

# **Ecole Nationale de la Santé Publique**

**Directeur d'hôpital**

*Date du Jury : Décembre 2000*

## **LE RESEAU MATERNITE EN** **YVELINES**

**Evaluation et enseignements**

*pour une politique périnatale en Ile de France*

**ACHOUR Pascale**

**Je remercie particulièrement:**

Monsieur Gilles CALMES

Directeur de Cabinet du Centre Hospitalier Intercommunal de POISSY / ST GERMAIN

Qui a accepté d'être mon Directeur de mémoire.

**Je remercie vivement:**

Monsieur Marc BUISSON

Directeur du Centre Hospitalier Intercommunal de POISSY / ST GERMAIN

**MONSIEUR PHILIPPE BLUA**

Directeur des travaux, de la stratégie et du plan

Et maître de stage

**Ainsi que toute l'équipe de direction de l'établissement.**

**J'exprime enfin mes remerciements à :**

Monsieur le Docteur JP BAULT

Chef de service de Gynécologie Obstétrique à la Clinique du Montgardé

Monsieur Michel DAIGNE

Ingénieur ECP, Vice Président de Centrale Santé, Directeur d'ISAM Ressources

Madame Dominique LE BŒUF

Cadre Infirmier au Centre Hospitalier de Versailles

Monsieur le Professeur Henri-Jean PHILIPPE

Chef de service de Gynécologie Obstétrique au CHI de POISSY / ST GERMAIN

Monsieur Gilles POUTOUT

Sous-Directeur de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

Ainsi qu'à toute l'équipe de *Maternité en Yvelines*.

**SIGLES**

ANAES : Agence Nationale de l'Accréditation et de l'Evaluation en Santé

ARH (IF) : Agence Régionale de l'Hospitalisation (d'Ile de France)

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Sociaux

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CTCN : Commission Technique Consultative de la Naissance

CREDES : Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

HSCP : Haut Comité de Santé Publique

MCO : Médecine- Chirurgie - Obstétrique

ONDAM : Objectif National d'évolution des Dépenses d'Assurance Maladie

PMI : Protection Maternelle et Infantile

SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

URHIF : Union Régionale Hospitalière d'Ile de France

## **SOMMAIRE**

<b><u>LE RÉSEAU MATERNITÉ EN YVELINES .....</u></b>	<b><u>1</u></b>
<b><u>MONSIEUR PHILIPPE BLUA .....</u></b>	<b><u>2</u></b>
<b>AINSI QUE TOUTE L'ÉQUIPE DE DIRECTION DE L'ÉTABLISSEMENT. ....</b>	<b>2</b>
<b><u>AVANT-PROPOS MÉTHODOLOGIQUE .....</u></b>	<b><u>6</u></b>
<b><u>INTROCUCTION .....</u></b>	<b><u>8</u></b>
<b><u>PARTIE I.....</u></b>	<b><u>10</u></b>
<b><u>PÉRINATALITÉ ET TRAVAIL EN RÉSEAU : .....</u></b>	<b><u>10</u></b>
<b><u>MATERNITÉ EN YVELINES, UN PRÉCURSEUR EN ILE DE FRANCE ? .....</u></b>	<b><u>10</u></b>
<b>I - LE TRAVAIL EN RÉSEAU : ASPECTS HISTORIQUES ET ÉLÉMENTS DE DÉFINITION.....</b>	<b>10</b>
A) Les réseaux de soins : une réponse aux carences des structures de soins. ....	10
B) Différents types de réseaux au service du même objectif. ....	12
<b>II – RÉFORME PÉRINATALE ET RÉSEAUX INTERHOSPITALIERS.....</b>	<b>15</b>
A) Une réforme tendant à assurer la qualité et la sécurité des soins périnataux. ....	15
B) Des complémentarités nécessaires: les réseaux interhospitaliers. ....	19
<b>III – LA POLITIQUE PÉRINATALE FRANCILIENNE .....</b>	<b>21</b>
<b>ET LES RÉSEAUX DE PRISE EN CHARGE GLOBALE DE LA NAISSANCE. ....</b>	<b>21</b>
A) La politique périnatale francilienne ou l'objectif d'une amélioration globale des conditions de la naissance. ....	21
B) <i>Maternité en Yvelines</i> , réseau périnatal de la première heure. ....	26
<b><u>PARTIE II.....</u></b>	<b><u>29</u></b>
<b><u>MATERNITÉ EN YVELINES.....</u></b>	<b><u>29</u></b>

<b><u>OU L'EXTENSION DE LA LOGIQUE DE RÉSEAU.</u></b> .....	<b>29</b>
<b>I – UNE DÉMARCHE PROFESSIONNELLE AU SERVICE D'OBJECTIFS PARTAGÉS.</b> .....	<b>29</b>
A) Le rapprochement volontaire des maternités des Yvelines autour d'objectifs communs. ....	29
B) La définition concertée de l'exercice professionnel en réseau. ....	33
<b>II- UN RÉSEAU INTERHOSPITALIER RÉGLEMENTAIRE</b> .....	<b>37</b>
A) Relais administratif et appui institutionnel de la démarche. ....	37
B) La formalisation juridique des complémentarités émergentes. ....	39
<b>III – UN RÉSEAU ÉVOLUTIF, VERS UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE DE LA PÉRINATALITÉ.</b> .....	<b>43</b>
A) Enrichir les connaissances professionnelles et s'ouvrir sur la ville : l'extension des frontières de <i>Maternité en Yvelines</i> . ....	44
B) Intégrer l'aspect social de la prise en charge périnatale : l'extension des objectifs de <i>Maternité en Yvelines</i> . ....	47
<b>PARTIE III</b> .....	<b>51</b>
<b>UNE PÉRENNITÉ SURDÉTERMINÉE :</b> .....	<b>51</b>
<b>CONDITIONS DE PERMANENCE DE <i>MATERNITÉ EN YVELINES</i></b> .....	<b>51</b>
<b>I – LES PRINCIPES FONDATEURS DE MATERNITÉ EN YVELINES</b> .....	<b>51</b>
<b>COMME PRÉREQUIS D'UNE COMPLÉMENTARITÉ VIABLE.</b> ....	<b>51</b>
A) Place centrale de l'utilisateur et permanence du réseau.....	52
B) La force du bénévolat. ....	54
<b>II - DU BÉNÉVOLAT À LA RECONNAISSANCE FINANCIÈRE</b> .....	<b>56</b>
A) La nécessité de disposer d'un financement pérenne. ....	56
DEPENSES DE FONCTIONNEMENT .....	57
B) La recherche de nouvelles sources de financement. ....	58
<b>III – AU DELÀ DES HYPOTHÈSES DE SUCCÈS : L'ÉVALUATION DES RÉSULTATS.</b> .....	<b>61</b>
A) Pour mieux évoluer, savoir s'évaluer. ....	62
B) La construction d'un système d'évaluation. ....	66
<b><u>BIBLIOGRAPHIE</u></b> .....	<b>76</b>

## AVANT-PROPOS METHODOLOGIQUE

*Maternité en Yvelines* est un sujet d'étude à la fois concret et théorique. Il invite à l'étude des aspects pratiques de l'émergence et du fonctionnement du réseau, autant qu'à l'analyse des éléments généraux liés aux réseaux de soins et à la réforme périnatale. Il s'agit à la fois de déterminer les enjeux du contexte, à la fois d'interroger l'histoire pour en tirer les enseignements et tenter d'en résoudre les questionnements.

Ma démarche a consisté d'abord à étudier l'ensemble du processus de constitution et des modalités d'existence de *Maternité en Yvelines*, au travers de la lecture et l'analyse de l'ensemble des documents internes en retraçant le cheminement, mais aussi de rencontres répétées avec ses différents acteurs. Une participation régulière aux instances de la vie du réseau m'a permis d'en cerner l'ambiance et les enjeux réels, de comprendre les motivations des uns et des autres, de mesurer leur implication, d'identifier leurs espoirs et leurs doutes.

Parallèlement, j'ai souhaité mener ma propre réflexion sur la problématique des réseaux de soins et de la réforme périnatale, en multipliant les lectures, en assistant à des colloques, journées de formation, instances de réflexion relatives à ces thèmes.

Ainsi ai-je notamment assisté à la Journée Nationale de la Réforme Périnatale organisée par l'Association TranSFaire qui s'est tenue au Palais du Luxembourg le lundi 17 mai 1999, comme à la journée de formation continue des sages-femmes de l'AP-HP du 27 avril 2000 intitulée *Contribution de la sage-femme à l'élaboration de la politique régionale périnatale*. Ainsi ai-je également participé à un groupe de travail animé par l'Union Régionale des Caisses d'Assurances Maladie d'Ile de France sur le thème des réseaux de soins, et rencontré les personnes qui m'ont semblé avoir une approche constructive du sujet.

Le présent document est le fruit de toutes ces recherches, humaines ou littéraires, liées aux aspects concrets autant que théoriques. Il tend à faire un état des lieux concernant les difficultés et les atouts de la mise en œuvre de réseaux de périnatalité, à la lumière de l'exemple de *Maternité en Yvelines*. Il tend aussi à proposer des pistes de réflexion pour relever les défis auxquels ils sont aujourd'hui confrontés.

## INTRODUCTION

C'est un contexte bien particulier que celui qui caractérise la réorganisation de la prise en charge périnatale selon un principe de complémentarité hospitalière. En tant que réseaux de soins, les réseaux périnataux ont une forte dimension d'initiative, de volontariat ; mais imposés par la réforme du 9 octobre 1998, ils sont à la fois teintés d'injonction voire prennent un accent de restructuration.

*Maternité en Yvelines* est l'un des premiers réseaux périnataux constitués en Ile de France. Précoce dans son émergence, il a anticipé la réforme en même temps qu'il en a intégré les objectifs et dépassé les principes. Elève modèle de l'ARH, à l'heure du dépôt des dossiers d'agrément, il est présenté aujourd'hui comme un succès de l'organisation nouvelle.

Ce dossier d'agrément est pour certains le point de départ d'une collaboration à construire de toutes pièces. Pour *Maternité en Yvelines*, c'est une consécration, la reconnaissance d'un travail de long terme, mais aussi l'heure des premiers bilans. Dans quelle mesure cette apparente harmonie traduit-elle la pertinence d'une réforme somme toute sévère ?

En analysant les processus à l'œuvre dans la constitution et dans le fonctionnement de *Maternité en Yvelines*, il s'agit de chercher les ingrédients d'une complémentarité réussie en même temps que les conditions de sa pérennité ; car au-delà de l'esthétique du modèle, c'est bien en terme de résultats qu'on en appréciera la valeur.

Les enseignements d'une telle expérience, c'est-à-dire à la fois son applicabilité à d'autres démarches de même objet, et sa signification quant aux conséquences de la réforme périnatale n'auront en effet de sens que si elle fait la preuve de son efficacité.

Anticipant les conséquences de la réforme périnatale, *Maternité en Yvelines* s'est inscrit dans la logique d'une politique régionale dans laquelle il a fait figure de précurseur (I). Conforme aux objectifs réglementaires, il en a aussi dépassé les principes, reculant les limites de l'esprit de réseau périnatal (II). Les enseignements d'une telle expérience sont désormais liés aux conditions de sa pérennité et notamment à sa capacité de faire la preuve de son efficacité (III).

**PARTIE I**  
**PERINATALITE ET TRAVAIL EN RESEAU :**  
**MATERNITE EN YVELINES, UN PRECURSEUR EN ILE DE FRANCE ?**

**I - Le travail en réseau : aspects historiques et éléments de définition.**

« Le réseau de soins est un ensemble d'acteurs organisé, en liaison ou non avec un ou plusieurs établissements de santé. Il associe des personnes physiques ou morales, dispersées sur des zones géographiques données, de compétences différentes et réglementaires, agissant selon des références partagées, pour optimiser la prise en charge globale des patients »<sup>1</sup>. Cette définition proposée par l'ARH et l'URCAM d'Ile de France semble pêcher par sa généralité. Elle est cependant très représentative de la réalité des réseaux de soins aujourd'hui. En effet, si d'officieux qu'ils étaient, ceux-ci sont aujourd'hui devenus officiels, il n'en demeure pas moins que le concept souffre d'un manque de précision certain qui peut nuire à son développement, en même temps que cette absence de contours est un indiscutable facteur de souplesse (le travail en réseau demeurant ouvert à toutes les initiatives).

**A) Les réseaux de soins : une réponse aux carences des structures de soins.**

Longtemps les réseaux de soins ont relevé du simple bénévolat, de la seule implication de praticiens médicaux et non médicaux animés d'une volonté de travailler en meilleure adéquation avec les besoins de leurs patients. De plus en plus incontournables en tant qu'instrument de rationalisation de l'offre de

<sup>1</sup> *Réseaux Ile de France n°1*, lettre d'information de l'ARH et de l'URCAM d'Ile de France, septembre 1999.

soins, ils ont fait l'objet d'une reconnaissance institutionnelle progressive, allant du particulier vers le général, selon un processus de formalisation inachevé à ce jour.

Si Juan Manuel Vinas<sup>2</sup> fait remonter l'avènement des premiers réseaux de soins à la lutte contre la tuberculose lors de la première guerre mondiale, l'engouement pour les réseaux se développe à partir de la fin des années quatre-vingts, extirpant l'hôpital d'une longue période d'isolement. La configuration du tissu sanitaire se révèle en effet inadaptée à la prise en charge de certaines pathologies chroniques et en particulier de maladies émergentes telles que le Syndrome de l'Immuno-Déficiences Acquises. La circulaire Durieux DGS/DH n°612 du 4 juin 1991 relative à la mise en place des réseaux ville - hôpital dans le cadre de la prévention et de la prise en charge des personnes atteintes d'infection à VIH est le point de départ d'un processus de reconnaissance institutionnelle des réseaux de soins qui s'applique dans un premier temps à des réseaux thématiques purs ou monothématiques. Ainsi, au début des années quatre-vingt-dix, les réseaux de prise en charge de populations ou de pathologies spécifiques se multiplient à l'initiative des professionnels, encouragés et encadrés par une série de circulaires ministérielles<sup>3</sup>.

Dans le courant des années quatre-vingt dix, le travail en réseau apparaît de plus en plus comme le moyen de pallier les insuffisances de l'organisation de l'offre de soins, tant en termes d'efficacité que d'efficience. Avec l'objectif de promouvoir l'émergence des modes de prise en charge alternatifs à ceux qu'autorisaient les structures existantes, cloisonnées et souvent concurrentes, dans les domaines où elles se sont montrées le plus inadaptées, il se révèle en effet être de nature à améliorer la qualité de la prise en charge sanitaire. Mettant à jour les carences du système, il apparaît également comme un moyen privilégié de rationaliser les dépenses de santé ; la réorganisation de l'offre de soins selon des principes de complémentarité et de mise en commun de moyens devenant le principe d'une politique de réduction des coûts de fonctionnement du système de santé.

---

<sup>2</sup> *Actualité et dossier en santé publique* n°24, Revue trimestrielle du Haut Comité de la Santé Publique, septembre 1988.

<sup>3</sup> Par exemple, les circulaires DGS/DH n°93-72 du 9 novembre 1993 et n°94-15 du 7 mars 1994 relatives à la mise en place des réseaux toxicomanie.

Les SROS adoptés en 1994 en application de la loi hospitalière du 31 juillet 1991 se donnent ainsi, pour la plupart, l'objectif de restructurer le tissu sanitaire en privilégiant les logiques médicales plutôt qu'institutionnelles. Le principe de la carte sanitaire qui découpait le territoire en zones équivalentes à l'intérieur desquelles les établissements de santé assuraient une offre globale, se voit notamment dépassée par des logiques de « complémentarité horizontale (partage de l'offre) et de continuité verticale (gradation de l'offre) »<sup>4</sup>. Il faudra cependant attendre les ordonnances du 24 avril 1996 pour que la notion de réseau de soins entre dans la réglementation hospitalière et que sa reconnaissance institutionnelle soit enfin consacrée.

## **B) Différents types de réseaux au service du même objectif.**

Les ordonnances Juppé prévoient deux types de réseaux de soins, les uns relevant du code de la santé publique, les autres du code de la sécurité sociale.

L'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée ajoute au code de la santé publique l'article L712-3-2<sup>5</sup> qui prévoit la possibilité pour les établissements de santé de créer des réseaux de soins « spécifiques à certaines installations et activités de soins (...) ou à certaines pathologies » tendant à assurer la satisfaction des besoins de la population tels qu'ils sont définis par la carte sanitaire ou les schémas d'organisation sanitaire. Leur objet est d'assurer « une meilleure orientation du patient, de favoriser la coordination et la continuité des soins et de promouvoir la délivrance de soins de proximité de qualité ». Le texte précise que ces réseaux peuvent associer d'autres professionnels de santé. Les conventions constitutives sont soumises à l'agrément du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

---

4 Gilles Poutout, Réseaux : la fin des citadelles, Technologie Santé n°37, CNEH, juillet 1999.

5 Texte présenté en annexe.

Ces réseaux sont soumis à la procédure d'accréditation (article L710-5) et sont encouragés dans le cadre des contrats d'objectifs et de moyens conclus entre les ARH et les établissements hospitaliers (articles L710-16-1 et L710-16-2).

