue.

Tous les entretiens ont été enregistrés puis secondairement retranscrits pour en effectuer l'analyse y compris les entretiens téléphoniques.

Cette phase nous a permis d'établir des liens intéressants et les professionnels mettaient régulièrement l'accent sur l'importance qu'ils donnent à la communication. Nous avons perçu un sentiment de valorisation de leur rôle par cette consultation téléphonique au travers de la richesse des échanges qui ont eu lieu et l'intérêt porté par de nombreux professionnels, sur le thème de la grossesse.

Cette phase permet ainsi de poursuivre la réflexion par une analyse de ces échanges et d'élaborer des propositions. Il est important de voir comment ces préconisations peuvent être concrétisées et dans quelle mesure l'accompagnement institutionnel peut se faire en terme d'organisation, de planification, et de partenariat. Il est aussi essentiel que soit envisagé le problème sous un angle économique afin que le concept de « réseau ville – hôpital » ne reste pas une préconisation théorique dans le cadre d'une volonté institutionnelle.

2.2 La répartition de l'offre de soins et de prise en charge dans le département du Loiret

Le taux de croissance de la population du Loiret a été évalué entre 1996 et 2010 à plus de 17% et plus de 30% d'ici 2020. Pour satisfaire aux besoins de cette population, le département du Loiret dispose d'un Centre Hospitalier Régional avec une maternité de niveau III ainsi que de trois autres établissements publics pourvus d'une maternité et un établissement privé.

L'offre de soins hospitaliers se répartit suivant les zones d'emploi et s'établit donc de la façon suivante : Orléans 381 384 habitants (avec 62% de la population régionale), Montargis 114 602 habitants, Gien 64 061.habitants et Pithiviers 57 129 habitants. Ces zones d'emploi n'ont pas connu la même évolution, Orléans et Pithiviers enregistrent de vives progressions de leur population.

Le SROS a validé la bonne répartition géographique des établissements sur l'ensemble du département de façon assez équilibrée.

L'activité du suivi de la grossesse se distribue de façon aléatoire et non organisée entre les professionnels de santé libéraux (médecins généralistes, sages-femmes, gynécologues et obstétriciens des établissements publics et privés ou installés en libéral). Le nombre de naissances connues dans le Loiret grâce à l'exploitation des certificats du 8ème jour effectuée par l'Observatoire Régional de Santé (ORS), représente en 2003, 28% des naissances de la région Centre qui se répartissent sur les cinq établissements de gynécologie obstétrique, dont le maillage semble a priori globalement bien assuré sur le territoire grâce au réseau de soins périnataux de la région Centre.

Le suivi des grossesses en Région Centre est une préoccupation confirmée par les analyses effectuées par l'Observatoire Régionale de Santé dans un contexte de forte natalité départementale.

Les secteurs délimités correspondent aux Unités Territoriales de la Solidarité (UTS) telles qu'elles ont été définies par le Conseil Général du Loiret. Dans chacun de ces secteurs est définie une unité territoriale à l'exception d'Orléans dont le territoire plus étendu et plus densément peuplé a justifié de la mise en place de 4 UTS : Orléans Sud, Orléans Nord, Est Orléanais et Ouest Orléanais. Chacun des secteurs est doté d'un établissement hospitalier disposant d'un service de maternité plus ou moins important.

Environ 36% des médecins généralistes et sages-femmes sont installés sur les communes principales de Gien, Montargis, Pithiviers et Orléans. Ainsi on notera qu'en terme de ressources, 541 médecins généralistes et 35 sages-femmes libérales sont installés en libéral dans le Loiret. [STATIS DRASS 2003]

Il est constaté de plus que le suivi des grossesses est significativement moins bon dans les communes de plus de 10 000 habitants. [37, 38]

LE SECTEUR DE PITHIVIERS

Pithiviers et son agglomération représentent 11 476 habitants. Le bassin de population de femmes en âge de procréer est dense et concentré sur le seul canton de Pithiviers.

Doté d'une maternité de niveau I, le Centre Hospitalier de Pithiviers a effectué en 2004 465 accouchements et son activité est restée stable depuis 5 ans. La maternité organise un staff le jeudi matin sur les dossiers qui posent des problèmes et auquel participe une sage-femme libérale.

La répartition des médecins généralistes est assez homogène sur l'ensemble des cantons périphériques qui constituent l'unité territoriale avec une densité de 71 à 86 pour 100 000 habitants et peut permettre de répondre à une demande de proximité, en matière de suivi de la grossesse. Cependant sur l'ensemble de ces cantons et plus particulièrement sur celui de Malherbes où la densité est plus élevée, l'absence de sage-femme libérale est à considérer.

LE SECTEUR DE GIEN

Gien et son agglomération représentent 18 540 habitants. Situé à 66km d'Orléans et à 44km de Montargis, son activité est importante et a véritablement augmenté depuis quelques années. La densité en sages femmes libérales autour de ce secteur est plutôt satisfaisante et s'étend largement au-delà de Gien sur les cantons de Châtillon - Coligny et de Châtillon sur Loire (cf. annexe carte 2). Doté d'une Maternité de niveau I, le Centre Hospitalier de Gien a effectué pour l'année 2004, 789 accouchements contre 466 en 1999 soit une augmentation d'activité de 41% qui a probablement favorisé l'attractivité du corps médical tant sages-femmes que médecins généralistes libéraux pour ce secteur.

La densité de femmes en âge de procréer sur le secteur territorial de Gien est particulièrement importante. (cf. annexe carte 1)

Ceci revêt une importance considérable quant à la qualité du suivi qui est constatée.

LE SECTEUR DE MONTARGIS

Montargis et son agglomération représente 53 590 habitants, moins de un cinquième de celle d'Orléans. Cette unité territoriale est très défavorisée en terme de démographie médicale. Celle-ci dispose d'un établissement hospitalier avec un service de maternité de niveau IIA qui permet d'accueillir des femmes à moins de 37 SA. Il effectue annuellement 1360 accouchements environ et son activité a progressé de 18% en 5 ans.

Les grossesses sont suivies indifféremment en libéral ou à l'hôpital suivant le choix des femmes. Un véritable problème de communication a été identifié entre les professionnels

afin d'assurer la qualité et la continuité des soins. Les libéraux suivent les grossesses parfois jusqu'au terme et les sages-femmes hospitalières sont inquiètes. Néanmoins les acteurs s'accordent à dire que de part et d'autre des progrès sont à envisager.

Les difficultés rencontrées sont à confronter à la faible densité en médecin généraliste existante soit 41 à 57 pour 100 000 habitants sur le secteur de Montargis. L'unique sage-femme installée en libéral effectue essentiellement des cours de préparation à l'accouchement et quelques suivis de grossesses.

La sage-femme de PMI est régulièrement mise à contribution dans cette zone plus défavorisée. De plus, une sage-femme hospitalière quitte l'hôpital suite à une prise de conscience de l'importance des besoins en ambulatoire.

De ce fait, la sage-femme de PMI est impliquée dans l'élaboration d'une convention avec le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital de Montargis pour assurer un suivi à domicile des femmes qui auraient un problème médical associé à un risque social.

Le but à atteindre est en effet d'améliorer le suivi de la grossesse mais aussi d'assurer le lien futur entre la maman et le nouveau-né, en évitant des hospitalisations pour des femmes isolées ou pour celles pour lesquelles, compte tenu d'une famille déjà importante, un placement d'enfant ou une séparation devrait être envisagée.

La sage-femme a donc bénéficié dans cet objectif d'un monitoring mais il a été précisé que cette évolution à titre expérimental ne pourrait donner lieu à une hospitalisation à domicile par les sages-femmes de PMI sur l'ensemble du département.

LE SECTEUR D'ORLEANS

Orléans et son agglomération représentent 263 292 habitants et regroupent 43% des habitants du Loiret. Il est important de constater que les sites où les grossesses sont les plus mal suivies concernent essentiellement le Bassin Orléanais où plus de 2/3 des femmes enceintes sont domiciliées. Le secteur d'Orléans constitué de 4 UTS dont celle du sud particulièrement concernée par les grossesses mal suivies (41%). (cf. annexe 7) Deux établissements disposent de services de maternité, le Centre Hospitalier d'Orléans et la Polyclinique des longues Allées de Saint Jean de Braye.

L'analyse effectuée concernant le fonctionnement du réseau de soins périnataux a permis de mettre en évidence les difficultés ressenties par les personnels de la maternité niveau III d'Orléans (Loiret) qui ne peut répondre à la totalité de la demande. En effet, les 4000 accouchements annuels, ayant à ce jour été dépassés, des problèmes de locaux et de personnels se font sentir.

La situation d'engorgement du service de maternité d'Orléans avec un afflux des grossesses pathologiques mais aussi de grossesses normales concernant des femmes dont le domicile correspond largement au bassin de population est préoccupante. Le

service public hospitalier doit jouer un rôle fondamental pour favoriser l'accès aux soins des personnes en situation de précarité.

La difficulté de la prise en charge des grossesses dans cette maternité se situe à deux niveaux : d'une part il est impossible de répondre à la demande importante de consultations eu égard au déficit en sages-femmes dans le service de consultation du Centre Hospitalier. Ces difficultés sont particulièrement importantes pour les femmes en situation de grande précarité dont le nombre augmente rapidement dans les grands centres urbains.

La diminution de la surveillance entraîne une augmentation des consultations d'urgence en secteur hospitalier qui incombent le plus souvent aux sages-femmes qui voient augmenter leur charge de travail. La préparation à l'accouchement qui représente un moment privilégié pour organiser le suivi et la prise en charge la plus adaptée aux risques présentés par la femme, n'est plus effectuée en secteur hospitalier.

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.

La pénurie en professionnels dans les établissements publics et particulièrement sur le Centre Hospitalier entraîne inéluctablement une diminution de l'offre de soins. Pour assurer l'urgence, sont supprimées des consultations de grossesse, ce qui entraîne inévitablement une augmentation des femmes enceintes mal ou non suivies en particulier pour celles qui sont en situation « précaire ».

Certes dans le secteur ambulatoire, les sages-femmes libérales effectuent des séances de préparation à l'accouchement mais une minorité en bénéficie.

La densité des médecins libéraux installés sur la région d'Orléans est particulièrement plus élevée sur la ville avec 102 à 186 médecins pour 100 000 habitants et est plutôt moins bonne sur l'ouest orléanais où la population en âge de procréer est assez importante (3000 à 4000 femmes environ sur chacun des cantons de Beaugency et de Meung sur Loire). Les gynécologues libéraux installés sur le secteur d'Orléans représentent 76% de l'ensemble des libéraux spécialisés installés dans le département et pour les sages-femmes la situation est comparable.

En conséquence, la pénurie observée dans le domaine médical n'est probablement pas l'unique raison des difficultés observées en matière de suivi. Si l'offre semble a priori satisfaisante, il apparaît qu'un des problèmes majeurs est d'organiser la prise en charge pour coordonner les moyens existants.

La capacité et l'organisation des services ne correspondent pas précisément aux besoins actuels. Une réflexion doit être menée sur l'aspect qualitatif de l'offre de soins comparé aux besoins de soins et doit être combinée avec les problèmes médicaux d'une part, et

paramédicaux d'autre part. Le fait que les suivis de grossesses sont et peuvent être effectués en ambulatoire ou en établissement doit être pris en considération.

2.3 Résultats et analyse

2.3.1 La perception des professionnels sur le suivi de la grossesse

Si la grossesse de toute femme doit être accompagnée, le suivi de grossesse est d'autant plus important qu'il s'agit d'une adolescente ou d'une femme dont l'âge est supérieur à 38 ans compte tenu des risques majorés encourus. Il est par ailleurs difficile d'imaginer qu'un bon suivi de grossesse peut être effectué sans un accompagnement par des cours de préparation à l'accouchement qui apportent cette approche plus humanitaire à la prise en charge.

L'enquête périnatale 2003 souligne cette insuffisance majeure puisque seulement 66% des primipares ont effectué cette préparation et pour les deux tiers d'entre elles dans la maternité où elles ont accouché, 20% d'entre elles déclarent que celle-ci ne leur a pas été proposée.

La population identifiée dans le cadre d'une dégradation du suivi de la grossesse est constituée de femmes en âge de procréer de 15 à 44 ans qui présentent souvent des caractéristiques de précarisation. Cette population concerne autant des jeunes mineures que des femmes d'âge plus mûr (femmes de la rue, migrantes, polygames, détenues, personnes en voie de précarisation.....).

Les professionnels qui prennent en charge les femmes enceintes sont très attachés à la qualité du suivi : « Un bon suivi ne consiste pas seulement à vérifier que les consultations sont effectuées, les échographies, et les prises de sang, c'est aider les parents à mettre en place un vrai projet de naissance... ».

Les professionnels s'accordent à dire que le suivi de la grossesse en terme de contenu de la consultation n'est pas toujours satisfaisant :

« Une femme dit avoir fait sa visite puisqu'elle est allée voir son médecin généraliste il y a quinze jours, mais en réalité, ce n'était pas pour faire suivre la grossesse mais pour un rhume... »

« Pour nous, un mauvais suivi de grossesse est aussi lié à la qualité des pratiques professionnelles. Etre vue en consultation ne signifie pas forcément que la consultation ait été de qualité... »

« Le contenu de la consultation est parfois décevant : pas de carte de groupe sanguin, des éléments de dossier manquent, les échographies n'ont pas été faites à la bonne date... »

Selon le secteur d'activité auquel appartient le professionnel de la périnatalité, les causes identifiées de déclarations tardives sont différentes :

« Pour moi, une grossesse mal suivie c'est d'abord une déclaration tardive. Cela peut représenter dix pour cent des déclarations que je reçois... »

« Des femmes n'ont pas de médecin traitant et pratiquent donc un certain nomadisme médical... et font appel à SOS médecins... pour ces femmes cela coule de source d'aller à l'hôpital pour le suivi d'une grossesse »

Un diagnostic tardif est observé plus fréquemment dans les situations suivantes : critères socio-économiques défavorables, suivi de grossesse insatisfaisant (plus de prématurité) et comportements à risque plus fréquents (tabac, alcool, maltraitance)

L'identification des femmes enceintes mal suivies par les professionnels du secteur hospitalier ou privé des établissements mais aussi des libéraux est variable suivant leur lieu d'activité mais recouvre globalement l'ensemble des situations qui sont rencontrées :

« Les femmes qui ont des grossesses mal suivies représentent 5 à 10% de nos patientes... ce sont plus souvent des jeunes filles primipares qui ne sont pas suivies du tout.. »

« Dans un premier temps l'idée d'une grossesse mal suivie, c'est une déclaration tardive, mais souvent les raisons du retard sont justifiées. »

« A Orléans, ce sont souvent des femmes d'origine étrangère, des pays de l'Est ou du Maghreb qui retournent dans leur pays et qui reviennent tardivement. Si la femme n'a pas eu sa première échographie à 12 semaines, des professionnels refusent parfois de faire la deuxième. De fait, il devient difficile d'obtenir les échographies dans les bons délais et le dépistage est ainsi mal fait.»

« Elles sont souvent en lien avec un problème d'acceptation de la grossesse pour lequel une prise en charge psychologique serait nécessaire parfois aussi en rapport avec un milieu familial défaillant. Ces personnes-là ont encore plus particulièrement besoin d'être accompagnées »

« Le problème concerne les femmes au chômage, qui ont des enfants, qui ne savent pas où aller pour être orientées et prises en charge... »

En protection maternelle et infantile une déclaration de grossesse tardive est étudiée et si un des critères suivants est repéré, une visite à domicile est proposée à la femme : mineure de moins de 18 ans ou femme de plus de 43 ans, femme isolée ou grande multipare. Cependant les informations des déclarations ne sont pas toujours exactes. Si la situation est socialement connue, une visite est également proposée. « De nombreuses jeunes femmes enceintes étrangères sont dans des situations d'isolement ». « Malheureusement, nous manquons de personnel en PMI pour assurer ces suivis ».

Les professionnels de PMI soulignent que les personnes à risque ne sont pas seulement des femmes qui sont à la couverture médicale universelle (CMU) mais aussi celles qui ont un salaire minimum interprofessionnel de croissance (SMIC) sans mutuelle ou qui sont isolées géographiquement ou qui sont en demande d'asile. Le champ des femmes concernées est finalement très large.

Pour une bonne prise en charge de ces femmes, pour lesquelles le risque médico-social est majoré, il faudrait d'après le décret n°92-785 du 6 août 1992 relatif à la PMI, une sage-femme à plein temps ou son équivalent pour 1500 enfants nés vivants au cours de l'année civile précédente, de parents résidant dans le département. Les sages-femmes ont pour mission d'assurer une surveillance régulière du bon déroulement de la grossesse et de la croissance foetale par le dépistage précoce des pathologies maternelle et foetale et leur prise en charge en relation avec les équipes obstétricales concernées.

Le département du Loiret est très déficitaire à cet égard car il dispose de deux sages-femmes, l'une sur l'unité territoriale Sud et Nord d'Orléans et l'autre sur Gien et Montargis alors que le besoin est de 5 sages-femmes rapporté au nombre de naissances du département.

A) Les limites de la technicité du professionnel

Le médecin généraliste est le plus souvent le premier consulté en première intention pour une aménorrhée. Il peut alors effectuer un diagnostic de grossesse mais la poursuite de la prise en charge est conditionnée dans l'ensemble des cas par la volonté du médecin à assurer de suivi, le respect du choix de la patiente qui préfère confier son état à une sage-femme ou un spécialiste qu'il soit libéral ou hospitalier.

L'importante médicalisation actuelle pourrait être temporisée par une plus fréquente prise en charge en médecine générale de proximité.

« On parle de la médicalisation de l'accouchement mais c'est incontournable... trop d'exams ne sont pas toujours nécessaires ... ce qui est important c'est leur pertinence »

Une certaine forme de progrès est identifiée: elle témoigne d'une « surmédicalisation » de la grossesse et de la naissance, en oubliant 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 des associations d'usagers et des professionnels de santé. [41,42,44,57,84]

B) Un accès à l'échographie parfois difficile

Dans ce domaine, nous pouvons identifier en interrogeant les généralistes qu'ils connaissent bien les règles de bonnes pratiques et qu'ils voient dans cet examen complémentaire, la possibilité d'associer l'expertise du clinicien à celle du radiologue pour s'assurer du bon déroulement de la grossesse ultérieure. Elle permet de plus d'identifier précocement des risques qui pourraient amener le médecin à s'entourer de l'avis du gynécologue obstétricien pour effectuer cette prise en charge.

De nombreux praticiens généralistes ou spécialistes s'accordent à dire que l'accès à l'échographie est un problème majeur qui n'est pas encore résolu. L'argumentation repose essentiellement sur l'arrêt de la pratique des échographies diagnostiques et morphologiques de la grossesse en particulier par les médecins radiologues compte tenu de l'augmentation du prix des assurances suite à l'affaire Perruche dont les conclusions ont été transmises en 2001. La situation tendrait à s'améliorer puisque les délais de rendez-vous ont tendance à raccourcir selon les secteurs. Les gynécologues obstétriciens hospitaliers pratiquent plus souvent des échographies morphologiques mais des difficultés importantes persistent sur les secteurs de Montargis et d'Orléans. « L'échographiste de ville a laissé son cabinet de ville, et les gynécologues de la maternité ont des difficultés à effectuer les datations à 15 SA pour la 12^{ème} SA. Les gynécologues de ville sont aussi saturés ».

Ainsi la prise en charge de la femme pour son suivi dans un Centre Hospitalier ou un établissement de santé privé disposant d'un service de maternité a un effet rassurant pour la femme à plusieurs titres puisqu'elle peut à la fois bénéficier de l'expertise du spécialiste, de l'accès plus direct à l'échographie en cas de nécessité urgente, et d'échanges entre les différents professionnels simplifiés par la proximité : « la femme enceinte vient souvent nous voir à l'hôpital au moment de l'échographie » disent les sages-femmes.

Néanmoins, la qualité du suivi dépend aussi de la continuité de la prise en charge : « pour moi, en ce qui concerne l'échographie, le seul impératif c'est d'effectuer les 3 chez le même échographiste par mesure de fiabilité. Le libre choix de l'opérateur est laissé à la patiente ». Cette pratique est partagée par les gynécologues obstétriciens qui assument la responsabilité de l'accouchement mais ceci pose le problème de la planification des rendez-vous et de l'organisation de la prise en charge pour être dans les délais définis par la seule date de fécondation.

Les sages-femmes libérales peuvent pratiquer des échographies physiologiques dans la mesure où elles justifient d'une formation spécifique. Cependant, certaines d'entre elles, bien que diplômées disent ne pas souhaiter les faire, compte tenu du petit nombre de femmes suivies et de leur insuffisance de pratique, afin de ne pas angoisser inutilement la femme enceinte, d'autres expriment leurs craintes quant à la pratique de cet acte.

Les professionnels s'accordent à dire que l'échographie doit être accessible au bon moment pour toute femme enceinte. Cette observation avait déjà été effectuée par l'ensemble des professionnels dans le cadre de l'élaboration du SROS III.

C) Une orientation parfois trop tardive de femmes présentant une grossesse à risque diagnostiquée

Ainsi que le précise l'enquête périnatale 2003 au niveau national, la surveillance par l'équipe responsable de l'accouchement c'est-à-dire les consultations à la maternité où a eu lieu l'accouchement, ou dans le cabinet de médecin qui a fait l'accouchement a subi des changements importants. Le pourcentage des femmes qui n'ont eu aucune consultation par l'équipe d'accouchement a atteint 8,3% et l'on constate que le nombre de femmes qui ont fait suivre leur grossesse entièrement par l'équipe responsable de l'accouchement a diminué nettement en 5 ans (de 44% à 38%).

Les spécialistes en gynécologie obstétrique mettent en cause le comportement des professionnels en ambulatoire qui prennent en charge les femmes enceintes et les orientent trop tardivement :

« Les grossesses sont suivies trop tardivement par le médecin généraliste surtout en ce qui concerne les grossesses potentiellement pathologiques et qui sont mal orientées ou pas assez précocement. »

« Il y a quelques années on suivait les grossesses à partir du 6^{ème} mois et même un peu avant alors que maintenant elles ne commencent à être suivies qu'à partir de la dernière échographie voire plus tard ... »

« Un certain nombre de professionnels se contentent de suivre le protocole officiel comme si cela était suffisant ! »

« Les grossesses mal suivies concernent souvent des migrantes qui ont des difficultés d'accès aux soins mais dans l'ensemble elles sont plutôt bien orientées »

La qualité des connaissances des médecins généralistes en secteur libéral est remise en question par les professionnels de la naissance :

« L'essentiel est d'identifier précocement le risque en prenant en compte ses antécédents. J'ai l'impression qu'aujourd'hui, dans le Loiret, il est très difficile pour les professionnels d'effectuer ce ciblage »

Le suivi tardif de la grossesse voire l'absence de suivi entraîne pour l'enfant un risque accru de prématurité, de petit poids de naissance et de mort périnatale. Les risques sont majorés dans les situations de monoparentalité, chez les mineures, ou les femmes issues de cultures différentes.

Le repérage peut être assuré par des associations comme ATD Quart Monde, La Croix Rouge, Médecins du Monde ou des associations de femmes relais. Il est plus particulièrement effectué par « l'association Parentel » à Orléans.

Les sages-femmes, les assistantes sociales et les infirmières puéricultrices de protection maternelle et infantile des unités territoriales, lors de réunions autour des avis de grossesse et de déclarations tardives peuvent signaler les grossesses non ou mal suivies repérées localement.

Concernant l'offre proposée en protection maternelle et infantile, les professionnels expriment que :

« Il y a une absolue nécessité de pallier à certains manques dans des secteurs défavorisés et d'augmenter le nombre de sages-femmes et de faire évoluer leur travail vers des activités plus médicales et moins médico-sociales».

Les associations et la PMI peuvent mener des actions pour informer les femmes sur l'utilité et la possibilité d'un suivi gratuit des grossesses pour toute femme quel que soit son statut.

Grâce à la mise en place de réunions ouvertes à toutes les femmes enceintes sur l'unité territoriale d'Orléans, la sage-femme de PMI a fait des constats intéressants :

« l'organisation de réunions pour toutes les femmes enceintes m'a permis de constater que les femmes étrangères sont accompagnées et sont très bien suivies malgré leurs difficultés financières ; celles qui posent le plus de problème sont les populations mouvantes, sans domicile fixe, toxicomaniaques ou alcooliques ...»

Les conditions sociales, économiques et culturelles auxquelles sont confrontées les personnes influent directement sur la façon de recevoir et de s'approprier les messages de prévention. Elles déterminent aussi un accès plus ou moins facile à la prise en charge. Le développement de la précarité sociale d'une part, la complexité et les contraintes de la prévention, du dépistage et des traitements d'autre part, ont accru ce phénomène. Cette situation rend plus vulnérables certaines populations.

Les médecins libéraux et les urgences hospitalières ont aussi un rôle à ce niveau puisqu'ils peuvent favoriser par ce biais l'accès aux droits et aux soins pour les femmes.

[22]

Tous les efforts de prévention et de prise en charge doivent intégrer cette dimension essentielle, une femme sera d'autant mieux suivie que le repérage sera précoce.

D) L'information insuffisante des professionnels sur l'existence du réseau de soins périnataux

A l'initiative de la CRN et sur la demande de l'ARH en janvier 2003, des journées de formations ouvertes aux professionnels libéraux et d'établissements pour diffuser une large information concernant la création du réseau ont été effectuées. Les entretiens auprès des médecins et des sages-femmes ont montré une grande disparité des connaissances sur l'existence même du réseau. Les sages-femmes sont bien informées mais un grand nombre de médecins généralistes en méconnaissent son existence malgré la simplicité d'accès à l'information grâce à Internet.

Des actions doivent donc être menées dans ce sens afin de mieux faire connaître aux femmes et aux professionnels l'existence de ce réseau et donc cette organisation en place qui rassurerait l'ensemble des femmes enceintes. Un document d'information à l'attention des femmes doit être distribué pour informer sur le fonctionnement du réseau et l'éventualité de transferts secondaires en fonction du niveau de risque identifié.

La réflexion sur une diffusion grand public de cette information est particulièrement importante, il faut y associer celle qui doit être transmise par tout professionnel prenant en charge la grossesse. Ainsi, les résultats montrent la nécessité de faire une nouvelle information à l'attention des professionnels dans le cadre de la journée annuelle des réseaux de soins périnataux qui semble ne pas intéresser les médecins généralistes absents de cette manifestation.

E) Des difficultés à effectuer le premier entretien prénatal

Le temps à mobiliser lors du premier entretien est important et les professionnels s'accordent à dire qu'il n'est pas toujours aisé de le donner :

« Un examen médical peut être fait en cinq minutes, mais ce qui est long c'est tout ce qui accompagne cet examen, les explications, lever les angoisses de la femme, les doutes suite à des consultations sur Internet... le problème de la communication est très important »

« Ce qui est compliqué et prend du temps, c'est de faire passer l'information et d'avoir l'adhésion de la patiente... »

« la régularité du suivi dépendra de la qualité de la communication établie et donc du temps qui pourra être alloué à la patiente lors de la consultation ... il faut créer un climat de confiance »

Les médecins font aussi la différence entre un emploi en hospitalier et dans le privé :

« Les consultations hospitalières sont plus techniques, plus pointues sur des problèmes médicalement rares mais il est difficile de trouver la disponibilité de se laisser aller à une consultation plus humaine »

Toutes les sages-femmes interrogées s'accordent à dire que cet entretien du 4^{ème} mois est une opportunité pour les femmes d'être mieux accompagnées et qu'il doit se mettre en place de façon obligatoire pour accompagner toutes les femmes enceintes quelles que soient leur origine socio-économique.

Si l'entretien du 4^{ème} mois n'évoque rien pour certains professionnels en particulier les médecins généralistes, il n'en est pas de même pour les sages-femmes qui en entendent parler depuis longtemps mais disent n'avoir eu aucun moyen alloué pour les effectuer.

Si aujourd'hui une véritable mobilisation régionale donc départementale est en cours pour cette mise en place et que des moyens ont récemment été alloués aux établissements il apparaît nécessaire d'organiser sa mise en place.

F) Le carnet de maternité inutilisé par les professionnels

Toute femme enceinte est pourvue gratuitement, lors du premier examen prénatal, d'un carnet de grossesse. Un arrêté interministériel détermine le modèle et le mode d'utilisation de ce carnet où sont mentionnés obligatoirement les résultats des examens prescrits en application de l'article L. 2122-1 et où sont également notées, au fur et à mesure, toutes les constatations importantes concernant le déroulement de la grossesse et la santé de la future mère.

A l'époque de sa création, le carnet devait être un document d'information et de responsabilisation pour les femmes qui le détenaient et un outil de liaison entre les professionnels médicaux. C'est pour cette raison qu'il contient un dossier médical autocopiant permettant au médecin traitant de garder un exemplaire dans le dossier de la patiente. D'après les professionnels de la naissance et des PMI, ce carnet est peu utilisé car il est redondant avec les autres dossiers médicaux ou certificats qu'ils doivent remplir. En outre, les praticiens s'informatisent de plus en plus et les logiciels de suivi ne correspondent pas au carnet de santé.

Il doit être rempli par le médecin ou la sage-femme qui suit la patiente. Il sert de liaison entre les praticiens amenés à suivre la femme enceinte. Son but est aussi d'informer la femme sur sa grossesse, ses droits, ses devoirs, et sur les différentes aides sociales. Le carnet appartient à la future mère. Celle-ci doit être informée que nul ne peut en exiger la communication et que toute personne appelée, de par sa fonction, à prendre connaissance des renseignements qui y sont inscrits est soumise au secret professionnel. L'arrêté du 16 novembre 1990 relatif au modèle et au mode d'utilisation du carnet de grossesse a défini que : lors de chaque examen médical, le médecin ou la sage-femme

consigne ses constatations et indications sur le carnet de grossesse que la femme enceinte lui présente.

Cette réglementation est ancienne et pourtant le carnet de maternité représente toujours une aide pour les professionnels et une sécurité pour la mère, un bon outil de lien entre les différents professionnels. La sage femme de PMI dira :

« c'est exceptionnel que ce carnet soit utilisé,... les patientes me rapportent des propos très négatifs des praticiens car certaines informations ne sont pas adaptées »

Le carnet de maternité n'est probablement plus l'outil le plus performant dans notre système de santé en évolution :

« Pour en avoir rempli un certain nombre, il n'y a pas assez de place pour porter des observations. Il y a quatre ans, je peux vous assurer que lorsqu'une dame arrivait sans ses examens, si elle avait son carnet on avait tout de suite les éléments utiles »

« Un bon nombre de médecins sont informatisés et adressent leurs constatations à leurs confrères par ce moyen, d'autres pensent que c'est redondant »

Cependant des avis restent critiques en l'absence d'autres solutions à proposer :

« Les mêmes médecins qui ne remplissent pas ce carnet de suivi vont remplir le carnet de l'enfant quelques mois plus tard... »

« En cas de pathologie intercurrente qui nécessite un avis obstétrical, je donne toujours une copie du carnet de suivi au spécialiste mais il n'y a pas de retour d'information »

Le carnet de santé de la maternité joue insuffisamment son rôle éducatif et préventif vis-à-vis des risques liés à certaines consommations toxiques pour le fœtus (alcool, tabac, drogues), aux infections (toxoplasmose, rubéole, listériose, hépatite B, CMV, etc) ainsi qu'à l'environnement social et familial (conditions de travail, trajets longs et fatigants).