L'ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé ajoute au code de la sécurité sociale l'article L162-31-1<sup>6</sup> qui prévoit la réalisation d'actions expérimentales en vue de promouvoir « des formes nouvelles de prise en charge des patients et d'organiser un accès plus rationnel au système de soins ainsi qu'une meilleure coordination dans cette prise en charge ». Il peut s'agir de filières de soins organisées à partir de médecins généralistes, de réseaux de soins expérimentaux permettant la prise en charge globale de pathologies chroniques ou lourdes, ou de « tout autre dispositif » répondant à ces objectifs. Ces réseaux sont agréés par le ministre de la santé après avis du Conseil d'orientation des filières et réseaux de soins (dit commission Soubie). Ils peuvent faire l'objet de dérogations aux règles de tarification applicables.

Une première typologie des réseaux consiste ainsi à distinguer entre ceux qui relèvent du code de la santé publique et ceux qui relèvent du code de la sécurité sociale. Cependant, il est important de souligner le caractère expérimental des seconds dont la durée est limitée dans le temps à cinq ans à compter de la publication de l'ordonnance les instituant. A l'horizon 2001, donc, ces réseaux n'existeront plus mais on présume d'ores et déjà qu'ils feront place à un système pérenne et amélioré.

Une autre tentative de classification peut consister à distinguer les réseaux selon le centre qui les anime. Le rapport Bacquet<sup>7</sup> sur *L'évolution du système hospitalier* publié en juin 2000 par la Revue Hospitalière de France distingue entre les réseaux H-H, H-V, V-H, et V-V<sup>8</sup>, selon qu'ils concernent exclusivement

---

<sup>6</sup> Texte présenté en annexe.

<sup>7</sup> Alain Bacquet, *Rapport sur l'Evolution du système hospitalier* (thème 1 : *Les réseaux de soins et les relations entre l'hôpital et la médecine de ville*), Revue Hospitalière de France n°3, mai-juin 2000, page 11.

<sup>8</sup> L'article 22 de la loi du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999 modifiant l'article 162-5 du code de la santé publique prévoit en effet la possibilité de réseaux constitués entre les médecins de ville et susceptibles de faire l'objet de règles de tarification dérogatoires, prévues par la convention nationale conclue entre les médecins de ville et la caisse nationale d'assurance maladie.

l'hôpital ou la ville, ou pour les réseaux mixtes, qu'ils concernent en priorité l'un ou l'autre.

Mais de quelque catégorie qu'il relève, le travail en réseau est toujours voué au même objectif : celui d'améliorer la qualité de la prise en charge globale des patients par la promotion de la complémentarité des structures et des compétences, associé à la préoccupation économique de suppression des surcoûts dus au cloisonnement des structures. Il traduit « la possibilité de s'informer mutuellement, de comparer des expériences, de mener des actions communes, de s'associer pour lever des obstacles, voire de bousculer des idées reçues ou des hiérarchies trop pesantes, de créer des coalitions »<sup>9</sup>.

Quelle que soit sa nature, il est toujours fondé sur la réunion des mêmes éléments. Il repose sur une forte implication des professionnels, se matérialise par l'existence de protocoles de prise en charge élaborés conjointement, par l'utilisation de systèmes d'information communs et la définition d'un mode de coordination de référence, et doit pour être pérenne disposer des moyens financiers adéquats. C'est sur ce dernier point que le travail de typologie prend tout le poids qui lui revient dans la mesure où il conditionne fortement les sources de financement envisageables.

Or, si la variété des formes que peuvent prendre les réseaux est facteur d'une souplesse indispensable à leur multiplication, inhérente à leur nature même, elle est source de confusion quant à la répartition des compétences en matière d'agrément et, de façon corollaire, de financement. Ces difficultés résident tant dans la dualité du lien à l'assurance maladie selon la nature du réseau (code de la sécurité sociale ou code de la santé publique, commission Soubie ou ARH, règles dérogatoires de financement ou absence de financement spécifique) que dans la collaboration entre des structures publiques et privées aux règles de fonctionnement distinctes, d'autant plus problématique qu'elle associe parfois ville et hôpital soit deux enveloppes distinctes de l'ONDAM. La proposition du Rapport Bacquet précité<sup>10</sup> de création d'une enveloppe

---

<sup>9</sup> A. Sabouraud, *Ville-santé*, Territoires, février 1996.

<sup>10</sup> Op.cit.

transversale, commune à la ville et à l'hôpital, spécifique au financement des réseaux de soins, dont l'allocation serait régionalisée et relèverait d'une compétence partagée entre les ARH et les URCAM est une première piste de résolution de ces ambiguïtés, mais nous verrons dans l'analyse spécifique de la constitution et du fonctionnement du réseau *Maternité en Yvelines* qu'elle ne les lève que partiellement.

## II – Réforme périnatale et réseaux interhospitaliers.

### **A) Une réforme tendant à assurer la qualité et la sécurité des soins périnataux.**

En 1994, un rapport du Haut Comité de la Santé Publique<sup>11</sup> dressait un constat alarmiste de la situation française en matière de périnatalité. En France en 1993, 10% des naissances s'accompagnaient d'accidents sévères. Sur 750.000 naissances annuelles en moyenne, 4.000 étaient issues de la procréation médicalement assistée et l'on comptait 75.000 nouveau-nés malades (prématurés, hypertrophiés ou mal formés), 5.000 mort-nés, 7.000 décès lors de la première année, 15.000 handicapés sévères. 140 femmes mouraient chaque année des suites de couche. La mortalité infantile demeurait également très élevée à 7,3 pour 1.000 naissances en 1990, la France se situant sur ce point au onzième rang mondial selon un classement de l'OCDE. Une telle situation n'était plus acceptable dans un pays disposant des moyens matériels, humains et scientifiques d'assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge périnatale. Les auteurs du rapport soulignaient qu'«une proportion non négligeable de ces diverses complications est évitable, qu'elles sont inégalement réparties dans le territoire et dans les diverses classes sociales ».

Déjà en 1991, l'enquête GAIN obstétrique menée par les trois principaux régimes d'assurance maladie avait mis en évidence une offre de soins excessive

<sup>11</sup> HSCP, *La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance. Pour un nouveau plan périnatalité*, 1994

et une qualité disparate de l'offre avec des carences inquiétantes en matière de normes minimales de sécurité ; ainsi qu'une répartition des risques à la fois aléatoire et mal gérée par le système et des variations importantes de pratiques.

Quatre objectifs ont été dégagés de ces constats, permettant d'aligner la France sur la nation la plus favorisée après comparaisons internationales et de réduire les inégalités sociales au sein de la collectivité nationale : diminuer la mortalité maternelle de 30%, abaisser la mortalité périnatale de 20%, réduire les cas d'hypertrophie du nourrisson de 25% et réduire le nombre de femmes peu ou pas suivies au cours de leur grossesse. Cinq priorités répondant à ces objectifs ont été définies consistant à accroître la sécurité lors de l'accouchement, à améliorer le suivi de la grossesse, à améliorer les soins aux nouveau-nés, à humaniser les conditions de l'accouchement et à évaluer la politique suivie.

Le plan périnatalité pour 1995-2000, élaboré au vu de ces conclusions reprend l'ensemble de ces objectifs et décline les priorités précitées en seize mesures pour la périnatalité.

<b>Priorité A</b>	<b>Accroître la sécurité lors de l'accouchement</b>	
	Mesures 1 & 8	Élaborer des normes opposables de sécurité
	Mesure 2	Impulser une politique régionalisée favorisant la mise en réseau des divers acteurs et établissements concernés
<b>Priorité B</b>	<b>Améliorer le suivi de la grossesse</b>	
	Mesure 3	Responsabiliser les femmes ayant moins de 3 consultations pendant la grossesse
	Mesure 5	Améliorer la qualité de la surveillance de la grossesse
	Mesure 6	Améliorer la qualité des échographies
<b>Priorité C</b>	<b>Améliorer les soins aux nouveau-nés</b>	
	Mesure 7	Améliorer l'efficacité des techniques de réanimation à la naissance
	Mesure 8	Rendre obligatoire la présence d'astreinte ou d'un pédiatre
	Mesure 9	Éviter les transferts inutiles en pédiatrie
<b>Priorité</b>	<b>Humaniser les conditions de l'accouchement</b>	

<b>D</b>		
	Mesure 11	Lutter contre la douleur au cours de l'accouchement
	Mesure 12	Limiter la séparation mère-enfant
<b>Priorité E</b>	<b>Évaluer la politique suivie</b>	
	Mesure 13	Renforcer le rôle des commissions techniques consultatives de la naissance
	Mesure 14	Mettre en place un système d'expertise des cas de mort maternelle
	Mesure 15	Améliorer la connaissance épidémiologique des causes de décès néonataux
	Mesure 16	Pouvoir disposer à intervalles réguliers d'indicateurs de santé fiables et actualisés dans le domaine périnatal.

Les décrets n°98-899 et 98-900 du 9 octobre 1998 relatifs aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie et la réanimation néonatale ont pris acte de ces conclusions.

**Le décret n°98-899**<sup>12</sup> modifie l'établissement de la carte sanitaire tel qu'il était prévu au code de la santé publique et le régime des autorisations de pratiquer ces activités. Il prévoit l'organisation des structures en trois niveaux de soins selon la technicité des soins pédiatriques qui leur sont associés. Les maternités de niveau I possèdent une unité d'obstétrique, les maternités de niveau II possèdent une unité d'obstétrique et une unité de néonatalogie (on distingue désormais entre IIA et IIB selon l'existence d'une unité de soins intensifs) , enfin les maternités de niveau III possèdent, en sus de ces unités, une unité de réanimation néonatale. Les établissements disposant d'une unité d'obstétrique mais pas d'une unité de réanimation d'adultes passent une convention soumise à l'approbation du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, avec un établissement exerçant cette activité. Les établissements pratiquant l'obstétrique et traitant des grossesses à haut risque disposent d'une unité de réanimation adulte et d'une unité de réanimation néonatale.

<sup>12</sup> Décret n°98-899 du 9 octobre 1998 modifiant le titre I du livre VII du code de la santé publique et relatif aux établissements pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale, Journal officiel du 10 octobre 1998, p.15343.

Une activité minimale de trois cents accouchements par an est nécessaire, sauf dérogations liées à des considérations géographiques, pour qu'un établissement soit autorisé à pratiquer l'obstétrique. A défaut, l'établissement peut devenir « centre périnatal de proximité » exerçant des activités pré et post natales, avec le concours d'un établissement pratiquant l'obstétrique auquel il se lie par une convention.

Le décret précité stipule que « le schéma régional d'organisation sanitaire fixe les objectifs en ce qui concerne la coopération entre les établissements autorisés à pratiquer l'obstétrique, la néonatalogie et la réanimation néonatale et l'organisation en matière d'orientation de la femme enceinte » vers le niveau de maternité adapté en fonction du risque décelé pour elle ou pour son enfant. Les établissements ne disposant pas des trois unités doivent ainsi adhérer à un réseau de soins ou passer une convention avec un ou plusieurs établissements « possédant les unités dont il ne dispose pas », le dossier de demande ou de renouvellement d'autorisation des activités concernées devant en faire état.

**Le décret n° 98-900<sup>13</sup>** énonce des conditions techniques de fonctionnement concernant les locaux, les équipements, l'organisation et l'environnement médico-technique dans lesquels les unités doivent fonctionner, aussi bien que les personnels médicaux et non médicaux exigés, en imposant une organisation de nature à assurer la continuité des soins. Des capacités minimales sont fixées pour les différentes unités concernées afin de structurer une offre régionale conciliant accès aux soins et sécurité des soins.

Par ailleurs, l'arrêté du 9 janvier 1999<sup>14</sup> institue des commissions régionales des naissances ayant pour mission de favoriser le développement de réseaux relatifs à la périnatalité associant professionnels et institutions, afin de coordonner au mieux la prise en charge pré et post natale, en particulier pour les femmes en situation de précarité ; de proposer les adaptations nécessaires au

---

<sup>13</sup> 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 du 10 octobre 1998, page 15344.

<sup>14</sup> Arrêté du 9 janvier 1999 relatif aux commissions régionales de la naissance, Journal Officiel du 20 janvier 1999, page 1043.

niveau régional de la politique nationale ; d'impulser des actions de formation des professionnels ; d'informer les professionnels de la périnatalité de ses travaux en ce domaine et d'apporter son concours à l'évaluation des actions menées dans la zone de référence.

La publication de ces textes et l'adoption des SROS correspondants ont profondément modifié le tissu hospitalier en matière de périnatalité. D'une part, les établissements ont dû redéfinir la nature de leurs activités dans ce domaine selon les autorisations obtenues compte tenu des conditions techniques en vigueur. D'autre part, les établissements ont dû constituer des réseaux permettant d'organiser la complémentarité entre les différents niveaux de soins.

### **B) Des complémentarités nécessaires: les réseaux interhospitaliers.**

Dans ce contexte, il est en effet devenu indispensable pour les établissements de santé publics et privés pratiquant des activités néonatales de travailler en complémentarité. D'autant plus que l'adhésion à un réseau ou à une convention de coopération conditionne désormais l'obtention de l'autorisation d'exercer les activités concernées.

Le travail de classification évoqué plus haut peut sembler superfétatoire en matière de périnatalité puisqu'à l'évidence, les réseaux de soins qui en organisent la prise en charge sont des réseaux du code de la santé publique, soumis à l'agrément du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et susceptibles d'accréditation, et qu'ils sont en priorité des réseaux interhospitaliers. L'exigence réglementaire issue de la réforme périnatale ci-dessus décrite est claire sur ce point et ne va pas plus loin. Il s'agit pour les maternités des différents niveaux de coordonner leurs interventions selon la nature du besoin des parturientes, et en particulier d'assurer leur orientation vers la structure adaptée en fonction du risque décelé.

Dans cette perspective, la prise en charge de la grossesse doit faire l'objet d'une organisation très précise où les responsabilités de chacun sont clairement définies. La collaboration ne peut en effet reposer que sur la définition de

référentiels communs tant en ce qui concerne les modalités de la prise en charge interne à chaque maternité, qu'en ce qui concerne les indications et modalités de transferts entre les structures membres du réseau. Ceci suppose que des protocoles de prise en charge communs et consensuels doivent être définis et validés par chaque membre, mais aussi que des moyens d'information et de communication doivent être mis en place collectivement. Le réseau périnatal repose donc sur une exigence structurelle minimale.

La formalisation juridique de la collaboration doit également être envisagée ; les membres du réseau doivent choisir la forme juridique de leur collaboration, sachant qu'aucune n'est neutre ni exempte de conséquences dans la conception du rôle de chacun.

Enfin la prise en charge périnatale en réseau implique une modification des pratiques professionnelles et du comportement des patientes dans le choix de leur maternité, puisque celui-ci est désormais conditionné par le degré de risque décelable dans le déroulement de sa grossesse. Le travail en réseau ne peut donc se faire que pour et avec le public auquel il s'adresse. Il ne peut faire l'économie d'une véritable politique d'information des patientes, d'autant plus délicate que l'objet est pour elles source de grande inquiétude ; pas plus qu'il ne peut faire l'impasse d'une profonde implication des professionnels.

Pour répondre aux objectifs de la réforme périnatale, les établissements ont donc dû repenser l'organisation de la prise en charge pour l'adapter à ce nouveau contexte. Une telle évolution du contexte réglementaire et par conséquent des pratiques s'est assurément révélée déstabilisante pour l'institution hospitalière, dans la mesure où elle a imposé son adaptation immédiate selon des modalités aux contours juridiques imprécis.

Mais elle a également fait écho à une prise de conscience qui lui était antérieure, dans le droit fil des principes dictés par les conclusions du HCSP : si le contexte réglementaire de la réforme périnatale rendait obligatoires les mesures tendant à améliorer la sécurité à la naissance et la qualité des soins périnataux, le plan périnatalité inspiré des conclusions du rapport du haut comité

était centré sur l'objectif plus global de « mieux naître en France »<sup>15</sup>, allant bien au delà du cadre purement hospitalier.

Ces préoccupations ont été largement relayées par les politiques mises en place au niveau régional en application du plan périnatalité. En effet, si les politiques régionales se sont avant tout attachées à accompagner l'application des stipulations réglementaires nouvelles, elles ont également porté les objectifs plus généraux ayant inspiré la réforme.

De ce fait on peut dire que les conséquences de la réforme périnatale dépassent largement le maillage du territoire en réseaux interhospitaliers de prise en charge périnatale, qui n'en est que le socle minimal.