G) Le recours de proximité au médecin généraliste

Le bilan de la Commission Régionale de la Naissance de la région Centre signale déjà en 2003 que de plus en plus de femmes enceintes sont suivies jusqu'au septième mois par leur médecin traitant et reconnaît la nécessité pour eux de suivre une formation continue régulière.

Les sages-femmes, si elles étaient plus nombreuses, pourraient être le relais pour le suivi des grossesses physiologiques, près de 80 % des grossesses étant normales, le médecin

généraliste et les sages-femmes pourraient en conséquence avoir un rôle d'éducation pour la santé : allaitement, contraception, nutrition, tabac, etc....Les sages-femmes ont aussi un rôle de prise en charge psychologique des femmes enceintes.

La CRN exprime en 2003 que la situation difficile en terme de personnel médical impose de rationaliser les ressources et d'inventer une vraie conception d'un réseau de proximité en identifiant les ressources existantes dans les bassins d'emploi. Ceci permettrait de repenser le parcours des femmes enceintes en fonction des ressources locales.

Les généralistes interrogés regrettent parfois d'avoir de moins en moins de suivis de grossesse à effectuer : « cela interpelle quand le gynécologue dit à la patiente d'aller voir le généraliste en dehors des visites légales. Il y a un véritable problème de communication !... »

Cependant certains ont fait le choix de ne pas assurer ce suivi :

« J'assure le diagnostic, le premier bilan et la première échographie puis je passe la main au spécialiste car il est plus qualifié... une grossesse peut devenir à risque à tout moment »

2.3.2 Les différents acteurs dans cette prise en charge

A) Un manque flagrant en professionnels pour assurer ce suivi

L'inquiétude croissante devant le problème de la pénurie en matière de démographie médicale est une réalité pour tous :

« Avant je pense que nous étions un peu plus nombreux, nous avons donc plus de facilité à suivre toutes les patientes... quand je me suis installé il y a 15 ans j'avais l'impression que je pouvais suivre toutes les grossesses parce que j'avais de la place..., ce n'est plus le cas »

« Il manque de sages-femmes et d'obstétriciens pour suivre les femmes durant leur grossesse et notamment à l'hôpital »,

« Je fais, en médecine générale, des consultations du 8^{ème} mois car la maternité est surchargée et je remplace aussi les consultations oubliées par les femmes enceintes »

Devant cette situation la prise de conscience des médecins généralistes est essentielle et amène certains professionnels à envisager un travail concerté en périnatalité :

« Je conçois parfaitement une activité partagée entre médecins et sages femmes libérales. Dans moins de 5 à 10 ans, il ne sera plus possible de faire ce suivi en médecine libérale compte tenu de la démographie »

« Je vois fréquemment des femmes pendant leur grossesse et pour d'autres raisons, nous effectuons alors des suivis communs avec d'autres professionnels de la naissance. Cette complémentarité est particulièrement nécessaire »

« Il est regrettable que nous ayons de moins en moins de suivis de grossesses à effectuer »

Cependant tous les médecins généralistes ne sont pas intéressés par le suivi des grossesses, soit parce qu'ils ne se sentent pas compétents. Ils souhaitent rapidement passer la main au spécialiste, regrettant alors la pénurie :

« Les hospitaliers ne prennent pas suffisamment en charge les suivis de grossesse, c'est dommage car je ne crois pas que nous soyons suffisamment formés pour cela »

Des difficultés de communication sont identifiées par les sages femmes dans des secteurs d'activité différents :

« Il m'a été reproché de ne pas faire d'hospitalisation à domicile et de ne pas avoir de monitoring » dit la sage-femme de PMI

« La sage-femme de PMI, je ne l'ai jamais rencontrée sauf lors de nos deux réunions. Le travail n'est pas concerté et c'est vraiment dommage ! »

L'ensemble des professionnels gynécologues obstétriciens et médicaux et généralistes s'accordent à dire que les sages-femmes sont en nombre bien trop insuffisant pour assurer la prise en charge de la femme enceinte, des cours de préparation à l'accouchement y compris l'entretien du 4^{ème} mois en libéral et/ou en secteur hospitalier.

Cette observation doit être pondérée car c'est en mobilisant l'ensemble des acteurs possibles et en coordonnant leurs actions que la prise en charge peut être optimisée.

B) Le rôle très hétérogène des sages-femmes

Les sages-femmes libérales réalisent des consultations prénatales, des préparations à la naissance, des surveillances postnatales et de la rééducation périnéale. Elles participent à la surveillance à domicile des grossesses pathologiques. Certaines accompagnent l'accouchement de leurs patientes, à domicile ou en maternité.

Elles exercent leur métier en cabinet indépendant ou en établissement hospitalier libéral. Selon l'enquête de l'organisation nationale des syndicats de sages-femmes (réalisée en 2000), 30 % des sages-femmes exercent exclusivement en cabinet ou en structure hospitalière, 10 % à domicile exclusivement et 60% en exercice mixte (cabinet et domicile). Dans le Loiret environ 35 sages-femmes exercent en libéral avec de grandes variations géographiques.

Elles souhaitent trouver une juste place pour assurer la prise en charge des grossesses normales et participer à un suivi périnatal cohérent et efficace, en étant intégrées dans les réseaux de soins périnataux. Elles peuvent assurer la surveillance à domicile des grossesses à risque et l'accompagnement du post-partum précoce à domicile.

Les conditions d'exercice du métier en établissement privé sont assez homogènes dans la région. En effet les sages-femmes sont salariées de l'établissement, assurent le plus souvent la prise en charge des hospitalisations et assurent parfois un suivi global périnatal (pré, per et post partum) en collaboration avec des gynécologues obstétriciens dont elles constituent, en quelque sorte les assistantes. Les sages-femmes en clinique privée se sentent dévalorisées, leur fonction médicale étant réduite. La prééminence des médecins les prive de la pratique des accouchements normaux. Parmi leurs vœux, on trouve la demande fréquente d'être considérées comme référents autonomes des grossesses physiologiques et la possibilité de réaliser seules, d'un bout à l'autre, l'accompagnement des accouchements normaux,

L'arrêté du 11 octobre 2004, modifiant la nomenclature générale des actes des sages-femmes est une disposition en faveur de l'amélioration de la prise en charge de la femme dans le cadre des cours de préparation à l'accouchement.

Les sages-femmes libérales sont peu sollicitées dans le processus de suivi de la grossesse :

« Je ne fais quasiment pas de suivi. Les femmes ne sont pas dans ce schéma là, elles ne savent pas ce que l'on fait et nous sommes terriblement méconnues dans le grand public »

« Nous ne pouvons faire les déclarations de grossesse que depuis peu de temps et l'information n'est pas diffusée »

Ces professionnels manifestent leur intérêt pour le métier dans des conditions différentes :

« L'aspect médico-social intéresse beaucoup les sages-femmes, le suivi d'après ce que je connais est difficilement réalisable à la maternité où le rythme de travail ne favorise pas le suivi de la personne »

L'enquête périnatale 2003 souligne cette insuffisance majeure puisque seulement 66% des primipares ont effectué cette préparation et pour les deux tiers d'entre elles dans la maternité où elles ont accouché, 20% d'entre elles déclarent que celle-ci ne leur a pas été proposée.

Les sages-femmes manifestent leur volonté de faire évoluer leur profession et d'être plus responsabilisées dans le système de prise en charge pré natale dans le domaine physiologique.

C) La difficile coordination des professionnels de santé autour de la grossesse

Le Conseil de l'Ordre des sages-femmes considère que le plan périnatalité marque l'arrêt des regroupements des naissances autour de grands plateaux techniques favorisant l'hyper médicalisation et la déshumanisation des conditions de la naissance en France, la nécessité se fait encore plus pressante de travailler avec les sages-femmes et les médecins ambulatoires de façon coordonnée pour répondre aux besoins des femmes.

La présidente de l'ordre des sages-femmes du Loiret exprime d'une part les difficultés en rapport avec la répartition géographique mais aussi les problèmes relationnels entre les corps de métier : « les médecins ne veulent pas de nous, ils ne nous connaissent pas ».

Certains médecins généralistes définissent comme indispensable la collaboration entre la ville et l'hôpital. Le médecin voit parfois revenir la femme enceinte pour le suivi de la grossesse vers lui par manque de place en consultation hospitalière.

Cette délégation de suivi se fait volontiers vers la médecine de ville sans aucune communication ni organisation coordonnée. Si elle est ressentie positivement par certains professionnels car elle restaure la place du médecin de famille dans la société, elle nécessite que les compétences du professionnel soient confirmées dans ce domaine.

Certains médecins spécialistes souhaitent néanmoins accompagner cette prise en charge malgré l'évidente complexité quand la confiance s'est installée :

« Je ne pense pas que les patientes soient toujours obligées de voir un gynécologue spécialiste dans tous les cas et j'ai essayé de faire comprendre à mes correspondants les plus fidèles de m'envoyer une patiente dès la dixième semaine pour débrouiller le terrain s'il y a une pathologie particulière, au sixième mois si vous avez un doute et systématiquement à partir du 7^{ème} mois. A ce moment je prends le relais jusqu'à l'accouchement »

Les spécialistes nous communiquent qu'ils ont fréquemment constaté le manque d'intérêt des généralistes en périnatalité :

« La grossesse est un sujet qui ne passionne pas le généraliste. Il a le protocole à suivre et ensuite l'obstétricien se débrouillera...Cependant avec quelques généralistes il est possible de travailler sans problème autour de la grossesse »

« ... les médecins généralistes et les sages-femmes assurent très peu de suivi, il est souvent difficile de les joindre et de les intégrer dans le cadre du suivi »

L'activité de suivi serait volontiers déléguée aux généralistes par certains spécialistes mais le repérage des professionnels intéressés n'est pas simple : « Je n'ai pas vraiment repéré dans le cadre de mes consultations de médecins qui avaient un recrutement de surveillance de grossesse en nombre plus important que d'autres. Ce suivi est souvent assuré ponctuellement. »

Nous pouvons aussi nous poser la question différemment, car les généralistes peuvent être intéressés par ce suivi et par la formation mais il n'est pas certain qu'ils soient identifiés par les femmes et c'est peut être l'enjeu de l'organisation pour mieux optimiser les ressources.

Nous dégageons un certain consensus face à la possibilité du rôle du médecin généraliste dans le suivi de la grossesse :

« Je crois que c'est particulièrement important pour la patiente d'avoir un médecin généraliste en qui elle a confiance, en plus il a véritablement un rôle en proximité »

« Il s'agit d'un travail de partenariat, la plupart du temps, les obstétriciens sont débordés. Pour ma part je suis beaucoup de grossesses, plus de 5 par mois... »

« La prise en charge par un généraliste serait une bonne chose mais il faut qu'il soit bien formé car si la femme va le voir et qu'il n'y a pas de réel suivi derrière, ce serait dangereux ! »

Les difficultés rapportées concernent plus souvent des personnes qui ont des difficultés socio économiques :

« Il faut suffisamment de personnes qui assurent le suivi, c'est un gros investissement de notre part, il faut créer des réseaux d'orientation vers une prise en charge. Une femme moyenne qui a peu d'argent, a des difficultés à se faire suivre correctement. »

« La situation risque de s'aggraver si on ne prend pas le temps de se poser ensemble, tous les professionnels qui entourent la naissance pour faire un état des lieux. Il faut essayer de mutualiser nos compétences »

Une crise existe dans le secteur des soins de santé. En envisageant l'analyse de la charge de travail des gynécologues, on peut mettre en évidence quelques moyens de régulation. Partant de ces données, et de recherches sur l'erreur, on voit qu'il est urgent de s'intéresser de près aux conditions de travail dans le secteur des soins de santé et qu'il est impératif d'avoir une approche globale de la problématique. De là, on pourra apporter une solution mieux adaptée à notre société. L'aménagement du temps de travail et la réorganisation des consultations prénatales sont une des solutions pour accroître la qualité de la périnatalité. [45]

De l'avis des sages-femmes : « nous ne sommes pas à égalité avec le médecin et le couple médecin – sage-femme devrait bien fonctionner car les apports sont complémentaires » mais « le médecin adresse peu la femme à la sage femme car le médecin compétent aime suivre les grossesses. C'est compréhensible car c'est très agréable, la femme n'est pas a priori malade... »

Alors que les médecins généralistes constatent et s'interrogent sur l'absence de prise en charge des grossesses par les sages-femmes en secteur libéral, les gynécologues obstétriciens restent prudents devant le manque de collaboration effective hors service de maternité, entre libéraux et hospitaliers :

« Très peu de sages femmes assurent des suivis de grossesses »

« La question est de savoir pourquoi les sages-femmes ne sont pas intégrées au circuit de la prise en charge ? Leur compétence n'est pas exploitée de façon optimale ! »

« Les sages-femmes sont très désireuses de faire des consultations mais cela s'arrête très vite, elles appellent au secours ... et ont peur de basculer dans la pathologie »

La difficulté relationnelle entre la sage-femme libérale et le médecin peut être un frein à une organisation concertée et complémentaire :

« Quand un médecin a vu la femme pour une déclaration de grossesse, elle retourne le voir et nous sommes squeezées ... » dira la sage-femme

Les professionnels de la protection maternelle et infantile se plaignent du manque de lien et de relation avec les autres professionnels de la naissance ce qui ne permet pas d'assurer un travail de qualité auprès de la femme :

« J'aimerais avoir d'avantage de liens avec l'hôpital mais je travaille surtout avec le service social. J'ai du mal à avoir des relations avec les sages femmes hospitalières et les obstétriciens »

Au travers des inquiétudes et des observations de chaque acteur, nous percevons l'intérêt d'un grand nombre pour s'impliquer dans la prise en charge périnatale. Ils ressentent le besoin d'une formation leur permettant d'accéder rapidement aux informations nécessaires à la bonne prise en charge des patientes.

D) L'inquiétude des professionnels sur l'organisation du suivi

De nombreux propos traduisent le souci des professionnels qui sont conscients des défauts de cette organisation :

« L'organisation de la prise en charge n'est pas clair et je ne sais pas comment les femmes s'y retrouvent, le spécialiste adresse au généraliste qui est insuffisamment informé et formé dans ce domaine ! »

« Si je fais des suivis c'est parce que l'accueil hospitalier est difficile, ils sont plutôt surchargés et ont des difficultés à donner des rendez-vous... il m'apparaît que le suivi est très bien fait par le médecin généraliste »

« Je n'ai pas d'a priori mais j'aime bien adresser la femme vers le plateau technique le plus performant, mais cela devient difficile compte tenu des délais de rendez-vous. »

« En gynécologie obstétrique, il faudra des formations de plus en plus importantes à l'attention des généralistes car les spécialistes ne peuvent plus assurer ! »

Lors des Etats Généraux de la Naissance en juin 2003, Michel NAIDITCH, maître de conférence à Paris et médecin de santé publique affirmait alors que les dysfonctionnements tenaient « essentiellement à un défaut d'organisation du suivi et de l'accouchement caractérisé par une mauvaise répartition des tâches entre les spécialistes de la pathologie, les obstétriciens et les sages-femmes, spécialistes de la physiologie ». Il constatait aussi « l'utilisation sous optimale de leurs compétences et la privation d'une ressource rare pour les maternités gérant les grossesses à risque » [45]

La considération de ces observations est indispensable pour faire évoluer le système de prise en charge et apporter à la femme une réponse à ses attentes.