### **III – La politique périnatale francilienne et les réseaux de prise en charge globale de la naissance.**

#### **A) La politique périnatale francilienne ou l'objectif d'une amélioration globale des conditions de la naissance.**

Dès 1996, à la demande des professionnels et notamment des membres du collège des gynécologues-obstétriciens du groupe d'étude en néonatalogie d'Ile de France, l'Inspection Régionale de la Santé a constitué un groupe technique autour de la sécurité à la naissance en prenant comme thème de réflexion le transfert *in utero*. Les travaux de ce groupe ont abouti à la création d'une Commission Technique Consultative de la Naissance, animée par la DRASS depuis 1997.

En 1997, pour faire écho aux priorités dégagées par la conférence nationale de santé, un autre groupe de travail a été mis en place pour traiter du

---

<sup>15</sup> Intitulé de l'un des thèmes nationaux des Etats généraux de la santé conduits par le ministère de l'emploi et de la solidarité depuis octobre 1998.

thème *Naissance à risque : du médical au social*, rendant compte de la problématique de la périnatalité en Ile de France. L'identification des facteurs de risques tant médicaux que psycho-sociaux autour de la naissance ou ceux liés à l'organisation du dispositif de l'offre de soins périnataux a permis de proposer des axes d'action pour atteindre les objectifs régionaux du plan gouvernemental de périnatalité d'avril 1994.

La conférence régionale de santé d'avril 1997 qui inscrit la périnatalité comme priorité régionale conclut notamment à :

- « l'existence de disparités interdépartementales importantes » ;
- « l'inadéquation entre le lieu de naissance et l'existence de risques obstétricaux et pédiatriques, principal facteur de risque dans notre région » ;
- « l'insuffisance de la prise en considération des troubles précoces de la relation mère - enfant et en particulier de la dépression maternelle du post-partum qu'il faut mieux dépister ».

De ce constat deux orientations sont dégagées ; il s'agit :

- d'« améliorer le suivi des femmes enceintes, des nouveau-nés et des nourrissons en fonction des facteurs de vulnérabilité médico-psycho-sociaux , notamment par l'amélioration de l'accès aux soins, en particulier pour les jeunes mères, en développant le partenariat entre les équipes hospitalières et les professionnels de ville, ou par l'adaptation de la durée de séjour en fonction des populations ».
- d'« adapter les lieux de naissance à la réalité des risques obstétricaux et pédiatriques et améliorer la sécurité et la qualité de l'accueil des femmes lors de l'accouchement ».

La mise en action des conclusions et des recommandations du jury est confiée à la CTCN dès sa création en septembre 1997<sup>16</sup>.

En 1998, la périnatalité est retenue comme priorité de santé publique pour le Schéma d'Organisation Sanitaire de deuxième génération. L'organisation des prises en charge obstétrico-néonatale et anesthésique par la coopération entre maternités, services de néonatalogie et de réanimation adulte et avec les partenaires extérieurs à l'hôpital permettra de repenser la sécurité des mères et des futurs nouveau-nés . Deux axes sont ainsi privilégiés :

**\* L'amélioration de la sécurité à l'accouchement et à la naissance.**

L'objectif national est que 80% des femmes à risque d'accoucher très prématurément avant trente-trois semaines d'aménorrhée soient prises en charge par une maternité de type III. Pour cela, plusieurs axes d'action sont envisagés par le SROS :

- La mise en place des réseaux de proximité par une contractualisation entre les différents types de maternité.

Entre le 3 mars et le 2 avril 1998, les réunions départementales organisées par la CTCN et la DRASSIF pour lancer une « évaluation – action » sur les naissances très prématurées ont permis d'insister sur la nécessité de transférer les femmes vers la maternité adaptée avant l'accouchement (*transfert in utero*).

En décembre 1998 et janvier 1999, lors de l'élaboration du SROS, les réunions départementales de présentation des propositions de la CTCN, en relation avec les projections proposées par l'ARHIF, ont permis de noter l'avancée de la constitution des réseaux périnataux (Yvelines, Nord des Hauts de Seine, Seine Saint Denis, Val de Marne, Val d'Oise Ouest) et le démarrage d'un réseau d'accès aux soins dans le sud des Hauts de Seine. Cette réflexion, organisée autour de la notion de bassins de vie, a permis aux maternités et aux

---

<sup>16</sup> Par arrêté préfectoral du 30 septembre 1997.

professionnels de se positionner pour une prise en charge des femmes enceintes selon les besoins identifiés .

- Le développement de la télémédecine en médecine périnatale .

La Direction de l'Aménagement du Territoire et le Ministère chargé de la Santé ont financé en 1999, 35 établissements à hauteur de 3 millions de francs.

- L'institution de la cellule francilienne des transferts *in utero* .

Une cellule francilienne des transferts *in utero* a été mise en place en septembre 1998 pour assurer la régulation de ces transferts entre les établissements au cours des phases intermédiaires où le maillage en réseaux de proximité des maternités n'est pas complètement fonctionnel, et pendant la période de dépôt et d'examen des dossiers d'autorisation pour les activités périnatales (obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale)<sup>17</sup>. En un an d'activité, elle a répondu à 1381 appels provenant de 90% des maternités d'Ile de France dont 70% travaillaient déjà en réseau. Son rôle dans la politique de régulation des transferts *in utero* sera fonction de la capacité d'organisation des professionnels, les maternités de type III devant être capables à terme de répondre à toutes les demandes médicalement justifiées provenant des professionnels du réseau dont elles sont membres.

Enfin, l'évaluation - action sur les naissances très prématurées devait permettre d'évaluer les pratiques de transfert anténatal, de connaître les lieux de naissance des nouveau-nés très prématurés (accouchement survenu entre 22 et 32 semaines d'aménorrhée + 6 jours et/ou dont le poids de naissance est inférieur à 1500 grammes) et de décrire l'organisation entre maternités, services de néonatalogie et d'anesthésie - réanimation.

---

<sup>17</sup> Op.cit.

**\* L'amélioration du suivi des femmes enceintes, des nouveau-nés et des nourrissons en fonction des facteurs de vulnérabilité médico-psycho-sociaux :**

« Il est évident que l'accès aux soins est fondamental pour un bon suivi de la grossesse et une sécurité plus grande à l'accouchement et à la naissance. Une meilleure gestion des risques tant médicaux que psycho-sociaux impose une organisation en réseau avec les différents partenaires et professionnels de la périnatalité »<sup>18</sup>.

L'effort d'amélioration de la prise en charge périnatale ne se limite donc pas à sa seule dimension hospitalière et doit s'inscrire dans une perspective globale. Le SROS étend en ce sens les objectifs du travail en réseau :

- « Le réseau doit être capable de fournir une réponse adaptée aux besoins médicaux, sociaux et psychologiques des mères, bébés et parents dans un bassin de population. Le réseau périnatal a deux missions : la mission médico-psycho-sociale et la mission d'adaptation des lieux de naissance selon les facteurs de risques et les pathologies ».
- « Le développement des structures de soins de suite et d'hospitalisation à domicile, en pré et post-partum, pour contribuer à la prévention des troubles psychopathologiques de la femme enceinte, du nouveau-né et de ses parents qui peuvent conduire à la maltraitance, des séparations (...) voire des placements à l'aide sociale à l'enfance »<sup>19</sup>.

Parallèlement, le repérage et la prise en charge des femmes à risque sont pris en compte dans le cadre des Crédits Régionaux d'Education et Promotion de la Santé (huit projets ont été financés à hauteur de 343.000 francs en 1999 dont une partie s'intègre dans le cadre du réseau ville – hôpital), et sont inscrits dans le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins pour 1999-2000

---

<sup>18</sup> SROS Ile de France 1999-2004.

<sup>19</sup> La CTCN estime qu'environ 1.5 à 2% des parturientes, soit 2000 à 3000 femmes et nouveaux nés auront besoin de ce type de filière de soins en Ile de France. Ce développement doit s'intégrer dans la mise en œuvre du volet « soins de suite et de réadaptation du SROS.

(prévention des grossesses non désirées ; prévention des grossesses à risque par l'accès aux soins) .

### **B) Maternité en Yvelines, réseau périnatal de la première heure.**

La réussite d'une politique de santé est toujours conditionnée par sa correspondance avec les pratiques professionnelles. Il en va ainsi en particulier des politiques d'encouragement ou de formalisation des coopérations. Parce qu'elles remettent en cause des pratiques et des équilibres établis, elles risquent de se voir opposer la rémanence des clivages sur lesquels elles entendent agir. A l'inverse, des pratiques coopératives entre acteurs et structures préexistent parfois à la mise en place de dispositifs formels. Les effets réellement produits par ces nouveaux dispositifs peuvent ainsi différer des résultats escomptés : que deviennent, lors de leurs mises en œuvre concrètes, les interactions et complémentarités pensées *a priori* ? Comment vont se combiner concrètement les pratiques préconisées avec celles déjà installées ? La mise en réseau des maternités et la formalisation des règles de coopération ont pu se trouver confrontées à l'antériorité de réseaux locaux de correspondants privilégiés ou à la remise en cause de logiques de territoire. La politique périnatale n'échappe pas à la traditionnelle problématique sociologique de l'alternative injonction / initiative<sup>20</sup>.

En Ile de France, la politique périnatale a rencontré deux types de situations. Un certain nombre d'établissements ont dû se constituer en réseau *ex nihilo* afin de se conformer à la réglementation. La perspective de la présentation des dossiers d'autorisation des activités périnatales à l'ARHIF a souligné l'urgence de restructurations et de l'institution de collaborations. La plupart des établissements se sont vus contraints de présenter des dossiers promoteurs de réseaux théoriques ne correspondant alors à aucune réalité concrète sur le terrain. Il s'agira pour eux d'adapter les pratiques aux objectifs écrits, celles des professionnels autant que celles des patientes, de créer les conditions d'une complémentarité nouvelle afin que celle-ci puisse devenir autonome et soit à

---

<sup>20</sup> Dominique Le Bouff, *Le lien et la règle, mise en œuvre des réseaux de soins - apports de l'évaluateur*, mémoire DESS Université de Provence Aix Marseille 1, 1998.

terme relayée par une implication des acteurs, et ce au sein d'un bassin de vie repensé.

D'autres au contraire ont préexisté dans les faits aux exigences de la réforme. Ceux-ci se sont vus confortés dans leurs objectifs, en situation d'obtenir une reconnaissance et un soutien juridiques et financiers qui avaient pu leur faire défaut.

Le réseau de périnatalité *Maternité en Yvelines* a été créé le 6 avril 1998 par des représentants des gynécologues-obstétriciens, pédiatres et anesthésistes-réanimateurs de l'ensemble des établissements publics et privés des Yvelines, avec la participation de leurs directeurs. La finalité de ce réseau est alors d'aboutir, à partir de liens d'amitié et de travail déjà institués, à une organisation départementale, puis régionale, des soins en matière de périnatalité. Faisant écho aux objectifs du plan gouvernemental de périnatalité, la finalité principale est d'assurer la sécurité de la naissance pour tous et partout.

L'ARHIF se trouve ainsi aujourd'hui dans la situation d'agrèer deux types de réseaux : des réseaux réglementaires purs, c'est-à-dire répondant aux seules prescriptions des décrets de périnatalité, interhospitaliers et souvent théoriques ; et des réseaux qui en dépassent les objectifs, assortis d'engagements en terme d'évaluation, de développement des moyens de communication, allant parfois jusqu'à proposer une structuration multidimensionnelle au-delà des relations interhospitalières réglementaires. Ces derniers, comme ils ont préfiguré les exigences réglementaires, préfigurent certainement déjà ce à quoi elles doivent aboutir à terme : un mode de prise en charge globale de la périnatalité fondé sur une collaboration élargie à tous les acteurs de la naissance.

Dans ce contexte, les réseaux de prise en charge globale de la périnatalité peuvent apparaître comme les moteurs des évolutions préconisées par les politiques régionales. Ils apparaîtront comme exemples à suivre pour la mise en œuvre concrète des complémentarités réglementaires nouvelles puis, s'ils font la preuve de leur efficacité voire de leur efficience, signeront le succès d'une réforme dont les effets à terme sont encore incertains.

*Maternité en Yvelines*, par la précocité de sa constitution, par la richesse de son projet et de ses objectifs est à ce titre un précieux sujet d'étude. C'est pourquoi il s'agit, à ce stade de notre analyse, d'en étudier dans le détail les éléments concrets avant de d'analyser les conditions de la pérennité et par là même l'«exportabilité» du modèle. Du succès de ce type de réseau dépend en effet l'avenir de la prise en charge périnatale et sa capacité de dépasser les logiques institutionnelles pour mettre au service de la naissance un ensemble de compétences combinées et complémentaires.

**PARTIE II**  
**MATERNITE EN YVELINES**  
**OU L'EXTENSION DE LA LOGIQUE DE RESEAU.**

*Maternité en Yvelines* est le résultat d'une démarche professionnelle relayée par une démarche institutionnelle. Anticipant la réforme périnatale, les pratiques ont précédé les textes, faisant clairement apparaître les nécessités d'un fonctionnement harmonieux et viable. Professionnel, ancré dans les faits plus que dans les textes, *Maternité en Yvelines* est aussi et de ce fait un réseau qui n'est pas statique, qui évolue dans sa composition et dans ses objectifs par son lien originel avec la réalité d'un bassin de population.

**I – Une démarche professionnelle au service d'objectifs partagés.**

**A) Le rapprochement volontaire des maternités des Yvelines autour d'objectifs communs.**

*Maternité en Yvelines* associe l'ensemble des maternités publiques et privées du département des Yvelines. Le réseau s'adresse à un bassin de population de 1.8 millions d'habitants et concerne 18.000 naissances par an.

Les Centres Hospitaliers de Dreux, de Mantes-la-Jolie, de Meulan-les-Mureaux, de Poissy / Saint-Germain-en-Laye, de Rambouillet, de Vernon et de Versailles, les Cliniques Louis XIV, Sully, les Cliniques des Franciscaines, du Docteur Aumont, du Château de la Maye, le Centre Médico-Chirurgical de Parly

II, les Centres Hospitaliers privés de Conflans, du Montgardé et l'Hôpital Privé de l'Ouest Parisien sont les seize établissements qui constituent le réseau<sup>21</sup>.

Les maternités de Dreux et de Vernon font exception à la logique départementale du réseau. Leur participation à *Maternité en Yvelines* est liée à leur situation géographique frontalière (de la région du Centre pour la première et de la Basse Normandie pour la seconde) qui positionne leurs bassins d'attraction sur le territoire des Yvelines. Le cas particulier du Centre Hospitalier de Rambouillet doit également être souligné puisqu'il fait l'objet d'une bi-appartenance à ce type d'organisation. En effet l'établissement participe concomitamment au réseau périnatal des Yvelines et au réseau périnatal des Hauts-de-Seine lié à la maternité de niveau III de l'hôpital Antoine Bécère.

A ces seize maternités sont associés le Centre Médical du Vésinet pour sa vocation sociale, l'Unité mère-enfant de l'Institut départemental Théophile Roussel de Montesson pour sa vocation psychiatrique, l'Unité de maternologie de Saint-Cyr-l'École, ainsi que le collège des gynécologues d'Ile de France et les représentants des médecins libéraux partenaires des établissements hospitaliers.

Créé en avril 1998 à l'initiative de professionnels hospitaliers soutenus par les administrations des établissements impliqués, Maternité en Yvelines est né de liens de sympathie et de confiance existant entre les équipes médicales du Centre Hospitalier de Poissy et de la Clinique du Montgardé. Il s'appuie sur un principe de collaboration et de non compétition, et se matérialise par la constitution d'une structure unique multigéographique.

Inspiré des conclusions du rapport précité du HCSP, l'objectif principal du réseau est d'assurer la sécurité de la naissance pour tous et partout dans le département en préservant la notion d'événement familial et en intégrant les contraintes économiques. Il tend à l'émergence d'un nouvel état d'esprit, fondé sur une prise en charge collective des femmes enceintes au sein d'une communauté d'établissements disposant de référentiels et de moyens d'informations communs ; il se décline en deux priorités médicales.

---

<sup>21</sup> La carte géographique du réseau est présentée en annexe.

La première tend à l'amélioration de la prise en charge des nouveau-nés prématurés ou de petit poids (c'est-à-dire inférieur à 1 500 grammes). Le transfert de ces enfants après la naissance les expose en effet à une mortalité et des complications plus fréquentes que lorsqu'il a lieu *in utero*, ce qui rend nécessaire le transfert des patientes à risque d'accouchement prématuré vers une maternité adaptée<sup>22</sup>. La seconde concerne la prise en charge globale des femmes en fonction des risques mis en évidence avant la grossesse (par exemple le diabète), pendant la grossesse (notamment le risque de grossesse multiple), pendant l'accouchement (en cas d'hémorragie de la délivrance), ou après la naissance (notamment les risques d'embolie pulmonaire). Il s'agit des complications survenant hors contexte d'accouchement prématuré justifiant une politique prénatale concernant toutes les femmes enceintes.