E) Les constats d'une inégale répartition

L'étude des démographies médicales au niveau national a déjà souligné la grande problématique de la désertification médicale sur certains départements. De plus le service ADELI de la DRASS recense les professionnels par spécialité et donne ainsi une image de la juste répartition de ceux-ci sur le département.

La répartition géographique des sages-femmes telles qu'elle est constatée dans le Loiret pourrait traduire une volonté de ne pas trop s'éloigner du plateau technique, soit par ambition d'y accéder un jour plus facilement pour assurer la continuité du suivi de leurs patiente, soit par anxiété d'être trop éloignée de ce plateau qui représente un lieu rassurant pour les femmes et pour les professionnels qui exercent en ambulatoire.

Les sages-femmes libérales ne se sont pas trop exprimées sur le choix de leur lieu d'installation qui est parfois ancien dans un contexte social et démographique très différent, motivé soit par une opportunité d'installation, soit par un rapprochement familial.

2.3.3 Les attentes des professionnels en matière d'information et de formation

L'ensemble des généralistes convient que la formation est indispensable et nombre d'entre eux consultent Internet ou les journaux médicaux ou assistent à des formations médicales continues. Ils reconnaissent l'intérêt de formations ciblées sur des thématiques spécifiques où peuvent se rendre les professionnels intéressés.

Le plus grand nombre dit être favorable à assister à une formation spécifique sur le suivi de la grossesse.

Certains expliquent que leur cursus médical n'intégrait pas ce domaine ou que ce choix n'était pas obligatoire. D'autres, ayant ressenti un besoin ont participé à une formation

déjà organisée par l' Union Nationale des Associations de Formation Médicale Continue au niveau régional.

De façon générale, l'éloignement des lieux de formation représente une gêne majeure pour les professionnels qui reconnaissent néanmoins l'intérêt de se retrouver sur un lieu d'échanges favorisant une meilleure connaissance et compréhension de l'ensemble des maillons de l'organisation. Ceci pose le problème de l'insuffisance en lieux de formation.

Le plan périnatal 2005-2007 a fixé dans ses orientations une préconisation de formation « Suivi d'une femme enceinte par un médecin généraliste ».

La présidente du conseil de l'ordre des sages-femmes reconnaît que les professionnels souffrent d'un manque de formation afin de réactualiser les connaissances en fonction de l'évolution. Elle la considère comme nécessaire pour les médecins généralistes et les sages-femmes.

2.3.4 Les attentes des professionnels à l'égard du médecin inspecteur de santé publique

Les attentes des professionnels concernent en particulier une demande d'aide aux services de l'état pour coordonner mieux les actions entre hôpital et PMI. Ce qui serait souhaitable c'est de créer une véritable dynamique institutionnelle.

Les professionnels hospitaliers ont une attente définie : « même si vous ne faites rien pour le réseau, le fait même d'organiser une réunion de démarrage, les gens vont venir.

Les professionnels veulent se sentir parrainés !... »

Les sages-femmes libérales souhaitent être mieux connues des usagers. La sage-femme est essentiellement connue en salle de travail. Il est demandé au médecin inspecteur de favoriser la valorisation des sages-femmes.

Des médecins attendent des services un protocole de prise en charge qui pourrait inclure l'orientation vers la sage-femme au moins après le troisième trimestre pour s'assurer du bon relais de la prise en charge des femmes.

Les attentes sont aussi largement axées sur la communication à améliorer autant au niveau inter professionnel qu'à l'attention du grand public.

2.4 Les réflexions sur les méthodes et les limites de l'étude

A) Réflexions de méthode

La disponibilité des professionnels pour répondre aux entretiens a été généralement assez importante et n'a pas représenté une difficulté majeure dans ce travail.

Cependant il a fallu rester relativement souple dans le mode d'interrogation des professionnels ce qui nous a imposé de faire selon les situations des entretiens

téléphoniques ou sur rendez-vous. Pour autant les informations recueillies restent riches et intéressantes.

Quant au choix des acteurs interrogés, ceux-ci ne peuvent pas être totalement représentatifs de l'ensemble de la profession d'autant que l'avis qu'ils émettent est en lien avec leur lieu d'installation, la population qu'ils soignent, et leurs habitudes ou préférences professionnelles pour des champs spécifiques. La périnatalité n'en fait pas toujours partie.

B) Les limites de mon travail

Le choix des femmes en matière de suivi est assez imprévisible et il est indispensable d'envisager de compléter cette étude avec un regard centré sur les femmes afin d'identifier mieux la trajectoire pour avoir une plus grande objectivité sur la réponse aux besoins. L'avis modeste qui a été pris auprès de quelques femmes permet de nous donner une idée sur leurs choix, leurs inquiétudes, et les dysfonctionnements qu'elles vivent. Il est probable que l'information qu'elles reçoivent est assez inégale suivant leur lieu de domicile mais cet aspect du problème justifierait d'une étude plus approfondie.

Le médecin généraliste est probablement le plus fidèle représentant de la santé de ses patients et donne une vision relativement juste de leurs attentes en matière de suivi de la grossesse.

Par ailleurs le temps qui nous a été alloué pour effectuer cette étude s'avère insuffisant pour une exploration plus détaillée de cette prise en charge.

La notion du risque étant encore à ce jour mal définie, l'attente d'un référentiel sur ce thème ne permet pas de donner l'assurance de la meilleure identification possible de celui-ci aujourd'hui.

2.5 Discussion sur les résultats

2.5.1 La valeur relative des données statistiques et épidémiologiques

Le souci de mieux répartir l'offre sur le territoire et d'assurer à tous un accès aux soins plaide en faveur de la proximité. Dans ce contexte il est indispensable de disposer d'informations concernant l'état de santé à la naissance des mères et des enfants et de connaître leurs besoins afin de planifier l'offre de soins. Le certificat de santé à la naissance est un outil épidémiologique dont c'est la fonction première.

Ce travail n'a pu se faire que grâce à un certain nombre d'observations et d'exploitations statistiques (ADELI, DRASS, ORS). Les données révélant un suivi insuffisant de la grossesse n'ont de valeur que confrontés à d'autres paramètres : géographique, population, zone d'attractivité départementale, difficultés de ressources en personnels

médical et, médico-social, libéral et hospitalier, et prise en compte des modes relationnels établis au niveau institutionnel, inter établissements ou ville – hôpital et individuels.

L'exemple des chiffres départementaux montre bien que la principale difficulté de la prise en charge se situe à Orléans aujourd'hui et dans son environnement mais l'analyse de l'ensemble des paramètres fait émerger aussi des difficultés importantes sur le site de Montargis.

2.5.2 La difficulté d'anticiper sur le choix du lieu de suivi de grossesse de la femme

L'enquête nationale périnatale 2003 révèle que les femmes choisissent la maternité d'accouchement en priorité pour la proximité (36,8%) et ensuite parce qu'elles connaissent un professionnel médecin ou sage-femme (23,9%) ou pour la qualité de l'accompagnement. Cette enquête nous apporte donc une information importante sur leurs critères de choix. La relation de confiance est un facteur décisionnel de poids dans cette prise en charge et amènera la femme à aller se faire suivre et accoucher sans prise en considération du risque majoré lié à la distance.

La conviction des femmes en fonction de leur niveau d'information et du milieu socio-économique est variable.

L'information « grand public » qui est faite et la technicisation de la grossesse générant une crainte permanente chez la femme d'accoucher dans un plateau technique de niveau insuffisant sont des facteurs d'incertitude.

Le libre choix doit indiscutablement être respecté mais le professionnel doit pouvoir garder le libre arbitre, informer et convaincre la femme d'accoucher sur un plateau technique en rapport avec le niveau de risque de sa grossesse et la proximité de l'établissement en fonction de son lieu de domicile.

2.5.3 Les limites liées à la libre installation des professionnels

Afin d'offrir aux femmes une réponse à un besoin de proximité il apparaît nécessaire de réfléchir avec l'ensemble des professionnels de santé, aux conditions d'installation des sages-femmes sur le département du Loiret compte tenu de l'hétérogénéité de la répartition. Une politique de recrutement local initiée par les municipalités et offrant des conditions favorables à de jeunes professionnels pourrait améliorer l'offre ambulatoire.

L'augmentation des coûts de prise en charge des grossesses en cas de mauvais suivi et l'augmentation vertigineuse des coûts de prise en charge des nouveaux nés avec la diminution de l'âge gestationnel sont corrélées au mauvais suivi de la grossesse.

Ces mesures peuvent avoir un impact économique important et constituent un réel enjeu de santé publique.

2.5.4 L'intérêt d'optimiser l'organisation du suivi au regard du SROS

Ce travail d'enquête auprès des professionnels permet d'intégrer la notion de la prise en charge de proximité dans les réflexions et répond à la nécessité d'une optimisation de l'organisation au regard du SROS.

3 UNE ORGANISATION DE PROXIMITE POUR AMELIORER LA PRISE EN CHARGE

Une nouvelle politique périnatale visant à répondre au malaise des professionnels et des représentants des usagers repose sur une prise en charge différenciée entre le bas risque et le haut risque périnatal.

Les propositions pour améliorer les résultats en terme de santé découlent de cette analyse. Il s'agit de mettre en place une organisation de la prise en charge des femmes enceintes, plus centrée sur les femmes et non sur les structures. Il faut promouvoir les pratiques coopératives de soins en amont et en aval de l'accouchement.

L'amélioration des soins de première ligne comprenant notamment le repérage et la gestion du risque au début et au cours de la grossesse, ainsi que leur articulation avec les soins doivent devenir dès lors un objectif principal en terme d'action et de planification.

Il est indispensable d'organiser les conditions d'un suivi pré- et post natal proche du domicile des parents tout en veillant à la complémentarité et la coordination entre les différents acteurs quel que soit leur lieu d'exercice, dans le cadre de réseaux de périnatalité et en prenant en considération les grandes orientations du plan périnatal définissant la notion de proximité.

3.1 Proposition

Il est particulièrement difficile de trouver une organisation qui puisse satisfaire à l'ensemble des femmes et des professionnels. C'est la raison pour laquelle tout est centré sur la qualité de ce suivi et sur la bonne prise en charge des femmes tout en respectant leur choix.

Les propositions sont faites en s'appuyant sur des fonctionnements existants et en réfléchissant à une meilleure régulation de l'offre permettant d'en tirer des conséquences en terme d'organisation.

3.1.1 Favoriser l'accès a une offre de soins au plus proche du domicile

A) **Maintenir l'offre de soins dans le respect du choix de la patiente**

Le respect du libre choix de la patiente :

Les comportements sont très différents selon les groupes sociaux, les femmes appartenant à des milieux défavorisés vont plutôt vers leur généraliste et non vers une consultation spécialisée d'emblée.

Il est nécessaire que les femmes enceintes (et leur partenaire) soient informés de l'offre de soins dans la zone où elles vivent et qu'elles aient un rôle actif dans le choix de leur filière de soins, du lieu de leur accouchement et de l'organisation du post-partum. Un choix n'est réellement libre que s'il est éclairé.

La technicisation de la grossesse est souvent génératrice d'angoisse. La faible prise en considération des attentes de la femme (demande d'explications, écoute de ses propres problèmes et pas uniquement ceux relatifs au devenir de l'enfant) peut avoir des conséquences imprévisibles pour elle ou son nouveau-né.

Souplesse du système de soins en fonction des ressources locales :

Le Code de déontologie médicale et le raisonnement économique s'entendent pour rechercher l'efficacité et l'équité des actions de santé, c'est-à-dire l'amélioration des états de santé pour le plus grand nombre, en tenant compte des moyens disponibles.

Les disparités dans la répartition géographique de l'offre de soins périnataux se sont plus construites sur les dynamiques de croissance des hôpitaux que sur les besoins réels de la population. [29]

Les décrets de périnatalité de 1998 ont déterminé les limites sécuritaires et économiques de l'activité périnatale et ont conduit inéluctablement à des fermetures de nombreux sites de proximité. Si le département du Loiret reste encore protégé de ces fermetures, cette situation justifie de se préoccuper de la meilleure prise en charge possible pour les femmes.

La sécurité de la grossesse ne réside évidemment pas dans le recours systématique aux technologies mais dans les capacités de souplesse des organisations. [45]

L'installation même des professionnels libéraux est souvent liée à l'existence ou non d'une structure de soins peu éloignée assurant la prise en charge des patientes en cas d'urgence.

Cette réflexion a une importance considérable en ce qui concerne les populations certes moins importantes mais éloignées d'une structure de prise en charge de proximité.

Aujourd'hui le médecin généraliste et/ou la sage-femme représentent les professionnels de premier recours les plus sûrs pour la prise en charge de la femme enceinte tout particulièrement en zone rurale en l'absence d'augmentation importante et rapide du nombre d'obstétriciens en formation.

Une approche de la situation concernant les populations vivant dans des communes isolées peut nous aider à envisager l'organisation du suivi de grossesse dans les zones rurales du département du Loiret en prenant en compte les seules structures sanitaires de proximité existantes. [26]

Les zones urbaines souffrent davantage d'un surpeuplement et d'une précarisation plus importante de la population mais l'offre est réellement diversifiée et laisse à la femme un large choix de prise en charge.

B) Définir avec la femme les grands axes de sa prise en charge

a) Améliorer le système d'information des femmes enceintes

Une grossesse réussie nécessite un suivi continu. Dès la déclaration de grossesse effectuée à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), et à la Caisse d'Allocation Familiale (CAF), avant la fin du 3^{ème} mois de la grossesse au moyen d'un imprimé « vous attendez un enfant » remis par le médecin déclarant, un dossier guide de surveillance médicale mère –nourrisson est adressé à la femme dans la semaine suivante. Il précise les examens médicaux obligatoires qui doivent être effectués mais aussi les conditions de leur prise en charge. Pour tout assuré ou ayant droit, la femme bénéficie d'une prise en charge à 100% des frais médicaux et d'hospitalisation.

Ce système, pour rassurant qu'il soit, ne permet pas d'expliquer le décalage avec les observations de l'enquête périnatale 2003 : « en début de grossesse, 2,7% des femmes n'avaient pas de couverture sociale et dénoncent la nécessité de déboursier de l'argent pour les soins et des dépenses non remboursées dans certains lieux de surveillance : frein à l'utilisation des services de santé. En 2003, 2,3% des femmes ont dit avoir renoncé à des consultations ou des examens pour des raisons financières » [40]

Ce problème serait probablement minoré si une prise en charge de proximité par la sage-femme ou le médecin généraliste selon les ressources existantes pouvait être envisagé dans des conditions optimales de sécurité.

Le plan périnatalité a préconisé de renforcer le dispositif des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) pour répondre aux besoins des femmes en situation de précarité par la création de nouvelles PASS dans les zones déficitaires ou le renforcement de PASS existantes en fonction des besoins et des contextes déterminés dans les PRAPS et les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS). Il s'agit dans tous les cas de mettre en œuvre des modalités d'intervention diversifiées en activant les réseaux de

santé et sociaux dans des partenariats adaptés et novateurs : PASS mobiles, postes mutualisés, conventions avec les acteurs de soins de ville.

Il faut diffuser l'information au plus près de la femme dans les lieux qu'elle fréquente régulièrement et où elle pourra en prendre connaissances mais aussi au grand public qui représente le meilleur média pour informer. L'éclairage quant au possible suivi par son médecin traitant dans un système de soins organisé pour une prise en charge continue peut s'avérer rassurante pour la femme enceinte en plus grande difficulté.

La mise en place d'un programme de sensibilisation aux enjeux d'un accompagnement approprié des futurs parents et des parents est nécessairement à envisager.

b) Favoriser la mise en place du projet personnalisé de grossesse initié par les professionnels

Le médecin n'est pas obligatoirement l'acteur unique du suivi mais il est incontournable si il y a le moindre questionnement ou doute pour prescrire des examens complémentaires non autorisés à la sage femme qui doit assurer le suivi normal : un partenariat binômé conseillé qui rassure la femme enceinte : 'sage femme – médecin généraliste' permettant le suivi de grossesses physiologiques et un travail d'équipe pour le bien être de la femme. Un avis concerté en cas de doute. Le médecin pourra ainsi réactualiser des connaissances d'obstétrique et apporter son éclairage médical et la sage femme se rassurer d'être accompagnée médicalement dans cette démarche de prise en charge. Les informations concernant la femme pourront alors être partagées par les professionnels avec l'accord implicite de la femme enceinte.

Si le respect du choix de la patiente doit être assuré, il est néanmoins nécessaire de définir avec elle une personne « référente » dans le groupe de professionnels assurant le suivi afin de faciliter la coordination, et l'organisation des soins et leur articulation avec le secteur social et les réseaux d'aide et de soutien. [20]

Le définition du projet, c'est l'occasion pour la femme de définir un système d'orientation précis afin que la femme puisse être soignée sans retard par l'équipe de spécialistes compétents, une fois ses besoins et/ou ses problèmes de santé identifiés.

Ainsi cet accompagnement privilégié tend à favoriser la complémentarité des différents acteurs dont la continuité est indispensable pour améliorer la sécurité de la mère et de l'enfant et éviter des problèmes survenant dans le post-partum.

Il permet aussi d'établir les conditions de la transmission interprofessionnelle des informations en prenant en compte les souhaits de la femme et du couple.

c) Favoriser la mise en place de l'entretien du 4^{ème} mois

L'entretien du quatrième mois de grossesse devrait être conduit par une sage-femme or la mauvaise répartition des sages-femmes libérales et leur faible nombre sur certaines zones géographiques soulèvent des questions. Cet entretien nécessite à court terme la création de 545 postes de sages-femmes en France.

Le bilan de la CRN fait depuis sa création en 1999 met en évidence la difficulté d'une mise en place concrète de l'entretien du 4^{ème} mois du fait du faible effectif de sages-femmes dans la région Centre. En conséquence une augmentation de la promotion de sages-femmes a été envisagée en 2003 de 18 à 35 par an mais la formation est d'une durée de 4 ans et il faudra attendre 2007 pour percevoir cette sensible augmentation.

Dans le cadre du plan périnatalité un budget fléché en temps de sage-femme a été alloué dès 2005 aux établissements pour la mise en place de cet entretien dans les maternités. Pour le secteur libéral, les actes sont pris en charge à 100% par la sécurité sociale. L'élaboration d'un cahier des charges régional sera rendu nécessaire et devra s'appliquer à chacun des départements.

3.1.2 Un accès au suivi par un professionnel formé pour toute femme enceinte

A) Définir de façon plus précise les limites et les conditions de la prise en charge des femmes en concertation avec les professionnels

Le défi des années à venir est d'améliorer les soins dans des situations à très haut risque, sans entraîner d'effet négatif dans les groupes de femmes à bas risque. Ceci est particulièrement important à prendre en compte alors que se discute une réorganisation des prises en charge. [22]

L'étude menée par la société française des médecins généralistes des Vosges en 1997 montre que ceux-ci apprécient correctement le risque lié à la grossesse. Cette appréciation n'est pas partagée par l'ensemble de la communauté des professionnels interrogés qui estiment qu'une formation complémentaire volontaire devrait être proposée à leur intention. Cet avis est confirmé dans les études menées par la Haute Autorité de Santé Publique. [20, 21, 27].

L'évaluation de cette situation prendra donc toute son importance dans les années à venir et permettra éventuellement de remettre en cause des décisions.

Les professionnels de la naissance doivent modifier leurs pratiques, non pas en les démedicalisant, mais en abandonnant des techniques non indispensables pour la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement normal. Ces techniques peuvent avoir, dans ces circonstances, des effets iatrogènes ; elles peuvent en tous cas éloigner la future mère de la notion du caractère physiologique et naturel de la grossesse et de la

naissance. Il faut souligner l'importance d'un suivi personnalisé, privilégiant la continuité, l'idéal étant un suivi allant de la déclaration de grossesse à l'issue de l'allaitement.

B) Valoriser les professionnels compétents en périnatalité

a) Des professionnels libéraux complémentaires : sage-femme et médecin généraliste

L'enquête nationale périnatale 2003 précise que «les sages-femmes sont assez peu impliquées dans la surveillance prénatale ; le pourcentage de femmes ayant eu au moins une consultation par une sage-femme est beaucoup plus faible (27 %) que le pourcentage de femmes ayant été accouchées par une sage-femme (47 %). Nous n'avons pas de recul pour savoir comment le rôle des généralistes et des sages-femmes a évolué récemment, à la suite des manques de gynécologues – obstétriciens et de sages-femmes et des difficultés à maintenir des consultations prénatales pour toute la grossesse dans les maternités publiques. Le rôle respectif des différents professionnels pendant la grossesse aurait besoin d'être surveillé dans l'avenir pour savoir comment se fait l'adaptation aux pénuries de professionnels. »

La place de la sage-femme

La loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique précise dans son article 101 que «La déclaration de grossesse peut être effectuée par une sage-femme. Lorsque, à l'issue du premier examen prénatal, la sage-femme constate une situation ou des antécédents pathologiques, elle adresse la femme enceinte à un médecin. »

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) s'appuient sur la littérature et confirment la nécessité du suivi des femmes par un groupe restreint de professionnels avec qui la femme enceinte se sent en confiance.

Le décret n°91-779 du 8 août 1991 portant code de déontologie des sages femmes modifié par le décret n°95-503 du 21 mai 1997 précise dans son article 7 que « la sage femme ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit ». En conséquence une ouverture des sages-femmes au plateau technique pourrait être une solution envisageable sous réserve d'un accord préalable écrit avec l'établissement.

Une convention nationale des sages femmes a été signée par arrêté du 29 décembre 1999, entre d'une part la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et Maternité des Travailleurs Non Salariés des professions Non

Agricoles et, d'autre part, l'Organisation Nationale des Syndicats de Sages-femmes, ainsi que l'Union Nationale des Syndicats de Sages-femmes françaises.

En effet, conscientes des besoins de la population en matière de soins obstétricaux, les parties signataires se sont proposées, dans la nouvelle convention nationale, de poursuivre les objectifs suivants :

- garantir à tous les assurés sociaux l'accès à des soins de qualité
- garantir à tous les assurés sociaux un remboursement satisfaisant des soins exécutés par les sages-femmes
- respecter le libre choix du praticien par le patient
- maintenir l'exercice libéral de la profession de sage-femme.

La profession de sage-femme a été, parmi les prestataires de soins la première à être soumise à des quotas. En 1972, un décret fixait un nombre minimal obligatoire de sages-femmes par nombre de lits. Depuis, la profession ne connaît qu'une faible expansion, puisque entre 1974 et 1995, son effectif n'a augmenté que de 5%. Cette augmentation progressive se poursuit depuis 1990.

Les sages-femmes pratiquent essentiellement dans le secteur hospitalier où elles assistent le gynécologue obstétricien et en sont les collaboratrices les plus efficaces. Leur effectif augmente progressivement malgré la réduction du nombre de naissances en France. « Les sages-femmes déclarent ne pas pouvoir remplir pleinement leur mission d'accompagnement global des femmes enceintes depuis le début de grossesse jusqu'à l'accouchement et souhaitent retrouver une place dans la gestion des grossesses physiologiques en toute responsabilité. »

La formation est soumise à un concours d'entrée dans une école spécialisée rattachée à une faculté de médecine. Après admission au concours, les études durent quatre ans. Les sages-femmes peuvent « surveiller et établir un traitement sous leur seule responsabilité tant que la grossesse reste physiologique. En tant que prestataire de soins, la sage-femme a un droit de diagnostic et de prescription (sérologies, examens obligatoires, certains médicaments autorisés) en rapport avec la grossesse, l'accouchement et les suites de couches (pour la femme et l'enfant) s'ils sont normaux » [20,21].

Le plan périnatalité remet les sages-femmes au cœur du dispositif et leur redonne la possibilité de prendre en charge une grossesse normale. Néanmoins, « une seule sage-femme ne peut suivre la mère pendant toute la période de la grossesse au post partum », c'est la raison pour laquelle l'ensemble de la communauté périnatale doit trouver des solutions afin d'assurer une prise en charge de proximité en toute sécurité.

Les sages-femmes souhaitent une reconnaissance de leur profession et de leurs compétences et s'expriment pour une meilleure qualité de la prise en charge en périnatalité plus humaine et moins technicisée. Les professionnels évoluent avec leur passé, leur culture, leur mode de vie et il est particulièrement difficile pour la sage-femme de trouver sa place actuellement tant au niveau du secteur hospitalier dans le cadre de l'organisation existante qu'au niveau du secteur libéral. [45]

La présidente du Conseil de l'Ordre des sages femmes insiste sur le fait que ce dernier n'a pas joué son rôle depuis 30 ans. Actuellement on vit une pénurie non conjoncturelle mais culturelle, la sage-femme fuit la titularisation. Les transferts de compétence s'organisent au détriment de la relation mère enfant. Elle s'interroge sur la justification de la création d'un diplôme universitaire de gynécologie obstétrique pour les médecins généralistes.

Elle précise cependant que l'étude de la démographie est très importante et qu'il est justifié de faire une analyse fine de l'existence des professionnels sur les territoires.

Les limites à cette organisation tiennent bien évidemment à l'existence ou non de sages-femmes disponibles en libéral ou en hospitalier pour assurer cette mission.

Une inquiétude est aussi transmise quant à la diminution des lieux de consultations prénatales induisant alors une augmentation des urgences reçues par les sages femmes. De plus au niveau national 400 sages-femmes appartenant à la tranche des 24 à 40 ans, ont disparu de l'hôpital l'an dernier. La présidente précise donc que les sages femmes deviennent les acteurs majeurs des principes d'évolution et d'humanité.

Le recours logique dans ce contexte est bien évidemment représenté par les sages-femmes dont la technicité et l'implication sont des notions d'évidence. Mais on sait que cette solution, pour satisfaisante qu'elle soit, peut se limiter à des problèmes de responsabilité que l'avenir verra constamment se multiplier.

La proposition du Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) d'expérimenter des « maisons de naissance » sous réserve d'un fonctionnement en contiguïté immédiate avec une maternité médicalisée garantissant la sécurité, témoigne d'une volonté de ceux-ci de laisser aux sages-femmes le rôle de la prise en charge de la grossesse physiologique.

La place du médecin généraliste

Parmi les personnes consultées pendant la grossesse, le généraliste est impliqué surtout pour la déclaration de la grossesse. Il joue donc un rôle pour l'orientation de la femme et le diagnostic prénatal. Sa volonté d'effectuer le suivi dépend de sa compétence et de sa formation afin d'assurer l'orientation adaptée au niveau de risque.

Les consultations effectuées pour les femmes enceintes par les généralistes constituent une part succincte de l'activité de ceux-ci. Ils assurent relativement peu de consultations prénatales et de suivi. Les affections intercurrentes sont la source des difficultés rencontrées dans l'exercice et particulièrement les médicaments utilisables dans ce contexte. Ces consultations intercurrentes sont souvent motivées par un ensemble de troubles auxquels sont particulièrement attentives les femmes enceintes. Les questions médico-sociales sont rarement abordées.

La déclaration de la grossesse par le médecin généraliste est un bon critère de prédiction d'un suivi ultérieur de celle-ci par le déclarant, sentiment d'un parcours « d'accroche » vers le suivi de la grossesse. [27] Le médecin généraliste peut jouer un rôle primordial dans l'orientation pré-conceptionnelle qui doit être donnée à l'occasion de diverses consultations. Sa consultation doit permettre de repérer les femmes en cas d'arrêt envisagé de contraception ou d'un désir exprimé de grossesse. Une information spécifique doit donc être faite, associée à une vérification des résultats des sérologies infectieuses de référence. D'éventuelles modifications du mode de vie peuvent être suggérées à la femme ainsi que la préconisation d'une supplémentation en acide folique.

L'évaluation des facteurs de risques pour la grossesse peut permettre d'orienter la femme dans ces choix et peut favoriser une prise en charge adaptée de sa future grossesse.

La politique d'évaluation des pratiques professionnelles qui a débuté en 2001 – 2002 prend de l'essor. Ce processus est désormais rendu obligatoire par la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. L'article L. 4133-1-1 du code de santé publique précise que l'évaluation individuelle de celles-ci constitue une obligation pour les médecins exerçant à titre libéral, les médecins salariés non hospitaliers.

Devant la volonté constante des médecins de délivrer des soins de qualité, la formation secondaire concernant les professionnels installés devrait s'orienter d'une part vers l'aspect « technique » médical et d'autre part « environnementale » social et le partage d'informations pour la prise en charge des problèmes suscités par la grossesse.

C'est une véritable révolution culturelle qui consiste à replacer l'intérêt de la femme et de l'enfant au sein d'un réseau de soignants qui ont une tâche à accomplir dont ils doivent rendre compte. Le processus de réorganisation de la prise en charge ne peut s'envisager sans intégrer les généralistes à la réflexion de par l'intérêt manifesté par un certain nombre d'entre eux, la forte composante de responsabilité ressentie par les praticiens et le besoin que nous avons d'exploiter les ressources existantes. Une enquête d'évaluation devra être envisagée afin d'évaluer le nombre et la gravité des complications suivant le professionnel qui a assuré le suivi pour en cerner les causes et tenter d'y remédier.

La prise en compte de l'organisation et des filières de soins a pour objectif de mieux maîtriser les dépenses de santé, ce réseau de soins vise aussi à coordonner tous les acteurs impliqués dans la prise en charge d'une pathologie. Le médecin traitant c'est le médecin de famille, le médecin connaît le mieux la patiente. Il sera donc le mieux placé pour conseiller et /ou d'orienter, si besoin est, vers un médecin spécialiste, un praticien hospitalier voire un généraliste s'il ne l'est pas lui-même.

Cependant en ce qui concerne le suivi de la grossesse, les gynécologues (médicaux et obstétricaux) pourront être consultés directement sans que le patient ait été préalablement orienté par son médecin traitant.

Le rôle du médecin généraliste minimal est celui de l'orientation soit vers la sage femme libérale ou hospitalière qui assure le suivi, soit vers le gynécologue obstétricien en fonction du risque identifié. L'entretien du 4^{ème} mois reste un préalable indispensable dans la prise en charge mais la sage-femme semble la mieux positionnée pour l'effectuer.

La coordination des acteurs

Les études menées par certains auteurs montrent que l'on peut prédire de façon satisfaisante, pour une population donnée de femmes enceintes dont on connaît les facteurs de risque, le nombre et la nature des pathologies et, donc, l'offre de soins en périnatalité. [50] Cet avis n'est cependant pas partagé par tous et d'autres s'inquiètent des difficultés de trouver les limites entre le haut et le bas risque.

Les réseaux «ville – hôpital » sont le fondement d'une prise en charge efficace des grossesses à risques, en amont de leur orientation vers les structures hospitalières publiques ou privées. Il s'agit concrètement d'établir la juste place du médecin traitant dans la généralisation du dépistage. La question que l'on peut se poser concerne l'intérêt qu'il pourrait trouver dans une accréditation réseau.

Identifier les médecins qui assurent déjà des suivis de grossesse et qui souhaiteraient s'investir plus dans ce domaine est un moyen permettant de mieux amener ces professionnels à des formations complémentaires et à une information spécifique concernant le fonctionnement du réseau de soins périnataux régional.