Ces objectifs ont conduit les professionnels à définir un nouveau type de prise en charge visant à :

- réaffirmer le caractère physiologique de la grossesse (seules 10% des naissances étant en moyenne pathologiques),
- privilégier l'accouchement à proximité du domicile,
- affirmer la complémentarité des structures,
- éviter l'engorgement des structures à plateau lourd,
- optimiser la prise en charge en fonction du niveau de risque.

Cette volonté commune s'est traduite par un engagement des maternités du réseau. La charte de *Maternité en Yvelines* en trace les grandes lignes. Elle est le point de départ d'une collaboration structurée et systématique, dont les modalités ont été définies étape par étape, après une identification des ressources de l'ensemble des établissements en unités de néonatalogie, de réanimation néonatale, de réanimation maternelle et d'embolisation.

Ces ressources correspondent aux classifications des maternités du réseau. Si les autorisations d'exercer les activités périnatales sont à ce jour toujours à l'étude au sein de l'agence régionale, on présume d'ores et déjà, au

---

<sup>22</sup> En 1998, seulement 15% de ces enfants naissaient dans une maternité de type III, l'objectif national étant fixé par le plan périnatalité à 80%. Cet objectif a été atteint dès 1999 dans les Yvelines.

vu de l'estimation des moyens des différents établissements, que l'organisation du réseau s'articulera autour d'une maternité de type III (celle du site de Poissy du Centre Hospitalier Intercommunal Poissy / Saint-Germain-en-Laye) et de trois maternités de type II (celles du site de Saint-Germain-en-Laye de l'établissement précité et celles des Centres Hospitaliers de Mantes et de Versailles).

---

### **LA CHARTE DU RESEAU MATERNITE EN YVELINES**

Les maternités du réseau périnatalité « Maternité en Yvelines » s'engagent à mettre en place une politique périnatale dans l'Ouest de l' Ile de France pour le suivi des femmes enceintes et la prise en charge de la naissance en accord avec les deux principes recommandés par le Haut Comité de Santé Publique :

- ❑ « *La prise en charge des grossesses et des accouchements en fonction des risques décelés* ». Il s'agit de l'obligation d'adapter la surveillance des femmes enceintes à la spécificité de leurs situations : pour une grossesse normale (90 % des cas), un suivi de proximité en respectant le libre choix des femmes ; pour une grossesse à risque, un suivi conjoint entre médecin traitant et médecin spécialisé.
- ❑ « *Préserver le lien mère / enfant* ».

Par cette Charte, les maternités du réseau s'engagent à :

- Définir clairement les indications et les modalités de transferts nécessaires pour les femmes enceintes et les nouveau-nés et de leur re-transfert dans leur maternité d'origine, dès que leur état le permet.
  - Créer un dossier médical minimum, commun à toutes les maternités afin de faciliter la transmission des informations confidentielles entre médecins.
  - Faciliter la continuité du suivi médical par le médecin traitant, au sein de chaque maternité.
  - Définir des conditions de sécurité et évaluer les résultats du réseau régulièrement.
  - Orienter les femmes enceintes et / ou leur nouveau-né vers un établissement spécialisé, n'appartenant pas au réseau, dans le cas de maladies ou d'anomalies spécifiques.
  - Contribuer à une meilleure information du public sur la « Maternité ».
-

## **B) La définition concertée de l'exercice professionnel en réseau.**

Pour mener à bien ce projet, les professionnels concernés, réunis au sein du comité médical et scientifique de *Maternité en Yvelines*, ont défini collectivement des modalités de fonctionnement propres tenant compte des réalités des activités périnatales, en abordant les différents aspects d'un travail coordonné.

### La régulation des transferts : protocoles et coordination

Le travail en réseau n'est pas concevable sans une méthodologie commune. Des recommandations pour les transferts entre les maternités du réseau ont été définies collectivement, tant en terme de procédures qu'en terme d'indications en fonction des pathologies maternelles ou fœtales (travail prématuré et /ou rupture prématurée des membranes avant trente-six semaines d'aménorrhée, pré-éclampsie sévère, retard de croissance intra-utérin, hémorragie grave de la délivrance). Ces référentiels tendent à recenser les conduites à tenir face à une grossesse à risque, qu'il s'agisse de diagnostic, d'indications et contre-indications ou de modalités de transfert (il est notamment spécifié le type de maternité qui doit en être la destination). Elaborés par la commission des protocoles médicaux, ils n'entrent en vigueur qu'après avoir été validés par les instances décisionnelles du réseau, c'est-à-dire par l'ensemble de ses membres.

Le travail des professionnels s'est également porté sur la définition d'un dispositif de régulation des transferts à l'intérieur du réseau. Ce sont les sages-femmes de la maternité de Poissy qui assurent le rôle de régulation locale des transferts, après inventaire quotidien des places disponibles en maternités de type II et III. La cellule de régulation interne est coordonnée avec la cellule francilienne des transferts *in utero* qui intervient en cas de saturation des possibilités d'accueil maternel ou néonatal dans le centre de transfert, ou d'indications spécifiques de transfert.

Le fonctionnement de ce système de régulation a fait l'objet d'un certain nombre de critiques liées au constat, après dix-huit mois d'exercice, d'une

centralisation des transferts vers la maternité de niveau III. Plusieurs propositions ont été soumises à discussion. Il a été envisagé de mettre en place un système tournant entre les différents établissements qui s'est heurté à une insuffisance des effectifs d'équipe disponibles pour en assurer le fonctionnement. De même, le projet de créer une cellule indépendante a fait l'objet de débats, qui ont abouti à son rejet faute de moyens budgétaires adéquats. L'idée d'utiliser des structures de régulation existantes comme le SMUR a également été émise mais n'a pas paru adaptée aux spécificités de ce type de transfert.

Le système initial a finalement été maintenu mais ces objectifs ont été redéfinis et les missions prioritaires des différents niveaux de maternité réaffirmées. Les missions de la cellule de régulation ne doivent pas couvrir le seul champ de la régulation clinique en application des protocoles de transfert et l'inventaire des places disponibles dans les différentes structures, mais également celui de l'évaluation épidémiologique, essentielle à l'analyse du fonctionnement du réseau.

### Le partage de l'information médicale

Le travail en réseau repose également sur l'existence d'un système de communication efficace. Deux aspects sont à distinguer : il s'agit aussi bien d'adopter un langage commun que de disposer des moyens de communication adaptés.

Le premier aspect fait l'objet d'un projet de dossier obstétrical de transfert commun à tous les établissements. La mise en place d'un dossier médical commun s'est trouvée confrontée à des difficultés de définition et de réalisation. Il est envisagé désormais de déterminer un tronc commun d'informations devant y figurer, pour harmoniser la transmission des données médicales. A l'heure actuelle, les fiches de liaison utilisées à l'occasion des transferts sont le principal support méthodologique de cette transmission.

Le second a conduit à l'équipement des maternités du réseau en matériel informatique destiné au partage de l'information médicale. Le développement de moyens de communication est envisagé à deux niveaux selon qu'il concerne la

communication entre médecins (intranet) ou la communication entre établissements (visioconférence).

Dans un premier temps, la mise en réseau des maternités s'est appuyée sur l'établissement d'un lien intranet permettant de communiquer les éléments de dossier médical nécessaires à une prise en charge coordonnée. Aujourd'hui, tous les établissements du réseau sont équipés en matériel informatique. L'échange d'informations entre PC de salles de naissance est considérée comme effective et concerne toutes les maternité du réseau.

Le développement de la visioconférence fait l'objet d'un projet de télémédecine qui dépasse le cadre de la simple transmission d'informations et intègre des éléments de formation continue et de recherche médicale. Si elle apparaît comme un élément incontournable du fonctionnement de *Maternité en Yvelines*, la télémédecine n'est cependant pas intégrée au réseau proprement dit et constitue un projet distinct dont nous étudierons les modalités spécifiques.

### Une large campagne d'information

Informar les patientes ainsi que les professionnels de santé extra-hospitaliers s'est immédiatement révélé être l'ultime enjeu de l'organisation de *Maternité en Yvelines* et la clé de sa réussite, au delà de l'harmonisation des pratiques. Il était indispensable de faire connaître les objectifs et les principes du réseau afin que celui-ci puisse atteindre son but : rendre la prise en charge de la grossesse plus cohérente et lui assurer sécurité et qualité. Or, il importait que la nouvelle répartition des rôles soit bien comprise. Le message à diffuser était clair : la sécurité n'est pas assurée dans les seules maternités de type III mais dans toutes les maternités participant au réseau . C'est pourquoi *Maternité en Yvelines* a fait l'objet d'une large campagne d'information, à la fois vers le public et vers les professionnels de santé.

L'élaboration et la diffusion de plaquettes<sup>23</sup> à l'attention des femmes enceintes ont été réalisées par la commission chargée de l'information.

---

<sup>23</sup> Un exemplaire de cette plaquette d'information est présenté en annexe.

Disponibles (et visibles sous forme d'affiches) chez les professionnels de santé, ainsi que dans les pharmacies, les laboratoires, les centres de protection maternelle et infantile, et les mairies, les plaquettes sont également insérées dans le carnet de suivi de grossesse adressé par la DDASS à chaque future maman.

Une campagne de presse grand public a été menée parallèlement par l'intermédiaire d'une attachée de presse. La constitution du réseau *Maternité en Yvelines* a fait l'objet de communiqués de presse dans les médias locaux. Par ailleurs le site internet du réseau, mis en place dans le cadre du développement de la télémédecine, contient des pages informatives et interactives accessibles au public<sup>24</sup>.

Pour informer les professionnels de santé, plus de 4200 envois comportant une lettre explicative, une affiche, un échantillon de plaquettes ainsi qu'un bon de commande de plaquettes supplémentaires, ont été adressés aux généralistes, sages-femmes, gynécologues médicaux et obstétriciens, pédiatres, échographistes, pharmaciens, kinésithérapeutes, et laboratoires du département.

Une campagne d'information dans la presse professionnelle et la mise en place de codes d'accès réservés au site internet pour la consultation de cas cliniques, d'avis d'experts et autres informations médicales, ont complété ce mailing.

### La recherche d'un système d'évaluation

Dès l'origine, les professionnels se sont engagés à évaluer les résultats de leur démarche par la collecte des informations médicales significatives et la recherche d'indicateurs épidémiologiques pertinents. Le travail d'évaluation est devenu crucial dans une perspective d'agrément du réseau puisque celui-ci est largement conditionné par l'engagement pris en la matière. Aujourd'hui trois dimensions d'évaluation sont envisagées.

---

<sup>24</sup>Elles peuvent être consultées à l'adresse suivante : [www.servinfo.citi2.fr/res.mater.78](http://www.servinfo.citi2.fr/res.mater.78)

La première consiste à évaluer la qualité de l'organisation en réseau et le respect de l'objectif d'amélioration de la sécurité à la naissance dans le cadre d'une évaluation médicale continue qui sera complétée par la mesure de la satisfaction qualitative des patientes. Une évaluation médico-économique et une évaluation technologique (concernant les nouveaux moyens de communication) devraient enrichir ce dispositif, tendant à l'appréciation globale des résultats du réseau.

En tant qu'il constitue un thème de recherche particulier dans le cadre de ce mémoire, mais aussi un sujet de recherche complexe, le système d'évaluation du réseau fait l'objet d'un chapitre spécifique du présent document.

## **II- Un réseau interhospitalier réglementaire.**

L'émergence de *Maternité en Yvelines* n'a pu être menée à bien que grâce à l'appui institutionnel qui a relayé l'initiative ; la formalisation et la reconnaissance juridique du réseau étant les seules à même de consacrer son existence. L'originalité de la démarche tient à l'observation d'une parité totale entre secteur public et secteur privé et d'une représentation équitable de chaque établissement du réseau et de chaque corps de métier.

### **A) Relais administratif et appui institutionnel de la démarche.**

*Maternité en Yvelines*, du fait de son origine professionnelle, a été pensé dans un premier temps sous la forme d'une association. Il s'agissait de représenter la base active du réseau constituée des différents acteurs en assurant le fonctionnement. La formalisation juridique du réseau s'est donc d'abord matérialisée par la rédaction de statuts associatifs. La recherche de financement s'est inscrite dans cette logique. Cotisations annuelles des établissements participants, cotisations des membres adhérents, dons de

personnes privées, subventions d'administrations publiques, devaient constituer les source de financement du réseau.

Or si elle n'était pas incompatible avec les exigences de l'article L712-3-2 du code de la santé publique, cette forme juridique ne satisfaisait pas à l'exigence d'une reconnaissance de la participation des établissements au réseau sous une forme contractuelle agréée voire accréditée par les instances institutionnelles. La perspective de la présentation des dossiers d'autorisation d'exercer les activités périnatales prônait également en faveur de la formalisation du réseau sous un forme contractuelle. L'émergence de *Maternité en Yvelines* avait certes précédé et anticipé la réforme périnatale. Sa formalisation devait cependant s'y conformer ; le réseau étant avant tout dans sa forme comme dans son objectif premier un réseau interhospitalier réglementaire, c'est-à-dire un réseau de périnatalité au sens des décrets de 1998.

Finalement, la responsabilité première de l'association a été d'assurer la réalisation des travaux de conception du réseau. Mais la nécessité d'une reconnaissance institutionnelle réglementaire a conduit à abandonner la représentation statutaire de type associatif pour une forme conventionnelle. Les objectifs initiaux ont été conservés et les principes d'organisation du réseau ont perduré sous la forme d'instances assurant une représentation large des différents acteurs. Il a par ailleurs été prévu la création de deux instances opérationnelles : un établissement gérant le budget, et un établissement responsable du fonctionnement du réseau.

Un projet de convention constitutive type a été soumis aux propositions, critiques et commentaires des différents directeurs des établissements participants. Le projet définitif, validé par l'avis des commissions médicales et accepté par les conseils d'administration concernés, a été ratifié et signé par l'ensemble des chefs d'établissements<sup>25</sup>. *Maternité en Yvelines* est aujourd'hui en attente d'agrément par l'ARH, le dossier promoteur déposé le 26 mai 2000 ayant reçu un avis favorable du Comité Régional des Réseaux d'Ile-de-France daté du 12 septembre 2000.

---

<sup>25</sup> La convention constitutive de *Maternité en Yvelines* est présentée en annexe.

L'engagement des directions a assuré un soutien administratif indispensable à l'aboutissement du processus d'émergence de *Maternité en Yvelines*. Laissant aux professionnels l'initiative de la démarche et la responsabilité de définir des modes de fonctionnement adaptés à leurs méthodes de travail, les directions des établissements ont eu le rôle d'accompagner le changement et de l'inscrire au mieux dans son environnement réglementaire.

De même, le projet a reçu le soutien institutionnel précoce de l'ARH, d'abord de principe, sous forme de messages d'encouragement aux premières assemblées générales du réseau, puis un appui méthodologique. L'obtention de conseils de la part notamment d'experts en réseaux de soins issus de l'administration de l'URCAM, la validation des étapes de constitution du réseau et notamment de la convention constitutive par les agences régionales concernées (Ile de France en premier lieu mais aussi Centre et Basse Normandie) ont matérialisé cet appui.

La convention constitutive de *Maternité en Yvelines* traduit fidèlement ces diverses implications, puisque les instances qu'elle institue et les pouvoirs qu'elle leur confère représentent ces trois composantes, professionnelle, administrative et institutionnelle en proportion de leurs rôles respectifs.

### **B) La formalisation juridique des complémentarités émergentes.**

La convention constitutive du réseau institue deux instances décisionnelles et deux instances fonctionnelles. Ces instances représentent largement les professionnels de la périnatalité en respectant la parité entre les corps de métiers, ainsi que les administrations selon une stricte égalité entre les établissements et entre public et privé. Les représentants institutionnels sont associés au travail de l'instance de direction avec voix consultative.

### Le comité de direction

Le comité de direction est composé de quinze membres délibérants à raison d'un représentant de chaque catégorie professionnelle (un directeur, un obstétricien, un pédiatre, une sage-femme, un anesthésiste et/ou réanimateur) pour les établissements privés et d'autant de représentants des établissements publics ; ainsi qu'un obstétricien désigné par le Club des Accoucheurs Libéraux des Yvelines, un membre désigné par le service de Protection Maternelle et Infantile du Conseil Général des Yvelines, un gynécologue médical désigné par le Collège des Gynécologues de Paris - Ile de France, un médecin généraliste désigné par l'USMY et une représentante des associations d'usagers.

Ainsi sont associés les représentants des professionnels de la périnatalité partenaires des structures hospitalières ainsi que des usagers.

Participent aux réunions du comité de direction avec voix consultative le président et le secrétaire du comité scientifique, ainsi que les représentants de l'ARHIF, de l'URCAM, de la CRAMIF, de la CPAM des Yvelines, du Conseil Général des Yvelines, de la DRASSIF, de la DDASS des Yvelines, des unions régionales des professions libérales de médecins et sage-femmes.

Les membres du comité de direction sont désignés pour un an renouvelable par les établissements ou les instances qu'ils représentent.