La surveillance de la grossesse est donc une surveillance partagée où chaque acteur devrait assumer pleinement son rôle dans le cadre de ses compétences car chaque acte ou non acte engage la responsabilité de celui qui le produit ou ne le produit pas. Si l'un des acteurs fait défaut tout le système du réseau est amené à dysfonctionner. [44]

b) Valoriser le rôle incontournable du gynécologue obstétricien

La charge de travail des spécialistes doit être prise en compte et des moyens de régulation doivent être envisagés en fonction des situations locales. L'aménagement du temps de travail et la réorganisation des consultations pré natales sont une des solutions permettant d'accroître la qualité de la périnatalité. L'expertise des professionnels dans ce domaine est incontournable.

L'enquête périnatale 2003 souligne la forte augmentation du taux de césarienne et plus spécifiquement avant travail et chez les primipares. [40, 41]

L'évolution actuelle de la relation médecin – patient s'engage vers un processus d'échanges où la patiente devient un acteur essentiel du choix, une fois entièrement informée par l'obstétricien. Cette constatation ne doit pas conduire à respecter sans discussion certains choix irrationnels (sans preuve de bénéfice). La demande de césarienne « pour convenance personnelle » n'est en effet souvent que l'expression implicite d'une peur de l'accouchement. L'acceptation devrait avoir été précédée, outre le devoir d'information, d'un effort de compréhension de la demande, puis d'orientation du choix, voire de persuasion.

Si des échanges entre médecin et patient débutés le plus tôt possible au cours de la grossesse ne peuvent aboutir à la situation idéale de « décision partagée », les préconisations du CNGOF sont pour le médecin, de faire état de la « clause de conscience » et d'orienter la patiente vers un de ses confrères.

Connu comme accoucheur, le gynécologue obstétricien est nettement reconnu comme chirurgien et spécialiste technique. Comme spécialiste il est rassurant en cas de problème ou d'urgence, et permet idéalement à la femme de disposer d'un interlocuteur unique à toutes les phases de sa grossesse. Certaines même anticiperont leur relation avec lui pour s'assurer d'un suivi de grossesse de qualité jusqu'à le considérer parfois comme leur médecin de famille.

Dans la situation démographique actuelle afin d'assurer qualité et sécurité de la prise en charge et des soins pour tous, ce rôle de médecin de famille ne peut être logiquement dévolu au spécialiste.

C'est là que le projet individualisé de grossesse peut prendre toute sa place permettant au référent de proximité d'établir des liens avec l'accoucheur, par une meilleure connaissance des professionnels entre eux, et de favoriser la mise en confiance permettant de réduire la fréquence d'actes dits de précaution ou de convenance. Il permet au spécialiste formé de rester le technicien dont la pratique est confirmée tout en le maintenant mieux informé grâce au généraliste et/ou à la sage-femme, premier recours de proximité.

c) Favoriser la coordination de l'ensemble des acteurs du secteur libéral et hospitalier, des professionnels de PMI

Les professionnels impliqués dans la prise en charge pré natale regroupés ou non en réseau de santé sont les sages-femmes et les médecins généralistes, les gynécologues et les obstétriciens. Les réseaux de santé en périnatalité rassemblent l'ensemble des professionnels hospitaliers, libéraux, du champ sanitaire et médico-social concernés par la prise en charge de la grossesse, de la naissance et de la petite enfance.

L'article L. 161-36-2. de la loi du 13 août 2004 dans le respect des règles déontologiques qui lui sont applicables ainsi que des dispositions des articles L. 1110-4 et L. 1111-2 du code de la santé publique, et selon les modalités prévues à l'article L. 1111-8 du même code, précisent que chaque professionnel de santé, exerçant en ville ou en établissement de santé, quel que soit son mode d'exercice, reporte dans le dossier médical personnel, à l'occasion de chaque acte ou consultation, les éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la coordination des soins de la personne prise en charge.

L'amélioration de la prise en charge des femmes enceintes demande un travail complémentaire des différents acteurs de santé. Le suivi conjoint doit englober les autres partenaires que sont les sages-femmes, les assistantes sociales, les travailleurs sociaux...

La réflexion sur sécurité et proximité reste entière à l'heure où l'on observe une crise de vocation des professionnels dans le secteur de la naissance qui pourrait mettre en péril la survie de certaines petites maternités de niveau I.

La mise en place d'une véritable coordination en réseau ville –hôpital permettrait d'un part de rassurer les femmes qui sont dans l'attente d'un suivi coordonné et harmonisé avec l'accoucheur, et d'autre part de positionner les maternités niveau I à leur juste place. La concertation et la communication entre les professionnels prennent toute leur importance dans ce fonctionnement de proximité.

En l'absence d'autres alternatives, il apparaît indispensable de travailler à promouvoir cet ancien outil qu'est le carnet de maternité en informant la femme de son intérêt lors de l'entretien du 4^{ème} mois.

Il s'agira ultérieurement d'inventer un outil efficace et rapide d'utilisation qui permette d'une part de transmettre l'information concernant la patiente aux confrères concernés,

de communiquer au professionnel de PMI des informations essentielles, et d'autre part d'apporter à la femme une information suffisante pour être efficace. Le dossier médical informatisé ne remplacera que partiellement ce document car il ne jouera en aucune façon le rôle d'information et de prévention auprès des femmes.

C) Favoriser le développement de formations à l'attention des professionnels en périnatalité

La question de la formation se pose bien évidemment à plusieurs titres. En effet, les professionnels et plus particulièrement les médecins généralistes n'ont pas toujours bénéficié des stages formateurs adaptés durant la période de leurs études mais il est difficilement envisageable de former le généraliste à toutes les spécialités qu'il est susceptible de pratiquer.

Néanmoins, et afin de répondre au mieux en fonction de l'activité de chacun et de la demande des femmes, il faut envisager d'initier des formations ouvertes.

Il est difficilement envisageable de former l'ensemble des professionnels et la question pourrait se poser de la pertinence d'une telle formation. Inévitablement les questions suivantes se posent : assurent-ils le suivi ? Quelle est la nature de la demande des femmes qui consultent ? Quelle réponse le généraliste apporte-t-il et quelles sont les difficultés qu'il rencontre ? Y a-t-il un lien entre la morbidité à la naissance et le type de suivi entrepris ? [27]

Le plan périnatal 2005 – 2007 préconise de renforcer la formation des médecins généralistes en matière de prise en charge des femmes enceintes par une formation « suivi d'une femme enceinte par un médecin généraliste »

La formation des généralistes à propos de la grossesse et de ce qui gravite autour d'elle ne peut faire l'économie d'une réflexion de nature politique. L'opportunité d'une formation généralisée est très discutable. Pour certains, il s'agit d'un véritable défi à relever et la réorganisation des modes de prise en charge et de formation des médecins généralistes et peut-être même des spécialistes est à envisager.

La formation initiale doit impérativement apprendre à tout médecin généraliste, le suivi d'une grossesse normale et lui donner des points de repères pour passer la main. Il apparaît que le spécialiste doit accepter de voir son travail se complexifier car les grossesses sans problème lui échapperont au profit des pathologies de la grossesse et des grossesses à risques. [57]

Compte tenu de l'importance de la responsabilité des sages-femmes, une crise de recrutement dans la profession interviendra si la durée des études des sages-femmes se

trouve réduite. Très paradoxalement d'ailleurs, un Diplôme Universitaire de gynécologie obstétrique (réalisé sur un an) vient dorénavant s'ajouter au cursus possible des généralistes. Cependant ce diplôme n'a pas été mis en place en région Centre.

La cellule de coordination du réseau de soins périnataux constituée d'une sage femme à temps plein et d'un demi équivalent temps plein de gynécologue obstétricien a proposé lors de réunions d'échanges du réseau sa participation à la formation.

Ainsi, des formations dans les établissements pourraient être proposées aux généralistes intéressés de secteurs géographiques définis et permettraient ainsi une mise à jour de leurs connaissances, et fourniraient un moyen de leur transmettre une information sur le fonctionnement du réseau de soins périnataux.

Un outil de base de formation sur le suivi de la grossesse accessible aux professionnels par l'intermédiaire du site Internet du réseau pourrait être mis à la disposition des professionnels.

De manière générale, l'offre de soins est principalement concentrée dans les zones urbaines, tandis que certaines zones rurales et périurbaines sont sous-médicalisées. La faible attractivité de ces territoires s'explique pour partie par des conditions de vie plus contraignantes, en raison notamment de la nécessité d'assurer la permanence des soins, et à des conditions d'exercice plus difficiles, liées à la crainte d'un isolement et l'éloignement des centres hospitaliers.

Il est par conséquent urgent de prendre des mesures correctives afin d'empêcher une forte dégradation de l'offre de soins de premier recours dans ces zones sous-médicalisées.

L'une des mesures à proposer peut consister à renforcer les formations de ces professionnels qui se sentiront plus confiants dans des situations difficiles.

D) Informer mieux les femmes sur les possibilités de suivi en fonction de leur lieu de domicile

Malgré un délai d'attente qui peut atteindre 3 mois pour obtenir un rendez-vous de consultation et la nécessité d'un déplacement, les patientes pas ou mal informées, pensent devoir consulter un médecin spécialiste.

Le temps médical hautement qualifié employé pour ces grossesses physiologiques se fait au détriment des besoins pour le suivi des grossesses pathologiques. Certains spécialistes font appel à la collaboration des généralistes (suivi de grossesse en alternance) afin de gagner du temps pour être plus disponibles pour les grossesses nécessitant leur compétence.

L'amélioration de l'information à l'attention des femmes dès en amont de la prise en charge est un axe essentiel de l'amélioration.

Le réseau de soins périnataux en région Centre travaille pour rendre le document élaboré plus attractif et en améliorer la diffusion par la voie des professionnels, des établissements hospitaliers et des services de PMI.

3.2 Le rôle du médecin inspecteur dans la mise en place de cette politique de santé

Le Médecin inspecteur de santé publique (MISP) est considéré par les professionnels de santé et par les différents acteurs comme un interlocuteur privilégié pour les informer sur les différents systèmes de prise en charge proposés.

En région Centre, chef de projet du SROS III périnatalité, il est à l'interface entre la ville et l'hôpital, entre le médical et le social, entre le public et le privé et assure la coordination régionale des actions menées. Dans le champ de la grossesse, le rôle du médecin inspecteur sera de favoriser le lien entre les partenaires médico-sociaux et de la PMI d'une part et les professionnels médico-sociaux hospitaliers d'autre part et de favoriser la réflexion afin d'améliorer cette prise en charge.

Le médecin Inspecteur aide à décliner la politique de santé et participe à son évaluation. Il a un rôle fédérateur entre les différents partenaires. Il peut évaluer les modes d'organisation, les expériences en cours, et la qualité de la prise en charge des patientes. Grâce aux échanges suscités par la mise en place du schéma régional d'organisation sanitaire en périnatalité, des initiatives et une évolution peuvent être impulsées.

Dans le cadre de la CRN, il planifie, organise et participe aux commissions comme représentant du DRASS, il prépare l'ordre du jour conformément à l'arrêté du 8 janvier 1999 relatif aux commissions régionales de la naissance.

Ainsi, il peut favoriser le développement du réseau associant les professionnels et les institutions et oeuvrant dans le champ de la périnatalité, en vue de mieux coordonner la prise en charge des femmes pendant la grossesse et au cours de la période prénatale, tant sur le plan médical que sur les plan psychologique et social.

Son rôle est de proposer les adaptations nécessaires au niveau régional de la politique définie au niveau national. Il peut impulser une volonté d'utilisation du carnet de maternité de la femme par les professionnels (ce qui permettrait ainsi d'améliorer le problème de la coordination des acteurs) ou des actions de formation des professionnels médicaux et

paramédicaux menées, et intervenant dans le domaine de la périnatalité en coordination avec les partenaires concernés.

Le médecin a un rôle dans l'organisation de réunions destinées à informer l'ensemble des professionnels travaillant dans le domaine de la périnatalité des travaux menés au sein de la CRN peut permettre d'informer les professionnels sur les ressources existantes pour avoir un accès plus direct et adapté.

Par ailleurs, il peut apporter son concours à l'évaluation des actions menées en périnatalité au niveau régional en participant à des réunions ou à des manifestations d'échanges professionnels et donner ainsi des orientations pour favoriser la réflexion.

La CRN peut faire appel en tant que de besoin à toute personne jugée qualifiée et le médecin inspecteur peut être le pilote de ces réunions et en assurer l'animation sur des thèmes spécifiques.

Par conséquent, le MISP peut décliner la politique nationale en élaborant avec les professionnels des projets d'actions (susciter des projets de «formation des médecins généralistes au suivi de la grossesse », ou des sages-femmes à l'entretien du 4^{ème} mois, formation « communiquer pour une meilleure coordination des acteurs »). Mais son rôle peut aussi être de contribuer à l'élaboration d'un cahier des charges visant à uniformiser des prises en charge (entretien du 4^{ème} mois) en veillant à s'entourer des professionnels spécialisés dans cette thématique. Il peut parfois être amené à rejeter ou à réorienter des projets. Il veillera toujours à ce que l'ensemble des professionnels soit correctement représenté et prenne en compte les secteurs publics et privés, et sur le département la représentation de tous les acteurs de la périnatalité mais aussi des directeurs d'établissements, les membres de la cellule de coordination du réseau de soins périnataux et des représentants des médecins libéraux et de l'assurance maladie.

Ses actions et interventions visent à engendrer cohérence et lisibilité dans le système de santé.

CONCLUSION

La région Centre présente une natalité croissante en même temps qu'une pénurie importante en démographie médicale par rapport à d'autres régions. Le Loiret a le taux de natalité le plus important de la région avec environ 8000 naissances par an. La morbidité maternelle, la mortalité périnatale, et les naissances prématurées y sont aussi relativement plus importantes que dans les autres départements de la région Centre. Sachant qu'un suivi de la grossesse bien mené peut efficacement contribuer à décroître la fréquence de ces problèmes, mon objectif pour ce mémoire était d'analyser la situation du suivi des grossesses dans le département du Loiret afin de proposer des axes d'amélioration. L'analyse fondée sur l'étude des données statistiques et sur les entretiens des principaux acteurs de la région et du département m'a permis d'identifier un certain nombre de faiblesses dans l'organisation du suivi de la grossesse, amplifié par le manque de professionnels pour assurer ce suivi.

La stratégie proposée repose sur une réelle mise en place du projet personnalisé de la grossesse. Des actions à long terme devraient certainement être mises en oeuvre pour d'une part assurer une croissance appropriée du nombre de professionnels (sages-femmes, gynéco obstétriciens) par rapport au taux de naissance, d'autre part améliorer la coordination entre les professionnels impliqués dans le suivi. L'arrivée du dossier médical informatisé permettra certainement un progrès notable.

Cependant, il me semble approprié de mettre en place dès maintenant des actions à plus court terme pour utiliser les atouts existants. Deux axes sont à privilégier en priorité : d'une part, former les médecins généralistes pour qu'ils puissent prendre en charge plus systématiquement le suivi de la grossesse en fonction du choix de la patiente, d'autre part, redonner au carnet de maternité toute sa valeur d'outil de communication et de collaboration entre les professionnels. Par ailleurs, la valorisation du rôle des sages-femmes permettrait une amélioration supplémentaire, cependant limitée par leur nombre restreint .

Le médecin inspecteur peut jouer un rôle de planification, d'animation, de coordination et de conseil pour mener à bien ces actions en concertation avec les principaux acteurs régionaux et départementaux.

Sources et Bibliographie

Les textes législatifs et réglementaires

1. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. *Journal officiel de la République Française*, n°54 du 5 mars 2002.
2. Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation administrative et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation.
3. Décret n°2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles.
4. Décret n°2005-76 du 31 janvier 2005 relatif aux objectifs quantifiés de l'offre de soins prévus à l'article L 6121-2 du code de la santé publique
5. Décret n° 2003-992 du 16 octobre 2003 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie, la réanimation néonatale ou la réanimation
(Art. 2 : Délai de mise en conformité avec les conditions techniques de fonctionnement prévues au 3° de l'art. L. 6122-2 du code de la santé publique – Remplacement de l'art. 5 du décret n° 98-899 du 9 octobre 1998)
6. 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 – *Journal officiel de la République Française* n°235.
7. 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 – *Journal officiel de la République Française* n°235.

8. Décret n°92-785 du 6 août 1992 relatif à la protection maternelle et infantile. Journal officiel de la République Française n° 186.
9. Décret n°92-143 du 14 février 1992 relatif aux examens obligatoires prénuptial, pré et postnatal. Journal officiel de la République Française n°40.
10. Lettre DHOS du 8 juillet 2004 relative à l'évaluation des besoins de santé dans le cadre de la préparation des schémas régionaux d'organisation sanitaire de troisième génération.
11. Circulaire n°101 DHOS/0/2004 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération et ses annexes. Bulletin officiel
12. Circulaire DGS/SP 2 n° 99-394 du 6 juillet 1999 relative à la mise en place des commissions régionales de la naissance
13. Circulaire DH/EO 3 n° 98-681 du 18 novembre 1998 relative à l'application des décrets n°98-899 et n°98-900 du 9 octobre 1998 sur la sécurité périnatale (*Application des articles R. 712-84 et D. 712-75 et s. du code de la santé publique dans leur rédaction issue des décrets n° 98-899 et n° 98-900 du 9 octobre 1998*)
14. Arrêté du 27 avril 2004 pris en application des articles L. 6121-1 du code de la santé publique fixe la liste des matières devant figurer obligatoirement dans les schémas régionaux d'organisation sanitaires
15. Arrêté du 11 octobre 2004 modifiant la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux. *Journal officiel de la République Française,*
16. Arrêté du 11 décembre 2001 fixant le programme des études de sage-femme. *Journal officiel de la République Française,* 19 décembre 2001, 1 – 45.
17. Arrêté du 8 janvier 1999 relatif aux Commissions Régionales de la Naissance. *Journal officiel de la République Française,* 20 janvier 1999, 1043.

18. Arrêté n°99-D-34 du directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation du Centre du 24 novembre 1999 fixant la carte sanitaire de néonatalogie et de réanimation néonatale.

Les ouvrages ou monographies

19. AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION DE HAUTE-NORMANDIE.
SROS – *Schéma Régional d'Organisation Sanitaire – périnatalité* 1999-2004.
RAPPORT, 1999 /12.
20. AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE –
Guide de surveillance de la grossesse – Collège national des gynécologues
obstétriciens français – Société française de médecine périnatale – Janvier 1996
21. AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE –
Comment mieux informer les femmes enceintes ? – Recommandations pour les
professionnels de santé – Avril 2005
22. AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE –
L'échographie au cours de la grossesse en l'absence de facteur de risque –
Recommandations - Décembre 1998
23. BELLAS-CABANE C., KNIBIELHER Y., BREART G. Syndicat National des
Médecins de Protection Maternelle et Infantile. (S.N.M.P.M.I.). 28^{ème} Colloque du
Syndicat National des Médecins de Protection Maternelle – *Périnatalité : les
réseaux, entre lien technique et lien social – Nécessités ? Réalités ?* - 2003
24. BLONDEL B, BREART G., Home visits during pregnancy: *consequences on
pregnancy outcome, use of health services, ad women's situations*. Semaine
Périnatale, 1995; 9 : 296-306
25. BLONDEL B., SUPERNANT K., DU MAZAUBRUI C., et al.- *La situation
périnatale en France en 2003*. N°383 mars 2005
26. BLONDEL B., SUPERNANT K., DU MAZAUBRUN C., BREART G. *Enquête
nationale périnatale 2003. Situation en 2003 et évolution depuis 1998*. Février
2005

27. BOUYER J., BREART G., DE LA ROCHEBROCHARD E., SARLON E., Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. (I.N.S.E.R.M.) et Institut de veille sanitaire. *Surveillance dans le domaine de la reproduction et de la périnatalité*. Villejuif, 2004, 43-84.
28. BURLAT P., *La prise en charge des femmes enceintes des communes isolées de Guyane* - 2001
29. CLEMENCE Y. *Enquête sur le suivi des femmes par les médecins généralistes dans les Vosges en 1997*. Société française de médecine générale, Juin 2003.
30. CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES. (C.N.A.M.T.S.) *Rapport*, 1997, 145p.
31. COHEN J., MADELENAT P., TOLEDANO R.L., *Gynécologie et santé des femmes. Quel avenir en France. Etat des lieux et perspectives en 2020*.
32. COMBIER E., ZEITLIN J., LE VAILLANT M., DE POUVOURVILLE G. *Les disparités interrégionales de l'offre de soins sont-elles légitimes ? Le cas de la périnatalité*. Rapport 2001, 263p
33. DEHAN M., EVRARD P., FERRE F. et al. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. *Grande prématurité. Dépistage et prévention du risque*. Paris - Les Editions INSERM, 1997
34. DIRECTION DE LA RECHERCHE DES ETUDES DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES (DREES) – *Le réseau des maternités entre 1996 et 2000. Un mouvement de réorientation des grossesses à risques, avec de fortes disparités régionales*.
35. DIRECTION REGIONALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES DU LANGUEDOC ROUSSILLON. (D.R.A.S.S.): Programme régional de santé « Périnatalité » Montpellier - 2000
36. EVANS A. : *Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2003 -2004*.

37. HARDOUIN J.B., BOIN M., Observatoire régional de la santé du Centre (ORS), *Exploitation des certificats du 8^{ème} jour des enfants domiciliés en région Centre et nés en 2002*, Février 2004, 68p.
38. HARDOUIN J.B., LECLERC C., Observatoire régional de la santé du centre (ORS), *Exploitation des certificats du 8^{ème} jour des enfants domiciliés en région Centre et nés en 2003*, Mars 2005, 54p.
39. HAUT COMITE DE SANTE PUBLIQUE – *La santé en France 2002*, 412p.
40. INSTITUT NATIONAL DE LA DEMOGRAPHIE (INED) – *L'évolution démographique récente en France métropolitaine 2003*, 19p.
41. LAGNEAU-COMBIER E., DE POURVOURVILLE G., *Régulation des soins par la qualité : un modèle pour la périnatalité*. Université Paris VII. UFR Lariboisière. 1999.
42. UNION REGIONALE DES MEDECINS LIBERAUX DE LE REGION CENTRE – *Etude sur les préoccupations professionnelles des médecins généralistes libéraux en région Centre - 2003 – 2004*
43. VILAIN A., DE PERETTI C., HERBET J.B., BLONDEL B., *La situation périnatale en France en 2003 – Premiers résultats de l'Enquête nationale périnatale – DRESS n°383 – Mars 2005 – 6 p.*
44. VILAIN A., DE PERETTI C., HERBET J.B. *Enquête nationale périnatale 2003 – Compléments de cadrage : les disparités sociales en matière de santé périnatale et apports des autres sources.*

Les articles de périodiques

45. BARRESI V., KNIBIEHLER Y., CHARLERY A., DERROUCH P., BANGA B., LEHALLE D. : DECISION SANTE – *Stratégie Santé* – 2004/12 N : 210 pp. 8-15
46. BARRESI V. – *Périnatalité : le sursaut* – décembre 2004

47. BENBASSA A. *Propositions pour une meilleure pratique. Point de vue du spécialiste.* Contraception fertilité Sexualité – 1998 – Vol.26, n°3, pp.218 – 220
48. BLONDEL B., MARSCHALL B. *Les femmes peu ou mal suivies pendant la grossesse. Résultats d'une étude dans 20 départements. J. Gynécologie Obstétrique Biologie reproduction* 1996 ; 25 : 729-36.
49. BONNEFOI C., DELOUR M., ALFARO C., KIND E., BRODIN M. *Devenir des enfants issus de grossesses peu ou mal suivies.* Les cahiers de Chaligny – Mairie de Paris 1997.
50. BREART G. *Antenatal care Current Opinion.* Obstétrique Gynécologie 1995 ; 7 : 417-9.
51. COLLARD J. *L'Hôpital dans sa diversité. Vers une approche globale de la périnatalité. Les conditions de travail des gynécologues* 2003, 426 : 368-372.
52. CHARLERY A. : *Proximité et sécurité : il n'y a pas le choix* – Maternité, décembre 2004.
53. COLLET, LE DARE *Place de la clinique dans la surveillance obstétricale.* Profession sage-femme, 2003 : 100 ; 24-26.
54. COURTIAL J.P. , LE DREFF G. *Analyse de récits de femmes enceintes.* Santé publique, 2004 ; 16, 1 :105-122.
55. DADOORIAN D. : *La grossesse désirée chez les adolescentes dans les milieux défavorisés : quelques réflexions à partir d'une étude réalisée au Brésil - 2000.*
56. DAIGNE M., BONNIN M., FARSI F., GREMY F. *Le développement des réseaux de soins et de santé : contexte éthique et politique.*
57. DAVID S., DURIF-BRUCKERT, DURIF-VARENBO NT J.P., SCHARNITSKY P., MAMMELLE N. *Evaluation de l'acceptabilité de l'organisation en réseau de soins périnataux auprès des professionnels de santé*
58. DECHAMPS, LE ROUX. *Les conséquences de la technicisation de la grossesse – Recherches et Prévision*, juin 2003, n°72, 91-97.

59. DEMEURE O. *Accès aux soins et précarité : des femmes enceintes dans la rue – De la globalité de la naissance : la fonction maternelle en péril.* 2002.
60. DRAY M. *Derrière foulards et grandes robes : le vécu de la maternité chez les femmes turques en France.* Grenoble – L'autre, 2001 ; 2,3 : 551-562.
61. FOURNIE A., BIQUARD F., MADZOU S. et al. *Évaluation periconceptionnelle et en début de grossesse du risque obstétrical – Profession sage-femme - 2004 ; 104 : 30-33*
62. *LA SITUATION PERINATALE EN France en 1998.* La Revue Prescrire 2001/09, V :21, N:220 pp. 623
63. LE GOAZIOU M. F. *Où qu'est-ce que le médecin généraliste attend de son confrère gynécologue obstétricien ? Contraception fertilité Sexualité, 1998, Vol.2, n°3.*
64. LEJEUNE C. *Surveillance des femmes enceintes sans couverture sociale : une nécessité éthique et raisonnable.* Archives pédiatriques 1994 ; 1 :121-3.
65. LEONARD D. *Surveillance de la grossesse en médecine générale.* Exercer 1997 ; 42 :12-15.
66. LUCAS I. *La régulation du système de santé : recherche documentaire sur le domaine mère-enfant.* 1998 – 12, n° 4 pp. 15-18
67. MAGNIN G. *Surveillance d'une grossesse normale. Le généraliste est-il le mieux placé ?* La revue du praticien médecine générale, 1995, 9, 301 :15-17.
68. MAMELLE N., MARIA B., ROZAN M.A. et al. *Agir pour améliorer la santé périnatale à la lumière des résultats du réseau sentinelle AUDIPOG – Les dossiers de l'obstétrique – 2003 ; 320 :2-5.*
69. NJAH M., MARZOUKI M., HAMDY W., HADJ FREDJ A. *Recours aux visites prénatales dans le contexte tunisien : barrières et facteurs de motivation.* Revue française de gynécologie et d'obstétrique, 1993 – 88, 4 – 225-229

70. PAPIERNIK E. Revue d'épidémiologie et de santé publique. Paris. FRA / com. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*. Paris. 1996, V : 44, N : 6 pp. 597-602.
71. PAPERNIK E. *Suivi de la grossesse en réseau*. Médecine, 1996.
72. PELTIER M. *Politiques et programmes régionaux de santé. La prévention : fondement des politiques régionales de santé*. Actualité et dossier en santé publique, 2004, N : 46 pp. 65-66.
73. PISON G. *Comment mesurer la mortalité maternelle dans les pays en développement ?* *Population et Sociétés*, Octobre 2001,372, 4p.
74. PRIOUX F., VALENTINI H., RUMEAU ROUQUETTE C. et al. – *Naître en France et au Québec -2004 ; 1 :185p*

Les thèses et mémoires

75. BENICHOU D., DE MOUZON J., SALAMON R. Université de Bordeaux 2, Université de Tours. *Périnatalité en milieu rural avec ou sans maternité de proximité*. DEA d'épidémiologie et intervention en santé publique.1996 : 57p
76. HEGO BURU A., *Comment accompagner les mères et futures mères en difficulté à l'occasion de la naissance de leur enfant ? étude d'opportunité et de faisabilité sur la mise en place d'une structure de prise en charge des mères*. Paris. Mémoire ENSP de Directeur d'Hôpital, 2002.
77. SAUNIER-DUFOUR G., *Le droit des usagers à décider de leur prise en charge : l'exercice de la liberté individuelle face à la mise en œuvre des politiques de santé publique en matière de périnatalité*, 2002.

Les documents électroniques

78. AGENCE REGIONALE POUR L'HOSPITALISATION de Franche comté - *La périnatalité* – Disponible sur Internet : < http://www.fc-sante.org/arh/www-arh-besancon.sante.gouv.fr/sros_ind.htm >

79. CASAGRANDE T., PIERRE F.- *Réseau sécurité naissance dans les pays de Loire – Les aspects juridiques de l'organisation en Réseau des soins périnataux* – Disponible sur Internet : < [http://www.reseau-naissance.com.rsn aspect juridique.htm](http://www.reseau-naissance.com.rsn_aspect_juridique.htm)>
80. COLLEGE NATIONAL DES GYNECOLOGUES ET OBSTETRICIENS FRANÇAIS – *Perception du gynécologue obstétricien..... ce que pensent les femmes* - Disponible sur Internet : < http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/Enq_CNGOF251103.pdf>
81. COLLEGE NATIONAL DES GYNECOLOGUES ET OBSTETRICIENS FRANÇAIS – *Prise en charge de la femme enceinte, de l'accouchement et du nouveau-né leur niveau de risque conférence de consensus* - PARIS, 2 et 3 décembre 1998 – Disponible sur Internet : http://www.uvp5.univ-paris5.fr/UV_MED/AC/
82. COLLEGE NATIONAL DES GYNECOLOGUES ET OBSTETRICIENS FRANÇAIS (30 mai 2000) - *L'offre de soins – Prise en charge des femmes* – Disponible sur Internet : <http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_07.htm>
83. COLLEGE NATIONAL DES GYNECOLOGUES ET OBSTETRICIENS FRANÇAIS (novembre 2002) – *Prise en charge de la naissance: situation de crise* – Disponible sur Internet : <<http://fraternet.org/naissance/etats-gen/cngof-etats-gen.pdf>>
84. DELAYEN A., BLANCHARD E., MASCART M. : *Cadre législatif pour la prise en charge de la grossesse* – GYNE WEB – Disponible sur Internet : <<http://www.gyneweb.fr/sources/obstetrique/andem/chap23.htm>>
85. INSERM LYON – France - PERINAT – *La santé périnatale en 2002-2003 – Evaluation des pratiques médicales* – Disponible sur Internet : <http://audipog.inserm.fr/pdf/cahier_2002_2003.pdf>
86. LE PLAN PERINATALITE 2005-2007 – Disponible sur Internet : <<http://www.premiumwanadoo.com/snmarhnu/perinatalite.html>>
87. LES ETATS GENERAUX DE LA NAISSANCE DU 6 juin 2003 – Disponible sur Internet : < <http://www.cngof.asso.fr/>>

88. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE – *Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant – Rapports sur la santé dans le monde 2005*. Disponible sur Internet : http://www.who.int/whr/2005/overview_fr.pdf
89. RESEAU SECURITE NAISSANCE DANS LES PAYS DE LOIRE – *L'organisation des soins centrés sur l'usager* – Disponible sur Internet : < http://www.reseau-naissance.com/rsn_usager.html >
90. UNION REGIONALE DES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE DE CORREZE – *Bilan de la prise en charge de la grossesse en Corrèze - Octobre 2002* – Disponible sur Internet : < <http://www.limousin.assurance-maladie.fr/fileadmin/LIMOUSIN/publications> >
91. UNION REGIONALE DES MEDECINS LIBERAUX D'ILE DE France - *La périnatalité en Ile de France – constats, enjeux et propositions*, Janvier 1999. Disponible Internet : < <http://www.urml-idf.org/attachement/www/etudes105.htm> >

Liste des annexes

- ANNEXE 1 CARTE des différents secteurs géographiques du département du LOIRET
- ANNEXE 2 CARTE avec répartition de la population en âge de procréer
- ANNEXE 3 CARTE avec répartition de la démographie médicale en médecins généralistes
- ANNEXE 4 CARTE avec répartition de la démographie médicale en sages-femmes
- ANNEXE 5 Analyse statistique du SUIVI de la GROSSESSE par l'Observatoire Régional de Santé dans le LOIRET
- ANNEXE 6 Statistiques sur CS8 concernant l'évolution du suivi en périnatalité
- ANNEXE 7 Exploitation des certificats du 8^{ème} jour par zone géographique
- ANNEXE 8 Guide d'entretiens semi directifs à l'attention des professionnels

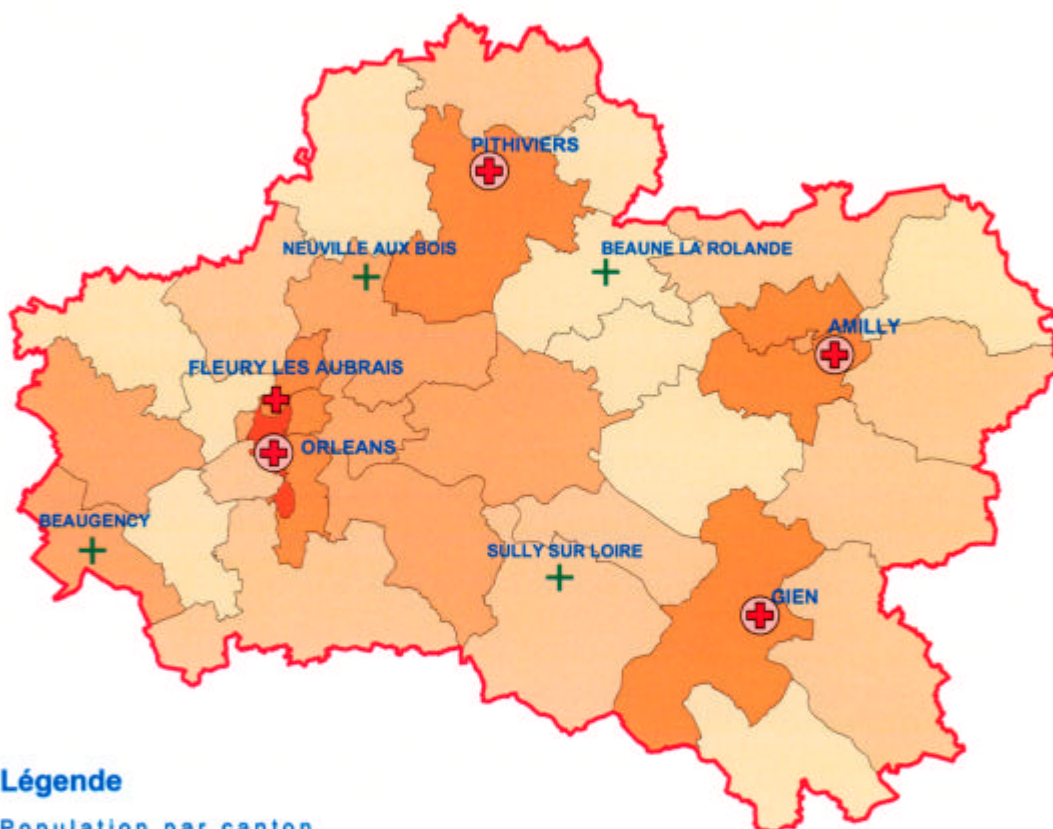
ANNEXE 1

Les Unités Territoriales du département du LOIRET



ANNEXE 2

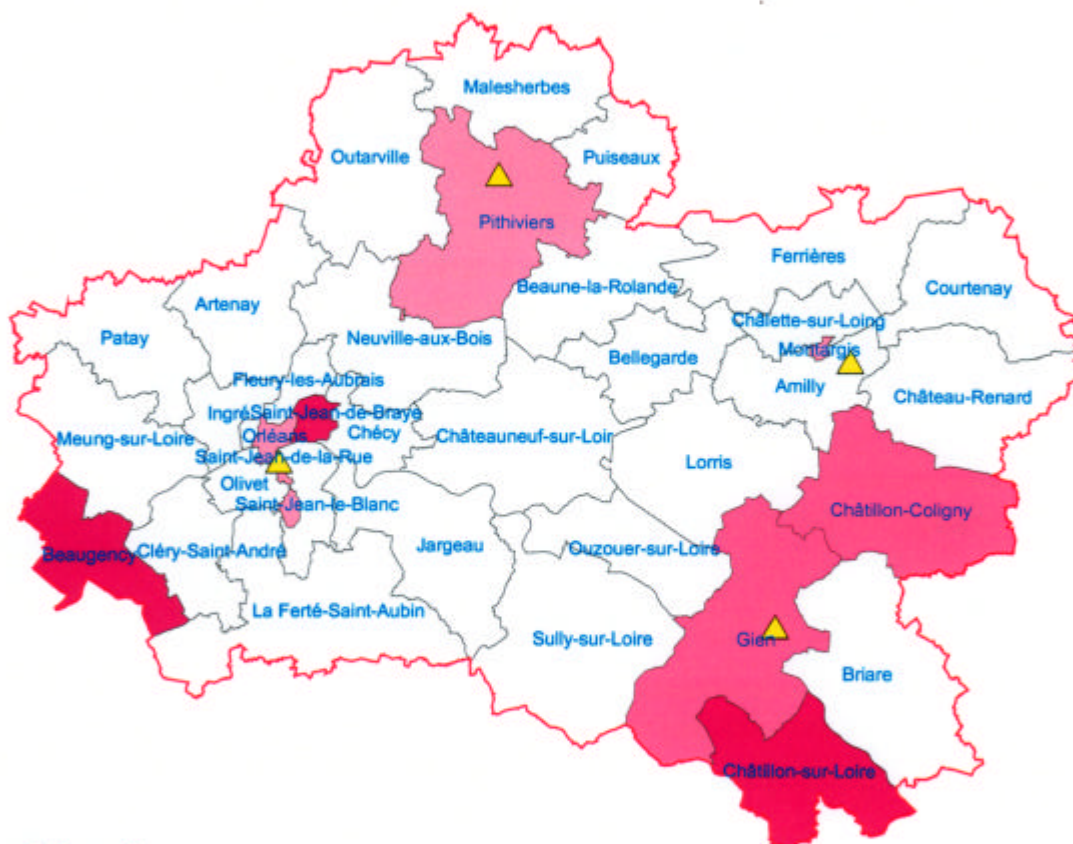
Population des femmes en âge de procréer, par canton, dans le département du Loiret



Source INSEE RP 99

ANNEXE 3

Densité par canton des Sages femmes libérales exerçant dans le département du Loiret au 01/01/2004



Légende

Sages femmes libérales

Densité pour 100 000 h

0

1 - 7

8 - 12

13 - 15

▲ avec service gynécologique

Source : INSEE, fichier ADELI

ANNEXE 5

Grossesses mal suivies du Loiret (données 2003 – PMI du Loiret)³

Variable	Modalités	Moins de 4 consultations prénatales (1 ^{ère} définition)		Grossesses mal suivies (2 ^{ème} définition)	
Taux global		9,6%		14,5%	
Valeurs manquantes		21,5%		19,2%	
CSP de la mère	Agriculteur exploitant, chef d'entreprise, cadre supérieur	8,6%	P = 0,0122	12,6%	P = 0,0084
	Professions intermédiaires	9,5%		15,1%	
	Employées ou ouvrières	8,7%		13,4%	
	Sans activité professionnelle	11,3%		16,6%	
Activité de la mère	Active	8,9%	P = 0,0010	13,7%	P = 0,0014
	Sans activité professionnelle	11,3%		16,6%	
Type de commune de domicile	< 2000 habitants	6,6%	P < 0,0001	13,3%	P < 0,0001
	2000 à 9 999 habitants	9,3%		14,7%	
	10 000 habitants ou plus (sauf Orléans)	8,5%		11,9%	
	Orléans	15,4%		19,0%	
Mère isolée	Oui	10,1%	P = 0,4325	15,7%	P = 0,3357
	Non	9,7%		14,5%	
Antécédents obstétricaux <i>morts nés, nés vivants puis décédés, prématurés ou petits poids, césarienne</i>	Multigestes avec antécédents obstétricaux	9,3%	P = 0,2967	13,7%	P = 0,4452
	Multigestes sans antécédents obstétricaux	9,9%		9,4%	
	Primigestes	9,4%		14,0%	
Hospitalisation durant la grossesse <i>(pour motif lié à la grossesse)</i>	Oui	9,8%	P = 0,3779	13,7%	P = 0,1842
	Non	9,6%		14,7%	
Prématurité	Grande prématurité (= 32 SA)	31,6%	P < 0,001	45,8%	P < 0,001
	Prématurité (>32 et <37SA)	17,6%		22,7%	
	Naissance à terme (=37SA)	9,0%		13,7%	

³ Définitions des grossesses mal suivies :

- Sont considérées mal suivies des grossesses ayant donné lieu à moins de 4 consultations prénatales (1^{ère} définition)
- Sont considérées mal suivies des grossesses ayant donné lieu à moins de 4 consultations prénatales, aucune consultation prénatale par l'équipe d'accouchement ou moins de deux échographies (2^{ème} définition)

ANNEXE 6

SUIVI DE GROSSESSE

Analyse de l'Observatoire Régional de Santé de la région CENTRE

	Lien entre le suivi de la grossesse et la prématurité				Lien entre l'hospitalisation et la grossesse	
	Région Centre		Loiret		Région Centre	Loiret
	prématurés	grands prématurés	prématurés	grands prématurés	taux hospitalisation	
femmes mal suivies <4 consultations / jamais vu par l'équipe / < 2 échographies	10,3%	2,5%	10%	2,3%	15,80%	19,30%
femmes correctement suivies	4,1 %	0,4%	4,4%	0,4%	14,60%	18,10%
degré de signification	p < 0,001		p < 0,001		p = 0,202	p = 0,368

	Région Centre		
	communes < 10 000 hab.	communes 10 000 hab.	degré de signification
moins de 4 consultations	5,14%	8,90%	p < 0,001
jamais suivies par l'équipe	4,50%	2,20%	p < 0,001
moins de 2 échographies	1,10%	1,60%	p = 0,016
grossesses mal suivies région Centre	9,80%	12,20%	p < 0,001
grossesses mal suivies département du Loiret	14,90%	15,10%	p = 0,202

ANNEXE 7

Exploitation des certificats du 8^{ème} jour

Par zone géographique

Certificats CS8 2003	Loiret	Nord	Sud	Ouest	Est	Pithiviers	Montargis	Gien
Naissances (CS8)	8234	813	892	1703	1922	672	1401	829
Mère de l'enfant								
< 18 ans	0,52%	0,49%	1,24%	0,65%	0,57%	0,15%	0,29%	0,24%
≥38 ans	5,55%	7,90%	4,96%	6,31%	5,16%	5,99%	4,22%	4,71%
Consultations prénatales < 3	5%	8%	7%	7%	5%	2%	3%	1%
Consultations prénatales < 5	15%	21%	26%	23%	17%	6%	10%	5%
Consultations prénatales < 7	27%	35%	41%	38%	26%	11%	14%	19%
Age gestationnel								
< 33 SA	0,95%	1,51%	1,16%	0,97%	0,80%	1,10%	0,88%	0,66%
< 35 SA	2,40%	2,52%	3,49%	2,29%	2,04%	2,35%	2,40%	2,27%
< 37 SA	6,60%	8,58%	7,67%	6,28%	5,95%	5,18%	6,07%	7,04%
Césarienne	21,80%	23%	24%	20%	23%	23%	21%	20%
Poids								
< 1000 g	0,24%	0,37%	0,45%	0,18%	0,16%	0,30%	0,49%	0,07%
1000 g = P < 2000 g	1,59%	1,85%	1,81%	1,89%	1,62%	1,05%	0,85%	1,58%
2000 g = P < 2500 g	4,83%	5,18%	5,43%	4,20%	4,08%	5,11%	6,09%	5,16%
Allaitement maternel	60%	69%	69%	58%	60%	56%	56%	58%
Pathologie de la 1^{ère} semaine	464	49	63	113	97	17	62	62
Anomalies congénitales	126	17	7	36	31	3	13	18

ANNEXE 8

QUESTIONS POUR ENTRETIEN TELEPHONIQUE

MEDECIN GENERALISTE

SAGES FEMMES

1. Quelles notions incluez-vous dans le terme de suivi de la grossesse en médecine générale?
2. Que représentent les grossesses mal suivies pour vous ? en rencontrez-vous souvent ?
3. Faites-vous des déclarations de grossesse? avec quelle fréquence ? les suivez-vous ensuite et sinon quelles en sont les raisons majeures ?
4. Suivez-vous des grossesses en cabinet libéral ? Combien de suivi effectuez-vous sur une année ? pourquoi ?
5. Quelles relations établissez-vous avec les spécialistes dans le cadre du suivi commun d'une grossesse et d'autres pathologies intercurrentes ? Avez-vous connaissance du carnet de maternité et l'utilisez-vous ?
6. Jusqu'à quel terme les suivez-vous ? Quels sont les problèmes que vous rencontrez ?
7. Quelle connaissance avez-vous du réseau de soins périnataux ?
8. Les médecins généralistes que vous connaissez suivent-ils des grossesses ? Aimeraient-ils en suivre plus ? Avez-vous entendu parler par vos confrères de difficultés spécifiques concernant le suivi de la grossesse ?
9. Quelle est votre opinion sur le suivi des grossesses tel qu'il est effectué aujourd'hui au travers du discours des femmes que vous connaissez ?
10. Quels sont vos relais pour ces femmes ? et leurs rôles ? sages-femmes libérales, médecins spécialistes gynécologue obstétricien libéral, médecins spécialistes gynécologue, obstétricien service public, hôpitaux ?
11. Quels sont les problèmes que vous rencontrez le plus fréquemment / suivi de grossesse (refus de suivi par les femmes ? refus de suivre de votre part ? difficultés à travailler avec d'autres professionnels) ? Expliquer votre position suivant les réponses apportées.
12. Pour les échographies de la grossesse: à qui adressez-vous les femmes ? Hôpital ? radiologue libéral ? spécialiste gynécologue obstétricien formé libéral ?

13. Vous formez-vous régulièrement et comment ? La formation en matière de suivi de grossesse vous manque-t-elle ? Souhaiteriez-vous approfondir votre connaissance ?
14. Quelle modalité de formation vous semblerait la plus adaptée ? Avez-vous déjà effectué une formation sur le suivi de la grossesse ?
15. Pensez-vous que si une formation spécifique sur le suivi de la grossesse était mise en place elle intéresserait beaucoup de professionnels ?
16. A votre avis comment pensez-vous qu' il serait possible d' améliorer le suivi de la grossesse dans le LOIRET ?
17. Qu' attendez-vous des services de l' état pour améliorer l' organisation de la prise en charge dans ce champ ?