En vertu de l'article 3 de la convention constitutive du réseau, « le comité de direction exerce l'ensemble des compétences inhérentes au processus de décision au sein du réseau et notamment :

- la détermination des moyens financiers [ainsi que] leur répartition par groupes fonctionnels de dépenses et par établissement,
- l'étude et l'approbation du rapport financier annuel, avec mise en œuvre, le cas échéant de la procédure d'arbitrage prévue à l'article 6-1-1 (dépenses de fonctionnement) de la présente convention,
- les modalités générales d'implantation et d'organisation du réseau après proposition du comité scientifique,

- les conditions d'adhésion et de participation, y compris financières, pour les nouveaux adhérents. »

Le comité de direction élit en son sein un président, deux vice-présidents et un secrétaire en respectant la parité entre public et privé et entre personnel administratif et personnel médical.

Les conditions de délibération et de réunion du comité de direction sont strictement définies aux articles 4-2 et 4-3 de la convention constitutive. Ces modalités soulignent les attributions financières de l'instance et le caractère démocratique de son fonctionnement.

#### Le comité médical et scientifique

Le comité scientifique comprend, outre son président, son secrétaire et ses deux vice-présidents, cinq représentants de chaque établissement (un obstétricien, une sage-femme, un pédiatre, un anesthésiste et/ou réanimateur et un directeur), ainsi que deux obstétriciens désignés par le Club des Accoucheurs Libéraux des Yvelines, trois membres désignés par le service de Protection Maternelle et Infantile du Conseil Général des Yvelines, deux gynécologues médicaux désignés par le Collège des Gynécologues de Paris - Ile de France, quatre médecins généralistes désignés par l'USMY et huit représentantes (deux par arrondissements) des associations d'usagers. Ont voix consultative le président et le secrétaire du comité de direction.

Les articles 5-2 et 5-4 de la convention constitutive définissent des règles de fonctionnement du comité médical et scientifique (réunions, délibérations, présidence) parallèles à celles qui régissent le fonctionnement du comité de direction .

Compétent pour « statuer sur l'ensemble des aspects médicaux, de recherche et de prévention du réseau » (article 5 de la convention constitutive ), son action s'inscrit dans le cadre des orientations générales et financières arrêtées par le comité de direction dont il est tenu informé. Il peut

proposer toute modification relative au fonctionnement du réseau et est saisi pour avis de toute demande d'adhésion.

Les propositions du comité médical et scientifique sont élaborées « au sein de commissions correspondant aux composantes médicales nécessaires pour la mise en place du réseau et analysant :

- les procédures de transfert et de retransfert,
- les moyens de communication entre les établissements,
- les procédures d'évaluation,
- la formation des professionnels et l'éducation du public » (article 5 de la convention constitutive).

Il est créé autant de commissions que nécessaire. Le nombre et l'objet des commissions scientifiques ont varié depuis la création de *Maternité en Yvelines*. Cependant les quatre thèmes mentionnés à l'article 5, relatifs aux dimensions fondamentales du fonctionnement du réseau, ont toujours fait l'objet de groupes de travail propres.

A ce jour, il existe sept commissions, soit outre les quatre commissions énumérées par la convention, trois commissions supplémentaires liées aux thèmes d'extension du réseau qui concernent la cellule médico-psycho-sociale, les relations ville-hôpital et la recherche médicale.

#### Les instances opérationnelles

Un établissement (dit **établissement gestionnaire**) désigné pour trois ans par le comité de direction assure la gestion financière de *Maternité en Yvelines*. Les moyens alloués au réseau sont individualisés en centre de responsabilité au sein de son propre budget. Il assure parallèlement l'évaluation économique du fonctionnement du réseau. Actuellement ces missions sont assurées par le Centre Hospitalier Privé de Montgardé, en partenariat étroit avec la Direction des Finances du Centre Hospitalier Intercommunal de Poissy / Saint Germain en Laye.

L'**établissement opérationnel** désigné dans les mêmes conditions par le comité de direction est chargé de mettre en place puis d'assurer le fonctionnement opérationnel du réseau à partir des propositions des commissions spécialisées approuvées par le comité scientifique et le comité de direction. L'établissement gérant met à sa disposition les biens nécessaires à la réalisation matérielle de ces opérations. Le Centre Hospitalier Intercommunal de Poissy / Saint Germain en Laye assume aujourd'hui ces fonctions.

### **III – Un réseau évolutif, vers une prise en charge globale de la périnatalité.**

De par sa nature même, telle que nous l'avons appréhendée en première partie du présent document, un réseau de soins n'est pas un principe de travail statique : le réseau évolue avec ses membres comme avec ses objectifs. Le travail en réseau n'est pas une fin en soi ; il correspond à un projet, mieux encore, à des projets. L'objectif premier de *Maternité en Yvelines* a assurément été d'anticiper la réforme périnatale en mettant à profit les liens préexistants et en déterminant des méthodes et des principes de travail professionnels et collectifs. Cependant le réseau interhospitalier ainsi constitué ne s'est jamais « autosuffi ». A l'écoute des évolutions du contexte et de l'expression des besoins, ses promoteurs ont aussi ressenti les limites d'une action « hospitalo-centrée ». Puisque, au-delà des strictes exigences des décrets de périnatalité, l'objectif de la politique périnatale, nationale autant que régionale, tendait à une amélioration globale de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des grossesses, le réseau ne pouvait durablement exclure les aspects extra-hospitaliers complémentaires de l'œuvre des maternités. C'est pourquoi *Maternité en Yvelines* a très tôt étendu sa vocation à une collaboration multidimensionnelle.

**A) Enrichir les connaissances professionnelles et s'ouvrir sur la ville :  
l'extension des frontières de *Maternité en Yvelines*.**

La mise en place de liens de communication entre les maternités du réseau a joué un rôle moteur dans le fonctionnement de *Maternité en Yvelines*, dont elle a été un des principaux outils. Bien que prévue et détaillée dans le cadre du dossier promoteur du réseau, elle a fait l'objet d'un projet distinct aux frontières élargies, bénéficiant d'un financement spécifique.

Le réseau de télémédecine *Périn@t Paris ouest* a été élaboré en réponse au cahier des charges de l'appel à projet national lancé par le Ministère de l'aménagement du territoire et de l'environnement et le Ministère de l'emploi et de la solidarité dans le cadre du programme *Médecine périnatale et télémédecine*, ayant vocation à la mise en réseau des maternités par la télémédecine.

*Maternité en Yvelines* s'est associé au réseau *Maternité Val d'Oise Ouest* et à la faculté de médecine Paris Ouest de l'Université René Descartes Paris V, ainsi que, au titre d'expert juridique, au Centre de recherche en droit médical de la faculté de droit de l'Université René Descartes ParisV, pour présenter un projet de grande envergure. Au total, il a regroupé vingt-huit établissements. Sur le plan administratif, le projet a été présenté à l'ensemble des agences régionales concernées, à savoir celle de l'Ile de France, celle du Centre et celle de la Basse Normandie ; tout comme l'avait été la convention constitutive deux ans auparavant.

Les résultats attendus se traduiront par l'intégration des nouvelles technologies de communication, informatiques et électroniques dans le fonctionnement des réseaux impliqués pour atteindre leurs objectifs de santé. La principale application de ces technologies concerne aujourd'hui la visioconférence et la mise en place de liens internet entre les membres connectés. La pratique de ce mode de communication est dorénavant et déjà en voie de développement entre les établissements disposant de l'équipement nécessaire. Cependant les modalités de l'exercice restent à définir ; la visioconférence nécessitant, pour

être utile et aboutir à un véritable échange, que des codes d'utilisation et des règles minimales de discipline soient respectés.

Ce projet présente un triple intérêt en terme d'aménagement du territoire comme en terme médical et économique.

En terme d'aménagement du territoire, le projet tend à développer des possibilités nouvelles de communication, d'information et de formation entre les unités médico-psycho-sociales, les communautés de périnatalité locales, les centres de proximité, les maternités publiques et privées et l'université. Le schéma territorial du réseau de télémédecine issu de ce projet<sup>26</sup>s'inscrit à la fois dans le schéma départemental de protection maternelle et infantile, dans le SROS et dans le schéma universitaire. Il devrait permettre de réduire les disparités géographiques entre les structures impliquées.

Médicalement, ce projet est le moyen technologique d'atteindre les objectifs des réseaux de périnatalité partenaires, tant dans leur dimension interhospitalière que dans leur dimension de prise en charge globale de la naissance . Par ailleurs, l'association de deux réseaux de périnatalité à la faculté de médecine assure un niveau élevé d'informations disponibles et une véritable richesse de l'échange, pour une amélioration sensible des connaissances professionnelles.

Enfin, la structuration du projet Périn@t Paris Ouest différenciant les niveaux des communautés périnatales locale, les réseaux de maternités départementaux et le pôle universitaire régional donne la possibilité à chacun de ces niveaux d'ajuster son fonctionnement selon le besoin réel de ses utilisateurs, en mettant en œuvre les technologies correspondantes avec des coûts d'investissement et de fonctionnement optimisés. C'est le cas notamment du pont multipoint, localisé à l'université pour un usage partagé entre les différents réseaux de maternités et l'UVP5 de cette université ; ce qui permet de mutualiser les coûts d'investissement et de supporter les budgets de communication, de maintenance et d'amortissement en relation avec une

---

<sup>26</sup> Le schéma territorial du réseau Périn@t Paris Ouest figure en annexe du présent document.

exploitation optimale de l'information. L'ampleur du projet donne également aux établissements une force de négociation vis-à-vis des fournisseurs de matériels et logiciels de communication, informatiques et électroniques, des opérateurs de télécommunication et des formateurs aux nouvelles technologies de l'information.

Ouvrant les frontières de *Maternité en Yvelines* dans une perspective d'amélioration des connaissances au service des objectifs du réseau périnatal, par le développement d'une activité de recherche et de formation médicale continue au sein d'une collaboration étendue, la télémédecine est également apparue comme l'outil possible d'une intégration de la médecine de ville à son activité première. Les limites d'un réseau hospitalo-centré ne prônent pas en faveur de la seule ouverture sur l'université pour une extension du champ des compétences médicales. Le constat selon lequel les femmes enceintes consultent tardivement dans les maternités met en évidence la nécessaire complémentarité du travail hospitalier et de la médecine libérale.

Il est donc apparu souhaitable d'inclure dans la politique périnatale guidant l'action de *Maternité en Yvelines* une cohésion médicale avec les médecins libéraux, et notamment généralistes. Ceux-ci sont en effet les premiers consultés par les femmes enceintes; ils prennent en charge 20% des grossesses au cours de leurs premiers mois, proportion qui devrait tendre à la hausse tant pour des raisons de démographie médicale (réduction du nombre de gynécologues médicaux) que pour des raisons de logique médicale (la grossesse étant un événement plus qu'une pathologie et correspondant à la vocation de prévention et de dépistage propre à la médecine générale). Enfin il existe une demande de la part des femmes de surveillance par leur « médecin de famille » pendant toute la durée de leur grossesse.

La nécessité d'associer les médecins généralistes à l'action de *Maternité en Yvelines* s'est traduite par le projet de développer les éléments d'une prise en charge de proximité coordonnée entre l'hôpital et la ville, par la constitution de communautés locales autour de chaque maternité. Ce projet est fondé sur un partage de l'information par l'intermédiaire d'un dossier médical obstétrical qui deviendrait un volet du dossier de médecine générale et assurerait un partage

des connaissances, une aide à la prise en charge, une continuité du suivi et une évaluation du suivi. Il tend à la construction de liens étroits entre la médecine de ville et les maternités, la valorisation du rôle de la médecine générale dans le suivi obstétrical et à la poursuite d'objectifs de formation.

### **B) Intégrer l'aspect social de la prise en charge périnatale : l'extension des objectifs de Maternité en Yvelines.**

Les limites d'une action strictement hospitalière ont aussi été mises à jour par l'analyse des aspects sociaux indissociables de certaines grossesses pathologiques, encourageant une extension des objectifs du réseau en amont de la prise en charge.

D'après les résultats de l'enquête périnatale sur la précarité au moment de la grossesse menée par l'unité INSERM U 149 en 1995, 1,1% de la population concernée ne disposait pas de couverture sociale, 1,1% bénéficiaient de l'aide médicale gratuite et 1% de cette population était sans ressources, 11% bénéficiant du revenu minimum d'insertion ou d'une allocation chômage. 4% de ces grossesses n'étaient pas déclarées et 0,2% n'étaient pas suivies. Ainsi entre 1 et 11% de la population étaient en situation de précarité sociale.

La précarité est très souvent à l'origine d'une consultation prénatale tardive et parfois d'une absence de suivi obstétrical, donc d'une moindre identification des grossesses pathologiques alors que ces grossesses ont un niveau de risque élevé. En effet, l'absence de suivi obstétrical multiplie par cinq le taux de prématurité, par trois le taux d'hypertrophie du nourrisson et par quatre le taux de mortalité périnatale. En dehors de ces conséquences directes, la survenue d'une pathologie périnatale est à l'origine d'une majoration des troubles de la relation mère-enfant, le taux de placement de ces enfants se situant aux alentours de 10% au cours des neuf premiers mois.

Les conséquences économiques de la précarité au moment de la grossesse sont évaluées à 875.000 francs pour le placement d'un enfant pour trois ans à l'aide sociale à l'enfance, à 20.000 francs pour une assistance éducative en

milieu ouvert de six mois. Les soins néonataux d'un enfant issu d'une grossesse suivie s'élèvent en moyenne à 4.500 francs, tandis qu'ils s'élèvent à 7.800 francs pour une grossesse peu suivie et atteignent 12.000 francs pour une grossesse non suivie.

L'expérience menée dans le nord des Hauts de Seine par le Professeur Lejeune a montré comment ces aspects peuvent être pris en compte dans le cadre d'un travail en réseau. Elle s'est traduite par la constitution d'un réseau associant l'ensemble des acteurs du secteur sanitaire et social tendant à l'amélioration du suivi des grossesses, de l'égalité d'accès aux soins des femmes enceintes quelle que soit leur situation, et à la prévention des dysfonctionnements de la relation parents-enfants. Son action se situe en amont de celle des réseaux de soins périnataux règlementaires. Les résultats de ce travail sont déjà très positifs avec une réduction conséquente du taux de placement dans la population prise en charge.

Faisant écho à ces constats, le projet de création d'une cellule médico-psycho-sociale au sein de *Maternité en Yvelines*, aujourd'hui en cours de réalisation, correspond à la volonté d'améliorer son action en termes d'efficacité. S'associant aux orientations de la politique régionale et notamment aux conclusions de la CTCN<sup>27</sup> les acteurs du réseau ont souhaité inscrire ce projet dans le cadre du programme régional de santé ayant l'objectif général de réduire les complications périnatales et spécialement d'améliorer l'identification des grossesses à haut risque, l'objectif propre à l'action étant l'amélioration de la prise en charge des femmes en situation précaire ou isolées.

Les bénéficiaires de l'action seront donc toutes les femmes en situation d'isolement pour des raisons sociales, psychologiques ou médicales. Sa vocation générale a été déclinée en objectifs primaires et secondaires.

---

<sup>27</sup> Voir page 12 du présent document.

### **Objectifs primaires :**

- Grossesse : Prise en charge adaptée de la grossesse sur le plan médical, social et culturel avec une orientation en fonction du risque en privilégiant la proximité familiale.
- Handicaps périnataux : Une prise en charge adaptée et suivie conduit à une réduction des complications obstétricales avec leurs conséquences de gravité variable.

### **Objectifs secondaires :**

- Dépistage des maladies des mères (cancers génitaux et mammaires, maladies sexuellement transmissibles, contraception, agression...),
- dépistage et prise en charge de l'alcoolisme et du tabagisme du conjoint,
- dépistage et prise en charge de la maltraitance infantile, souvent corrélée avec l'absence de suivi pendant la grossesse,
- dépistage et prise en charge de la malnutrition infantile,
- dépistage et prise en charge de la toxicomanie et de la violence chez les frères et sœurs.

Les missions de la cellule concerneront la formation des professionnels aux conséquences de la précarité et au repérage des femmes dans ce type de situation, l'identification des ressources dans le département, l'orientation et l'accompagnement des femmes après appel des professionnels, le suivi des patientes, ainsi que l'évaluation de l'action en terme de périnatalité et de placement à l'aide sociale à l'enfance.

La cellule de coordination comportera un personnel administratif chargé de la permanence, du secrétariat, de la gestion d'un numéro d'appel unique et de la mise à jour de l'annuaire des ressources, ainsi qu'une sage-femme et une puéricultrice pour la prise en charge des demandes, un psychothérapeute comme expert paramédical, et un médecin de santé publique chargé d'assurer notamment les missions d'évaluation de la cellule. Un groupe de pilotage composé d'un représentant par structure impliquée assurera le suivi et l'évolution du projet et son extension hors du strict champ périnatal.

Ainsi, la prise de conscience des limites d'une action hospitalière isolée de son environnement s'est-elle traduite par une extension des frontières et des objectifs de *Maternité en Yvelines*. Celle-ci est cependant orientée vers l'amont de la prise en charge. L'étape prochaine consistera sans doute à s'intéresser à l'aval de ce travail, pour assurer la continuité du suivi au-delà de la porte de sortie de la maternité. Evolutive et extensive, l'action de *Maternité en Yvelines* s'inscrit dans le long terme. Or le fondement professionnel et bénévole du réseau est peut-être en même temps ce qui rend son avenir incertain, même s'il procure la force de son dynamisme. C'est pourquoi il est nécessaire de déterminer les conditions qui en assureront la pérennité et, s'il fait la preuve de son efficacité, permettront d'apprécier l'exportabilité du modèle.

**PARTIE III**  
**UNE PERENNITE SURDETERMINEE :**  
**CONDITIONS DE PERMANENCE DE *MATERNITE EN YVELINES*.**

« Le principe fondateur des réseaux, établi sur l'initiative individuelle et l'efficacité, inscrit de façon permanente dans la vie des réseaux la créativité et le mouvement ainsi que leurs corollaires, l'incertitude et l'insécurité »<sup>28</sup>. Passé l'enthousiasme des premiers moments, on peut se poser la question de ce qu'il adviendra d'un réseau dont le dynamisme s'appuie beaucoup sur la forte implication de ses initiateurs.

Surdéterminée, la pérennité de *Maternité en Yvelines* tient à plusieurs facteurs analysés ci-après. Les premiers concernent les principes du travail en réseau et constituent les prérequis pour une complémentarité viable. Les seconds sont d'ordres financiers ; ils représentent la condition pragmatique de la pérennité des réseaux. Les derniers sont relatifs à l'évaluation des résultats : au-delà des hypothèses de succès, le réseau n'est viable que si son efficacité est prouvée.

**I – Les principes fondateurs de *Maternité en Yvelines*  
comme prérequis d'une complémentarité viable.**

La pérennité de *Maternité en Yvelines* repose en premier lieu sur ses principes fondateurs, qui lèvent les obstacles inhérents à toute complémentarité en même temps qu'ils sont liés au contexte particulier de son émergence.

---

<sup>28</sup> Dominique Le Bouff, *Réseaux de soins et processus de changement, quel accompagnement ?*, Technologie Santé n°37, CNEH, juillet 1999.

### **A) Place centrale de l'utilisateur et permanence du réseau.**

Pour être pérenne, un réseau doit à la fois susciter la confiance de ses membres et conserver son dynamisme originel. Placer l'utilisateur au cœur du dispositif est sans doute le principe qui permet le mieux de répondre à ces conditions.

Il n'est pas de complémentarité qui naisse sans méfiance préalable et spontanée. Qui dit réseau dit peut-être leader ou perte d'autonomie d'un service pour la domination d'un autre. Dans le cadre d'un réseau périnatal, la hiérarchisation des maternités contribue beaucoup à nourrir cette crainte. La procédure des transferts est notamment source d'appréhension dans la mesure où elle peut conduire, s'il elle n'est pas assortie d'une procédure de re-transfert, à une sorte de « détournement de patiente ».

Aussi le retour de la patiente vers sa maternité d'origine dès que son état le permet est-il expressément prévu par les protocoles de fonctionnement de *Maternité en Yvelines*. De même, le principe « un homme, une voix », garantie du respect de l'égalité de ses membres, a présidé à l'écriture de la convention constitutive du réseau (nous avons vu au chapitre précédent combien l'organisation structurelle du réseau assurait une représentation équitable entre les maternités membres et entre les professionnels concernés) tout autant qu'au choix même de la forme conventionnelle. L'exigence des décrets de périnatalité se limitait en effet à ce que les maternités de niveau I et II soient liées pour la prise en charge des risques ne relevant pas de leur compétence, à des maternités de niveaux supérieurs. Plutôt que des conventions bilatérales, la volonté d'assurer l'égalité des membres a porté le choix de la forme vers une convention collective au sein de laquelle l'ensemble des parties ont un poids identique.

Le problème de fond qui sous-tend ces appréhensions est lié à la force des logiques de pouvoir inhérentes à toute organisation, en particulier aux structures hospitalières où les logiques de corps, de métiers et de hiérarchie sont très importantes. Dans le cas de *Maternité en Yvelines*, l'action de ses initiateurs s'est

attachée à construire les liens de collaboration sur le fondement d'un objectif partagé centré sur l'intérêt de l'utilisateur. C'est cette principale considération qui a guidé l'ensemble des débats et des démarches qui en ont ponctué l'histoire. C'est celle-ci qui garantira, si elle est maintenue, la permanence du réseau. Les logiques de pouvoir et de territoire sont un frein fantastique à la réussite des réseaux. Placer l'utilisateur d'emblée au cœur du dispositif assure la primauté d'une logique d'efficacité ; ainsi la vie du réseau n'est-elle plus une simple question de personnes, mais aussi une question de principes. Les équipes peuvent se renouveler, l'esprit du réseau demeure.

Cette primauté de l'objectif du réseau qui cimenterait l'engagement de ses membres est aussi un facteur puissant de son dynamisme. Le travail en réseau n'a d'avenir que s'il conserve sa juste appréhension des nécessités concrètes et s'il est porteur de projets. La place centrale de l'utilisateur apparaît ici comme le gage de cette adaptabilité, qui permet au groupe d'anticiper l'évolution des besoins pour mieux y répondre. L'inévitable instabilité du réseau liée à la multiplicité des acteurs en devient alors la richesse, la source de son renouvellement, à condition bien sûr d'être maîtrisée et de pouvoir s'appuyer sur un fondement structurel solide (l'importance d'un juste équilibre entre initiative et injonction, dans la phase d'émergence du réseau, aussi bien que dans sa régulation qui doit rester conjointe, entre l'institution et l'acteur est sur ce point déterminante). Si *Maternité en Yvelines* a fait la preuve de son dynamisme par la multiplicité des projets qu'il a su mener, il lui sera donc nécessaire de se maintenir à l'écoute des besoins qu'il entend satisfaire.

La véritable intégration des patientes au fonctionnement des instances du réseau, aujourd'hui seulement théorique (l'effectif des patientes participant au comité scientifique s'élevant au nombre de huit selon les termes de la convention constitutive) peut être perçue comme le moyen de concrétiser leur position centrale de principe. Pour ne pas prétendre à l'angélisme, l'importance et l'utilité de cette représentation doivent cependant être relativisées. A l'image de la présence de représentants d'utilisateurs aux Conseils d'Administration des établissements hospitaliers, la difficulté est certainement de rendre leur participation effective.

## **B) La force du bénévolat.**

Si *Maternité en Yvelines* est le fruit d'une savante collaboration entre les acteurs et l'institution, elle est aussi l'œuvre de personnes animées de la volonté désintéressée de faire progresser l'organisation hospitalière. Le Docteur Bault, Chef de service de gynécologie obstétrique au Centre Hospitalier Privé du Montgardé, le Professeur Philippe, alors Chef de service de gynécologie obstétrique au Centre Hospitalier Intercommunal de Poissy /Saint-Germain-en-Laye, Monsieur Calmes, Directeur de Cabinet de la Direction Générale du même établissement, sont, avec leur proches collaborateurs, les principales « têtes pensantes » de *Maternité en Yvelines*. Suscitant l'adhésion au sein du groupe constitutif, rassemblant les compétences et les efforts de ses membres autour d'un objectif commun, ils en ont été à la fois les initiateurs et les bâtisseurs.

Soudées par la volonté de mener à bien ce projet, les différentes équipes ont travaillé à sa mise en œuvre de façon intégralement bénévole et ce sans quitter leurs postes respectifs ni s'en désengager. *Maternité en Yvelines* dans ses premiers moments, c'est un ouvrage de soirs et de dimanches, gratuit et inconditionnel.

Ainsi, le processus de constitution de *Maternité en Yvelines* est-il en priorité le fruit d'une logique « communautaire »<sup>29</sup> (c'est-à-dire fondée sur un objectif commun ou lien fédérateur empreint d'une dimension affective) ; même s'il n'est pas exempt de logique « sociétaire » (c'est-à-dire fondée sur des stratégies rationnelles et contractuelles liées à l'intérêt individuel des parties en présence), dans la mesure où il s'inscrit dans le contexte d'une réforme périnatale anticipée, mettant en péril la survie de certaines des organisations concernées.

En particulier pour les 320 maternités privées dont, avec une taille moyenne de 27 lits, 14% seulement pratiquent plus de 1500 accouchements par an et 20% en pratiquent moins de 500, les conséquences de la réforme

---

<sup>29</sup> Ferdinand Tönnies, *Communauté et société : catégories fondamentales de la sociologie pure*, éd. Paris Retz, 1977.

périnatale ont été souvent cruelles. Ainsi que le soulignait le Docteur Alain Brabant, Président du Syndicat National MCO de la Fédération Interhospitalière des Etablissements Privés<sup>30</sup>, trois facteurs dominent actuellement la problématique de ces maternités : outre leur faible taille moyenne, leur situation géographique les place fréquemment à proximité d'hôpitaux publics d'importance supérieure et leur situation financière est aujourd'hui le plus souvent structurellement déficitaire. Pour ces maternités, le réseau est à la fois une condition de survie, à la fois une contrainte puisque la plupart d'entre elles seront classées en niveau I, voire pour les plus grandes en niveau II, ce qui représente une perte de qualification conduisant à des problèmes de démographie médicale cornéliens, et la crainte d'une perte d'activité les incitant au travail en réseau. Cependant la logique communautaire reste dominante dans notre sujet d'étude, y compris dans l'engagement des établissements privés dont les représentants se sont toujours impliqués avec conviction.

La force du bénévolat a certainement été un facteur important du dynamisme de *Maternité en Yvelines* et contribué à la richesse de son action (qu'il s'agisse de ses objectifs ou de ses projets). Mais sur un tel fondement, la pérennité du réseau périnatal peut aussi sembler incertaine. Qu'advient-il en effet de *Maternité en Yvelines* si disparaît son élément moteur, l'engagement bénévole ? Comment maintenir l'engagement après le renouvellement des équipes ? En particulier, le départ du Professeur Henri-Jean Philippe, nommé Chef de service au CHU de Limoges est vécu comme la perte de l'un de ses pères fondateurs et a créé un véritable doute sur l'avenir. A l'inverse, le bénévolat fait parfois défaut notamment dans le cas des réseaux issus de projets institutionnels consécutifs à la réforme périnatale dont l'existence est surtout théorique ; il faut alors susciter un relais professionnel pour donner vie aux conventions signées. Ainsi, s'il est précieux, le bénévolat ne se décrète pas et lorsqu'il existe, il est susceptible d'essoufflement. Il est donc une condition nécessaire mais non suffisante de la pérennité d'un réseau périnatal.

---

<sup>30</sup> Dr Alain Brabant, *Les maternités privées face à la réforme*, intervention sur le thème *Les impacts organisationnels et financiers de la réforme*, Journée Nationale sur la Réforme périnatale, 17 mai 1999, Palais du Luxembourg.

## **II - Du bénévolat à la reconnaissance financière.**

Surdéterminée, la pérennité d'un projet de collaboration est fortement conditionnée par la solidité de ses principes fondateurs ; mais la reconnaissance financière du réseau est assurément l'élément discriminant du processus de détermination.

En effet si le choix des principes du travail en réseau sont primordiaux, si l'initiative et le bénévolat sont une véritable richesse, la pérennité de l'organisation repose à terme sur sa véritable reconnaissance financière, laquelle constitue aujourd'hui une condition incontournable pour mener à bien les objectifs poursuivis.

### **A) La nécessité de disposer d'un financement pérenne.**

La reconnaissance financière de *Maternité en Yvelines* n'est à ce jour que partiellement acquise, mais devient urgente tant du point de vue des acteurs pour sa signification symbolique d'une reconnaissance du travail et des efforts accomplis, que du point de vue du fonctionnement de l'organisation, la coordination ayant un coût et le bénévolat un terme.

Historiquement, elle a suivi l'évolution de sa reconnaissance institutionnelle. Dès 1998, le réseau a en effet obtenu un financement de l'ARH en vue de l'établissement de liens de communication entre les maternités à hauteur d'un million de francs. Cette dotation a été inscrite en budget d'investissement ; elle a été utilisée pour le financement de la maquette du document d'information à destination des patientes et des professionnels extra-hospitaliers, ainsi qu'à la mise en place d'une partie des moyens de communication (PC de salles de naissance et pont multipoint).

Aujourd'hui, le fonctionnement de *Maternité en Yvelines* nécessite que lui soit reconnu et accordé un budget d'exploitation destiné à financer les dépenses

liées aux missions qui lui sont assignées par ses membres en termes de coordination, d'orientation, de formation et d'évaluation, dont le montant devrait excéder les deux millions de francs. Un budget prévisionnel d'exploitation, établi en mai 2000 et joint au dossier d'agrément présenté à l'ARH, estimait en effet le surcoût net annuel représenté par les besoins en fonctionnement de *Maternité en Yvelines* à 1.446.800 francs, et à 660.000 francs pour ce qui concerne le travail d'évaluation. En effet, deux types de dépenses d'exploitation sont aujourd'hui inhérentes à l'activité du réseau : les dépenses liées à la coordination et celles liées à l'évaluation.

La première estimation comptabilise les dépenses d'exploitation nécessaires à la mise en service d'une cellule de régulation des transferts entre les maternités du réseau et de la cellule médico-psycho-sociale en projet. Ces dépenses prennent en compte la constitution d'équipes permanentes pour en assurer le fonctionnement et les dépenses de logistique liées à leur missions.

<b>DEPENSES DE FONCTIONNEMENT</b>			
Personnel médical	Groupe 1	0.50 assistant spécialiste	278 000
Personnel non médical	Groupe 1	0,50 psychologue	151 200
		sage-femme surveillante chef	350 000
		secrétaire médicale	243 000
		puéricultrice	272 100
Logistique	Groupe 2	maintenance	80 000
	Groupe 3	lignes spécialisées	40 000
		divers	32 500
Amortissements, frais financiers	Groupe 4	amortissement logiciel	160 000
		amortissement matériel	40 000
		frais financiers	70 000
<b>Surcoût brut</b>			<b>1 716 800</b>
Compensation interne	Groupe 4	amortissements	200 000
		frais financiers	70 000
<b>Surcoût net</b>			<b>1 446 800</b>

La seconde estimation comptabilise les dépenses d'exploitation liées à la réalisation d'un travail d'évaluation. La ligne intitulée *Personnel médical*

correspond à la nécessité de recruter une personne qualifiée chargée des aspects méthodologiques du travail d'évaluation. Le recours à un consultant externe est envisagé comme constituant un appui méthodologique. Une sage-femme assurerait le travail de collecte d'information auprès des membres de réseau. Les frais de logistique sont estimés globalement.

<b>DEPENSES D'EVALUATION</b>					
Personnel médical		Groupe 1	0.50 assistant spécialiste		276 100
Personnel non médical		Groupe 1	sage-femme		271 700
Logistique		Groupe 2	maintenance		14 400
			lignes spécialisées		27 800
			honoraires consultant		70 000
<b>SURCOUT NET</b>					<b>660 000</b>

L'accomplissement de ces missions nécessite par ailleurs un budget d'investissement supplémentaire évalué à 880.000 francs pour le financement du matériel nécessaire au fonctionnement de chacune de ces cellules (bureaux, photocopieuse) et des dépenses liées à la formation, à la communication et à la mise en place d'un dossier médical commun.

### **B) La recherche de nouvelles sources de financement.**

A ce jour, la question de l'obtention des financements nécessaires n'a pas trouvé de réponse satisfaisante. Une partie des crédits sera sans doute allouée à l'occasion de l'agrément définitif du réseau. Il est cependant indispensable de rechercher des moyens complémentaires.

Sur ce point, il sera probablement souhaitable pour les différents établissements d'inscrire le réseau *Maternité en Yvelines* au nombre des actions de coopérations qu'ils entendent mener dans le cadre des contrats d'objectifs et de moyens qu'ils auront à signer avec l'agence régionale. Prévus pour une durée comprise entre trois et cinq ans, ces contrats permettront une gestion à moyen terme du fonctionnement du réseau, favorable à la poursuite de ses objectifs et à la conduite de ses projets.

La solution des financements privés, qui ont apporté un aide précieuse à la réalisation financière de la campagne d'information initiale, pourra également être envisagée.

Par ailleurs, en tant que ses projets dépassent le cadre du réseau interhospitalier pur et qu'il intégrera bientôt les composantes d'un réseau de prise en charge globale de la naissance associant notamment la médecine de ville, un financement complémentaire alloué par la Sécurité Sociale au titre de l'article L162-31-1 du code de la sécurité sociale éventuellement actualisé<sup>31</sup> pourra parallèlement être recherché.

La création de la cellule médico-psycho-sociale sera quant à elle facilitée par la participation financière désormais acquise des services de la Protection Maternelle et Infantile du Conseil Général, pour la création d'un poste de secrétariat.

Concernant la réalisation du projet de télémédecine, les établissements publics participant ont reçu une aide financière du Fonds national d'aménagement et de développement du territoire alloué par la Délégation à l'Aménagement du Territoire et à l'Action Régionale, destinée à financer 50% des investissements prévus. L'allocation s'est répartie, pour les établissements de *Maternité en Yvelines* de la manière suivante :

Centre Hospitalier de Mantes la Jolie	92 000
Centre Hospitalier de Meulan les Mureaux	40 000
Centre Hospitalier de Rambouillet	44 000
Centre Hospitalier du Chesnay	92 000
CHI de Poissy / Saint Germain en Laye	578 000
Unité de maternologie de Saint-Cyr l'Ecole	40 000
Centre Médical du Vésinet	34 000
Unité mère enfant de l'Institut Départemental Théophile Roussel	34 000
<b>Total pour <i>Maternité en Yvelines</i></b>	<b>954 000</b>

---

<sup>31</sup> Voir page 5 du présent document.

Le Centre Hospitalier Intercommunal de Poissy / Saint Germain en Laye s'est vu attribuer, en plus de la dotation destinée à l'équipement du site de Saint Germain en Laye et du site de Poissy (à hauteur de 92.000 francs pour chaque site) une dotation complémentaire de 394.000 francs. Cette dotation complémentaire a couvert 50% de l'investissement représenté par l'acquisition du pont mutlipoint ; l'autre moitié étant financée par le réseau *Maternité en Yvelines*.

De même, chaque établissement a bénéficié d'une aide financière à hauteur de 50% du coût de son investissement. Le même principe a prévalu pour les établissements du réseau *Maternité Val d'Oise Ouest*, reliés au même pont multipoint.

En revanche, les médecins libéraux et maternités privées partenaires du projet n'ont pu bénéficier d'un tel soutien, attribué aux seules structures publiques. Seuls participent donc en pratique au réseau de télé-médecine ceux qui disposent déjà des équipements nécessaires . Pour les autres, la question budgétaire reste entière. La participation du Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville, instauré au sein de la CNAMTS par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999<sup>32</sup>, apportera sans doute une réponse adaptée pour ce qui concerne la participation des médecins libéraux. Ce fonds, prévu pour cinq ans et prélevé directement sur l'ONDAM<sup>33</sup>, tend en effet à financer les activités non rémunérées par le paiement à l'acte des professionnels de santé travaillant en réseau. A terme, la possible création d'une enveloppe transversale commune à la médecine libérale et à l'hospitalisation résoudra peut-être la problématique du financement des actions associant médecine de ville et l'hôpital. Quant aux structures d'hospitalisation privées, elles n'ont pas non plus bénéficié à ce jour d'une aide financière pour l'acquisition de matériel de télé-médecine. Le Comité Régional des Réseaux d'Ile-de-France a toutefois appelé au soutien du projet, qui devrait donner lieu à une participation selon le même principe qui a prévalu pour les établissements publics.

---

<sup>32</sup> Pour application, Décret n°99-940 du 12 novembre 1999 relatif au Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville ; paru au journal officiel du 12 novembre 1999.

<sup>33</sup> Le FAQSV a été doté de 500 millions de francs pour l'an 2000.

En tout état de cause, la question du financement des réseaux de soins est un des freins principaux à leur développement. Opacité des compétences, financements croisés... la caractéristique proprement transversale du travail en réseau en est certes la cause. Le projet du rapport Bacquet<sup>34</sup> de créer une enveloppe de l'ONDAM spécifique aux réseaux ville-hôpital, dont l'allocation régionalisée relèverait de la compétence conjointe des agences régionales et de l'assurance maladie résoudrait probablement une partie de ces difficultés. Cependant ce bref exposé des questions financières de *Maternité en Yvelines* montre qu'elles ne sont pas liées à la seule différenciation des enveloppes de l'ONDAM ; *Maternité en Yvelines* étant avant tout un réseau interhospitalier et sa difficulté principale étant de disposer d'un financement pérenne de ses dépenses d'exploitation.

L'autre aspect de cette problématique tient à la dimension incitative de la politique tendant au développement des complémentarités. Le flou budgétaire en est très certainement le reflet, et il est la rançon d'une liberté nécessaire à la multiplication des initiatives. Le paradoxe est qu'il en est également l'obstacle. Mais la spécificité des réseaux de périnatalité, réseaux obligatoires, n'est nulle part prise en compte ; tandis que leur pérennité est justement liée à une reconnaissance financière aujourd'hui imparfaite, sans doute conditionnée par la validation de résultats tangibles.

### **III – Au delà des hypothèses de succès : l'évaluation des résultats.**

En dernière analyse, la pérennité de *Maternité en Yvelines* dépend donc de sa capacité de répondre à ses objectifs. L'ultime garantie de l'avenir d'un réseau périnatal tient dans la valeur du travail d'évaluation qu'il est capable de mener. Or, si l'évaluation est un des engagements des instances de *Maternité en Yvelines*, les outils font défaut pour la mener à bien. Accomplir cette mission est

---

<sup>34</sup> Op.cit.

l'actuel défi auquel entendent répondre bien des promoteurs de réseaux périnataux.

### **A) Pour mieux évoluer, savoir s'évaluer.**

Définie comme « une démarche consistant fondamentalement à porter un jugement de valeur sur une intervention (une technique, une pratique, une organisation, un programme, une politique) dans un but d'aide à la décision »<sup>35</sup>, l'évaluation d'un réseau est nécessaire à deux points de vue. Elle est à la fois un outil de pilotage du dispositif permettant de prendre conscience de ses éventuels dysfonctionnements ou des voies d'améliorations nécessaires, et la condition de sa reconnaissance financière. Les conditions ci-dessus évoquées d'adaptabilité de l'objet du réseau et de pérennité des moyens financement de y sont intimement liées. A terme, la perspective de l'accréditation prévue à l'article L710-5 du code de la santé publique renforce encore le besoin de s'évaluer. Dans le cadre de son dossier promoteur, *Maternité en Yvelines* s'est engagé auprès de l'ARH à mener un tel travail. La convention constitutive en prend également acte :

« Article 7 : En conformité avec les dispositions de l'article L710-5-4 du code de la santé publique, le réseau sera soumis à la procédure d'accréditation dans le délai imparti.

Article 8 : les membres du réseau s'engagent à soumettre leur action aux protocoles d'évaluation de l'ANAES dès que ces derniers seront élaborés. »

Or, dans les faits, l'évaluation du réseau se heurte à des difficultés méthodologiques et pratiques certaines. Sur le plan méthodologique, malgré un réel effort en ce sens, les principes retenus pour la construction d'un système d'évaluation sont restés pour la plupart théoriques ou n'ont pas à ce jour atteint leurs objectifs.

---

<sup>35</sup> A.P. Contandriopoulos, *L'évaluation dans le domaine de la santé, concepts et méthodes*, in Lebrun et al *L'évaluation en matière de santé. Des concepts à la pratique*. SOFSTEC/CREGE éd, 1991.

Ainsi plusieurs niveaux d'évaluation avaient été retenus qui devaient étager ce système, dont la mise en œuvre s'appuyait sur l'intervention d'acteurs externes :

- une évaluation en terme de Santé Publique, avec EVAL/CEMKA.
- une évaluation de la qualité et de la sécurité des services proposés, avec un tiers neutre et indépendant (un appel au label Santé mis en place par le Bureau VERITAS avait été mis à l'étude).
- une évaluation des bonnes pratiques professionnelles universitaires, hospitalières et libérales, avec l'Université René Descartes Paris V, le CNGOF/AUDIPOG, le Club des Accoucheurs Libéraux des Yvelines (CALY).
- une évaluation des technologies, avec les partenaires industriels de *Maternité en Yvelines* et de ses réseaux locaux associés, pour s'assurer de leur sécurité et de leur « interopérabilité » avec les autres réseaux de périnatalité de l'Ile-de-France.

A ce jour, ce système demeure en phase d'analyse et de recherche d'une méthodologie adaptée. Plus modeste, il repose désormais sur trois niveaux qui concernent l'évaluation médicale, l'évaluation médico-économique et l'évaluation technologique.

Le travail d'évaluation mené actuellement s'intéresse à l'aspect médical des résultats observables. La dimension médico-économique se heurte à des difficultés méthodologiques accrues. Comme l'ont souligné M. Frossard et A.Boitard<sup>36</sup>, le réseau ne correspond pas au cadre standard de l'économiste qui est celui d'un univers où les acteurs sont régis par les lois du marché, où les produits sont clairement identifiables et où le consommateur décide librement en procédant à un arbitrage entre des préférences individuelles ou des utilités. L'auteur suggère d'adopter « un autre cadre d'analyse qui est celui de la rationalité limitée ou procédurale s'inscrivant dans un cadre d'économie des organisations », en prenant comme base la notion d'apprentissages collectifs. La difficulté de valoriser les coûts et les avantages du travail en réseau est renforcée par la fragilité du système d'information médicale et par le faible

---

<sup>36</sup> M. Frossard et A.Boitard, *Evaluation des réseaux de coordination gérontologique : une approche socio-économique*, Revue d'épidémiologie et de santé publique n°5, 1997.

développement des systèmes de comptabilité analytique. Enfin, l'absence d'informations de référence (par exemple les coûts de la prise en charge avant la constitution du réseau) rend incertaine l'interprétation de résultats chiffrés.

Il existe aussi des obstacles matériels à la mise en place d'un système d'évaluation efficace qui nécessite de disposer du temps et des compétences nécessaires pour effectuer ce travail. Nous avons vu au chapitre précédent que les besoins financiers de l'activité d'évaluation du réseau avaient fait l'objet d'une estimation chiffrée.

Pour relever le défi de l'évaluation, *Maternité en Yvelines* doit à la fois rechercher les moyens et les outils qui lui permettront de construire un système d'évaluation complet et lisible. Une étude des concepts de l'évaluation est un préalable nécessaire à la recherche d'un système d'analyse ; elle en conditionne à la fois l'origine (interne ou externe), la temporalité (en amont, en continu, en phase de stabilité, en aval du processus) et les méthodes.

On recense différentes méthodes d'évaluation à la fois complémentaires et répondant à des objectifs distincts. Normative, l'évaluation est une comparaison avec un référentiel existant élaboré a priori. Sommative, elle s'intéresse surtout aux résultats de l'action sur la population en fonction des objectifs et peu aux processus utilisés pour les obtenir. Comparative, elle a pour objectif la comparaison entre deux actions soit sous forme « ici-ailleurs », soit sous forme « avant-après », cherchant à mettre en évidence l'efficacité d'une action ou la supériorité d'une action par rapport à une autre. Analytique, elle s'intéresse au comment de l'action, c'est-à-dire aux facteurs la freinant ou la facilitant. Enfin, dynamique, elle conduit à modifier l'action au fur et à mesure de son développement. Le HCSP<sup>37</sup> préconise de faire reposer l'évaluation sur des disciplines variées : outils démographiques, études épidémiologiques, analyse économique, sciences sociales.

Pour être efficace, une évaluation doit ainsi « satisfaire aux critères de l'isomorphisme, c'est-à-dire être en correspondance avec l'action par sa

---

<sup>37</sup> HCSP, *L'évaluation en santé*, Actualité et dossiers en santé publique n°17, décembre 1996.

pertinence, son importance et sa portée, à celui de la crédibilité qui implique que l'on accordera foi aux conclusions de l'évaluation et à celui du réalisme qui signifie que l'évaluation ne prendra pas un envol qui la conduira à l'extérieur des conditions de réalité qui lui sont imposées»<sup>38</sup>.

La construction d'un système d'évaluation suppose en priorité de définir ce que l'on souhaite évaluer. On peut sur ce point s'appuyer sur les niveaux classiques de Donabedian qui sont ceux des structures (mobilisation des acteurs, pertinence de la composition, de l'implantation, du cadre juridique du réseau), des processus évaluable (processus de prise en charge et processus organisationnels) et des résultats (médicaux, sanitaires et sociaux, économiques). La distinction est liée à celle de la temporalité de l'évaluation. Ainsi l'évaluation des structures peut être menée en continu dès le lancement du projet, celle des processus est également menée en continu (et c'est la seule évaluation possible en phase de montée en charge), enfin celle des résultats n'est envisageable qu'en phase de stabilité.

Définir ce que l'on souhaite évaluer c'est aussi délimiter précisément les objectifs principaux ou intermédiaire du réseau. Dans le cas de *Maternité en Yvelines*, les objectifs principaux sont l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge périnatale qui doit être assortie d'une rationalisation des coûts. On peut déterminer des objectifs intermédiaires tels que la juste orientation des patientes vers les différents niveaux de maternité en fonction du risque décelé, la préférence pour les transferts in utero, la limitation des transferts post-nataux, l'amélioration du niveau des connaissances médicales des professionnels ou l'efficacité de la coordination entre les établissements. On s'en tient ici aux objectifs du réseau interhospitalier réglementaire. Le même type de raisonnement peut être mené pour les projets liés à la prise en charge médico-psycho-sociale, à la collaboration ville-hôpital ou à la télémédecine, dont *Maternité en Yvelines* est protecteur.

---

<sup>38</sup> A. Beaudoin, *La réalisation de l'évaluation dans la pratique : critères et limites* in Lecomte et Rickman, *L'introduction aux méthodes de recherche évaluative*, Ottawa, Université de Carleton, 1982.

## **B) La construction d'un système d'évaluation.**

Si l'on se réfère à la méthodologie d'évaluation des réseaux proposée par l'ANAES<sup>39</sup>, un système d'évaluation lisible et exhaustif distingue cinq niveaux décomposant les trois aspects de Donabedian et décrits par les questions suivantes :

- Le réseau atteint-il ses objectifs ?
- Quelle est la qualité des processus mis en œuvre et des résultats obtenus ?
- Quel est l'apport spécifique de l'organisation en réseau dans le degré d'atteinte des objectifs et de la qualité ci-dessus définie ?
- Quels sont les coûts engendrés par le réseau ?
- Quels sont ses effets indirects induits ?

Pour chacune de ces questions, la démarche se déroule en trois temps :

- Un temps de la documentation sur le niveau évalué : mettre en place un système d'information.
- Un temps de mesure et d'analyse : mesurer et analyser les données de façon qualitative (regard critique sur la documentation) et quantitative (mesure en continu des activités produites, des résultats obtenus et moyens mobilisés).
- Un temps d'évaluation proprement dite : construire des indicateurs et définir un système d'interprétation.

### Le système d'information

A ce jour, le système d'information du réseau *Maternité en Yvelines* repose essentiellement sur les données contenues dans les fiches de transfert et sur le travail de recensement réalisé par la sage-femme coordinatrice de la maternité de Poissy. Il n'existe pas de système d'information permettant d'isoler les coûts de la prise en charge de façon exhaustive. On peut en revanche appréhender assez précisément les coûts de structure liés au fonctionnement du réseau.

---

<sup>39</sup> ANAES, *Principes d'évaluation des réseaux de santé*, Paris, juin 1999.

Pour formaliser le recueil des informations médicales, l'utilisation du certificat du huitième jour (CS8)<sup>40</sup> semble appropriée à condition d'en améliorer les modalités. Renseigné systématiquement et obligatoirement pour chaque nouveau né à l'attention du Conseil Général, en vertu des lois n°86-1307 du 29 décembre 1986 et 89-899 du 18 décembre 1989, ce certificat contient des informations médicales précieuses. Cependant, il ne permet pas de disposer de l'ensemble des données nécessaires à un travail d'évaluation complet. Certificat de santé, il n'est pas utilisé pour les enfants morts à la naissance ou en salle de travail et fait parfois défaut pour les enfants transférés. L'inégalité de la qualité de la réponse peut également poser problème.

L'expérience menée en Seine Saint Denis à l'initiative du Conseil Général du département à partir de 1993 a consisté en l'élaboration d'un document plus exhaustif, destiné à se substituer au certificat du huitième jour : le certificat d'issue de grossesse (CIG)<sup>41</sup> intégrait des données relatives à la mère, la grossesse, la surveillance du fœtus, l'accouchement, l'état de l'enfant à la naissance et les transferts éventuels de la mère et/ou de l'enfant. Le CIG n'étant toutefois pas obligatoire et ne s'étant pas substitué au CS8, le nombre de maternités volontaires pour le remplir dans le cadre de l'expérience s'est rapidement réduit. Ce document a donc fait l'objet d'une nouvelle étude qui a donné lieu à l'élaboration d'une nouvelle formule à partir du CS8, intégrant les variables du CIG. Ce nouveau certificat de santé<sup>42</sup> s'est vu généralisé à l'échelle du département en lieu et place du CS8 à titre expérimental pour une durée de trois ans ; la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés ayant donné son accord pour le traitement informatique des données. Le CIG s'est vu diffusé pour le recueil des informations concernant les enfants morts-nés.

Cette expérience est intéressante à de nombreux points de vue. Ne créant pas de surcharge de travail, elle assure le recueil systématique des données nécessaires à l'évaluation des résultats médicaux, par l'intermédiaire d'un document adapté à ses besoins. Il serait intéressant de mener une expérience

---

<sup>40</sup> Un exemplaire du CS8 est présenté en annexe.

<sup>41</sup> Un exemplaire du CIG est présenté en annexe.

<sup>42</sup> Un exemplaire du certificat de santé expérimental est présenté en annexe.

similaire dans le département des Yvelines avec l'accord du Conseil Général. Pour l'heure, le CS8 reste un document incontournable de l'évaluation médicale et c'est sur son fondement que le système d'information devra être construit.

Concernant les données qui alimenteront l'évaluation médico-économique qu'entend mener *Maternité en Yvelines*, seule la mise en place d'une comptabilité analytique du type de celle utilisée par les établissements participant à l'étude nationale de coût permettrait d'isoler les coûts de prise en charge des grossesses dans le cadre du réseau. A défaut, ces données se limitent aux éléments comptables recueillis par l'établissement gestionnaire, c'est-à-dire aux dépenses directement liées au fonctionnement du réseau. Avec prudence, il peut également être envisagé d'utiliser les résumés standardisés de sortie et résumés d'unités médicales qui définissent les GHM en gynécologie-obstétrique de chaque établissement.

#### Mesure et analyse des données disponibles

Les données recueillies au moyen d'un tel système d'information vont ensuite donner lieu à un travail de mesure et d'analyse critique. Il s'agit d'une part d'agréger des données brutes pour disposer de chiffres utilisables dans la construction d'indicateurs significatifs. Cette agrégation procède d'une mesure « qualitative ordinale » (un nombre de décès, un nombre de transferts...) ou « quantitative cardinale »<sup>43</sup> (niveau de satisfaction des femmes prises en charge par le réseau, niveau d'application des protocoles...).

Il s'agit d'autre part de porter un regard critique sur les données disponibles, de déterminer leur fiabilité voire de les compléter par des questionnaires ou enquêtes qui en valideront ou au contraire en infirmeront le sens.

---

<sup>43</sup> ANAES, op.cit.

## Construction des indicateurs et lecture des résultats

« Un indicateur est un descripteur permettant de représenter de façon simplifiée une réalité complexe ». Il est déduit du travail de mesure et d'analyse préalable et peut « synthétiser plusieurs mesures sous forme de score uni ou multidimensionnel »<sup>44</sup>.

La construction d'indicateurs nécessite d'identifier parmi les informations disponibles lesquelles sont les plus pertinentes et significatives pour l'évaluation du réseau. Elle peut s'appuyer sur des informations révélatrices du bon fonctionnement du réseau ou au contraire de ses dysfonctionnements.

Nous proposons ici une série d'indicateurs pour chaque niveau de l'évaluation.

### **Le réseau atteint-il ses objectifs ?**

Taux de couverture de la population prise en charge (nombre de patientes potentielles/nombre de patientes prises en charge)

Degré d'accessibilité au réseau (délai de prise en charge en urgence et hors urgence)

Nombre de refus de transfert émanant des patientes (refus d'entrer dans le réseau)

Taux de naissance des grands prématurés en maternité de niveau III

(indicateur à décliner pour chaque type de grossesse pathologique et pour chaque niveau de maternité, ou à retourner pour obtenir un indicateur de dysfonctionnement)

Satisfaction des patientes et de leur entourage quant au lieu de prise en charge

Satisfaction des patientes et de leur entourage quant à la qualité de la prise en charge

Satisfaction des patientes et de leur entourage quant à la sécurité de la prise en charge

---

<sup>44</sup> ANAES, op.cit.

On peut aussi envisager un certain nombre d'indicateurs de dysfonctionnement du type :

Nombre de grands prématurés nés en maternité de niveau I et II (à décliner pour tous les types de pathologies et niveaux de maternités)

Nombre de transferts maternels en réanimation et répartition de ces transferts en fonction du niveau de soins d'origine

Nombre de transferts de nouveau-nés en post-natal vers un niveau de soins supérieur

Nombre de grossesses non pathologiques accouchées en maternité de niveau III et ne relevant pas du secteur couvert par ce centre

Nombre de refus de transferts in utero vers le centre de niveau III faute de places disponibles

Nombre de patients ayant subi des transferts multiples

Monitoring en cours de transfert ou de retransfert

### **Quelle est la qualité des processus mis en œuvre et des résultats obtenus ?**

#### Processus :

Nombre de protocoles en vigueur

Taux d'application des protocoles (ou nombre de patientes prises en charge conformément aux protocoles en vigueur, nombre de patientes prises en charge en marge de ces protocoles : non respect motivé, non respect non motivé)

Nombre de réunions ou fréquence des réunions de coordination des membres du réseau

Taux de participation à ces réunions

Taux de participation aux instances du réseau

Nombre des actions de formation mises en œuvre

Nombre de praticiens ayant bénéficié de ces formations

Taux d'intervention de la cellule de régulation interne

Résultats :

Nombre d'accidents évités

Nombre de complications évitées

Nombre de transferts du nourrisson évités

Nombre de transferts de la mère liés à un défaut d'orientation évités

Accidents ou incidents ayant nécessité l'intervention d'un autre dispositif

Nombre de décès maternels

Nombre de décès infantiles

**Quel est l'apport spécifique de l'organisation en réseau dans le degré d'atteinte des objectifs et de la qualité ci-dessus définie ?**

Taux de conformité aux protocoles organisationnels

Comparaison des taux de transferts in utero pour un fonctionnement en réseau/hors réseau

Comparaison des taux de transferts post-natals pour un fonctionnement en réseau/hors réseau

Nombre de transferts résultant de l'intervention de la cellule de régulation interne

Nombre de transferts résultant de la cellule francilienne des transferts in utero

**Quels sont les coûts engendrés par le réseau ?**

Dépenses d'investissement

Dépenses d'exploitation (en personnel et en logistique)

Dépenses de transport médicalisé

Temps consacré par le personnel à la coordination

**Quels sont ses effets indirects induits ?**

Effets d'apprentissage (amélioration du niveau de connaissance des professionnels appréciée en fonction de ...)

Economie du handicap (en fonction du nombre de complications graves évitées)

Economie des soins (idem)

Impact sur le système de soins (économie de structure, aménagement du territoire, égalité d'accès aux soins...)

La lecture de ces indicateurs devra respecter une méthodologie précise selon le type d'évaluation que l'on souhaite mener. Si l'on se réfère aux développements de l'analyse économique issus des programmes de rationalisation des choix budgétaires mis en œuvre dans le courant des années soixante-dix, comme le suggère le document d'aide méthodologique à l'évaluation de la télémédecine élaboré par le CREDES<sup>45</sup>, on peut distinguer plusieurs méthodes de comparaison coûts/résultats :

- L'analyse de minimisation des coûts : utilisée pour comparer deux méthodes identiques sur le plan des résultats, elle est citée ici pour mémoire dans la mesure où elle ne paraît pas adaptée à l'évaluation des réseaux de soins dont on attend une amélioration en termes de résultats.
- L'analyse coût/efficacité : les options alternatives étudiées (en l'occurrence il s'agit de comparer une prise en charge complémentaire entre les maternités à une prise en charge isolée) sont analysées par référence à un paramètre unique exprimé en termes physiques (il peut s'agir du résultat sanitaire final, ici le nombre d'enfants nés dans une maternité adaptée au risque présenté au moment de la grossesse, ou d'un résultat intermédiaire, par exemple le nombre de complications évitées, voire un élément du processus de soins). Les résultats de l'analyse sont exprimés en coût par unité.
- L'analyse coût/bénéfice : elle consiste à traduire toutes les conséquences du processus évalué en termes monétaires afin d'agrèger des résultats de différents ordres, en valorisant les jours de handicap évités par exemple ; elle a fait l'objet de nombreuses critiques sur le plan éthique.
- L'analyse coût/utilité : cette méthodologie conduit à incorporer dans un résultat unique différents résultats tels que les années de vie gagnées par rapport à la qualité de vie de ces années.

---

<sup>45</sup> CREDES, *Aide méthodologique à l'évaluation de la télémédecine*, Direction des Hôpitaux, mars 2000.

Au regard de ces définitions théoriques, il semble opportun d'axer l'évaluation de *Maternité en Yvelines* sur une analyse coût/efficacité. Dans le cadre d'une approche des résultats empruntant aux références de l'économie des organisations, on peut enrichir ce système d'interprétation en s'appuyant sur le coût moyen de la coordination, sur la productivité du réseau associée à sa taille optimale ou sur l'apprentissage professionnel collectif (par exemple pratiques communes) et sa progression dans le cadre des réseaux de soins.

La méthodologie proposée par l'ANAES<sup>46</sup> envisage quatre types de comparaisons possibles :

- une comparaison de la performance mesurée à la performance prévue par les objectifs
- une comparaison de deux mesures successives de la performance
- une comparaison de la performance du réseau et en dehors du réseau
- une comparaison des performances du réseau et d'autres dispositifs.

Pour l'évaluation de *Maternité en Yvelines*, seules les deux premières méthodes paraissent envisageables. Il est en effet possible d'en interpréter les résultats au regard par exemple des objectifs quantitatifs définis par le plan gouvernemental pour la périnatalité (diminuer la mortalité maternelle de 30%, abaisser la mortalité périnatale de 20%, réduire les cas d'hypertrophie du nourrisson de 25% et réduire le nombre de femmes peu ou pas suivies au cours de leur grossesse en se fondant sur les chiffres observés dans le département des Yvelines). Pour l'évaluation structurelle du réseau, les normes de référence seront de parvenir par exemple à une application systématique des protocoles médicaux ou à l'intermédiation de la cellule de régulation interne pour la totalité des transferts pratiqués.

La comparaison des mesures successives de la performance peut être menée dès que le réseau est considéré comme ayant atteint une phase de relative stabilité de sa configuration et de ses objectifs. L'analyse de l'évolution

---

<sup>46</sup> Op.cit.

des différents paramètres permettra d'apprécier l'amélioration de la qualité du réseau, sa capacité d'évoluer en fonction des besoins constatés et de répondre aux dysfonctionnements mis en évidence.

En revanche, une comparaison du fonctionnement en réseau et hors réseau (sous forme d'avant-après) est difficilement envisageable dans la mesure où elle suppose qu'une évaluation ait été menée antérieurement à sa mise en place, ce qui n'est pas le cas. Peut-être est-elle réalisable pour ce qui concerne les résultats médicaux de réseau, s'il est possible de retrouver certaines données épidémiologiques générales des années précédentes. En termes de coûts les données, encore incomplètes aujourd'hui, font véritablement défaut pour le passé. Toutefois, s'il existe des cas de prise en charge hors réseau quand celui-ci fonctionne en routine, alors une comparaison mérite d'être envisagée. Analysé comme un dysfonctionnement du système de complémentarité, l'analyse de ce type de cas présente par ailleurs l'intérêt d'expliquer les causes et les conséquences des défauts de prise en charge coordonnée. Il faut noter que ces exceptions sont justement des données que le système d'information actuel ne fait pas apparaître et qui justifient son amélioration.

Enfin, la comparaison à d'autres établissements moins avancés dans leur démarche de collaboration si elle est envisageable, n'est pas souhaitable, compte tenu des variations contextuelles qu'elle peut dissimuler. Pour cette même raison, la comparaison à d'autres dispositifs ne permettrait pas une lecture fiable des résultats évalués.

Il s'agit ici de proposer des pistes de réflexion pour la construction d'un système d'évaluation, et non un système « clé en main » directement utilisable. Le travail méthodologique pour l'évaluation du réseau n'en est qu'à ses balbutiements : il nécessitera encore que le réseau y consacre du temps et des moyens et au-delà de ce « travail sur soi » ne pourra être mené à bien que s'il s'appuie sur un véritable échange entre l'évaluateur interne et l'évaluateur externe dont les vues sont complémentaires.

## CONCLUSION

L'avenir de *Maternité en Yvelines*, malgré toute la richesse du projet, ne sera donc assuré que s'il sait maintenir ses principes fondateurs, mais aussi et surtout s'il fait l'objet d'une véritable reconnaissance financière. La nécessité de prouver son efficacité y est intimement liée, c'est pourquoi en dernière analyse l'évaluation sera la condition fondamentale de sa pérennité.

Les enseignements à l'usage des réseaux de périnatalité émergents en Ile de France que l'on pourra tirer de l'expérience, lisibles dans l'analyse des points forts du projet, n'auront de valeur qu'à la lumière de cette preuve. La réussite de la démarche conditionne sans doute l'effet d'entraînement nécessaire au succès d'une réforme périnatale contraignante.

L'analyse des processus à l'œuvre dans une telle démarche a montré en effet la subtilité du jeu des acteurs, et mis en exergue l'aspect proprement humain de toute collaboration professionnelle, humain dans sa force comme dans ses faiblesses, qu'il s'agisse de la vivacité de l'engagement ou de la méfiance et du pouvoir. C'est justement cet équilibre entre l'aspect humain d'une démarche, à la fois moteur et sensible, devant librement s'exprimer, et sa dimension institutionnelle voire injonctive, qui fait toute la complexité du travail en réseau et l'incertitude quant à son issue, présumée heureuse.

## BIBLIOGRAPHIE

### **ARTICLES**

Actualité et dossiers en santé publique n°24, HCSP, septembre 1988.

S. Béjean et M. Gadreau, *Concepts de réseau et analyse des mutations récentes du système de santé*, Revue d'économie industrielle n°81, 1997.

Dr Alain Brabant, *Les maternités privées face à la réforme*, intervention sur le thème *Les impacts organisationnels et financiers de la réforme*, Journée Nationale sur la Réforme périnatale, 17 mai 1999, Palais du Luxembourg.

M. Frossard et A. Boitard, *Evaluation des réseaux de coordination gériatrique : une approche socio-économique*, in Revue d'épidémiologie et de santé publique n°5, 1997.

Informations Hospitalières, *Télémedecine et médecine périnatale*, n°46, nov-déc 1997.

F. Leclerc, *Les formes expérimentales d'organisation des soins*, Droit social n°10-11, septembre/octobre 1997.

Dominique Le Boëuf, *Réseaux de soins et processus de changement, quel accompagnement ?*, Technologie Santé n°37, CNEH, juillet 1999.

Gilles Poutout, *Réseaux : la fin des citadelles*, Technologie Santé n°37, CNEH, juillet 1999.

A. Sabouraud, *Ville-santé*, Territoires, février 1996.

Réseaux Ile de France n°1, lettre d'information de l'ARH et de l'URCAM d'Ile de France, septembre 1999.

### **OUVRAGES**

A. Beaudoin, *La réalisation de l'évaluation dans la pratique : critères et limites* in Lecomte et Rickman, *L'introduction aux méthodes de recherche évaluative*, Ottawa, Université de Carleton, 1982.

A.P. Contandriopoulos, *L'évaluation dans le domaine de la santé, concepts et méthodes*, in Lebrun et al *L'évaluation en matière de santé. Des concepts à la pratique*. SOFSTEC/CREGE éd, 1991.

JP. Boutinet, *Anthropologie du projet*, PUF, Paris, 1996.

Ferdinand Tönnies, *Communauté et société : catégories fondamentales de la sociologie pure*, éd. Paris Retz, 1977.

## **RAPPORTS ET COLLOQUES**

Actes du colloque de l'association TransFaire, Journée Nationale sur la Réforme périnatale, 17 mai 1999, Palais du Luxembourg.

Actes des journées de formation continue des sages-femmes de l'AP-HP, Contribution de la sage-femme à l'élaboration de la réforme périnatale, 27 avril 2000.

ANAES, *Principes d'évaluation des réseaux de santé*, Paris, juin 1999.

ARHIF, Elaborer un programme pluriannuel de modernisation des hôpitaux et des cliniques d'Ile de France, juin 1997.

Alain Bacquet, *Rapport sur l'Evolution du système hospitalier* (thème 1 : *Les réseaux de soins et les relations entre l'hôpital et la médecine de ville*), Revue Hospitalière de France n°3, mai-juin 2000, page 11.

CREDES, *Aide méthodologique à l'évaluation de la télémédecine*, Direction des Hôpitaux, mars 2000.

Direction des hôpitaux, *Note du 19 mars 1998 relative aux réseaux de soins*.

HSCP, *La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance. Pour un nouveau plan périnatalité*, 1994.

HCSP, *L'évaluation en santé*, Actualité et dossiers en santé publique n°17, décembre 1996.

## **MEMOIRES**

Sébastien Lamy, Evaluation des réseaux de soins par les URCAM, Propositions et limites, mémoire DESS Université Dauphine Paris IX, 1999.

Dominique Le Boëuf, *Le lien et la règle, mise en œuvre des réseaux de soins - apports de l'évaluateur*, mémoire DESS Université de Provence Aix Marseille 1, 1998.