



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Médecin inspecteur de Santé Publique

Date du Jury : **Avril 2002**

**FERMETURE D'UNE PETITE MATERNITE
EN MILIEU RURAL
Évaluation des actions mises en place.**

Françoise OMEZ

Sommaire

INTRODUCTION	4
1 - LA REGLEMENTATION AUTOUR DE LA PERINATALITE.....	7
1.1 L’avis du Haut Comité de Santé Publique de 1994 et celui des experts.....	7
1.2 Le Plan National Périnatalité 1995-2000.....	8
1.3 Le Pr Pontonnier et la politique de la médecine périnatale en France.....	9
1.4 Les décrets d’octobre 1998 relatifs à la périnatalité.....	10
1.4.1 Hiérarchisation des maternités.....	10
1.4.2 Des normes de sécurité minimales.....	11
1.4.3 La coordination des soins.....	11
1.5 Le rapport du HCSP 2002 : quelques constats autour de la périnatalité.....	12
1.6 Les propos du Pr Levy lors de la première journée nationale des CRN.	14
1.7 La situation démographique en France.....	15
1.7.1 Situation Démographique.	15
1.7.2 Les chiffres autour de la périnatalité.....	17
1.8 La situation en Midi-Pyrénées.....	18
1.8.1 Le rapport d’étape sur la Sécurité de la Naissance de 1997.	18
1.8.2 Le SROS 1999.....	18
1.9 Le contexte local.....	20
1.9.1 Les maternités du secteur.	20
1.9.2 Les actions mises en place et le centre périnatal de proximité.....	22
1.9.3 L’étude FIESTA.....	23
2 - OBJECTIFS DU MEMOIRE ET ENJEUX DE SANTE PUBLIQUE.....	25
2.1 Les hypothèses formulées.	25
2.1.1 Les femmes enceintes sont bien suivies médicalement.....	25
2.1.2 L’impact psychologique et socioprofessionnel à la suite de la fermeture de la maternité n’est pas bien pris en compte.	26
2.1.3 Il existe des besoins non satisfaits.....	26
2.2 Les enjeux de santé publique et le rôle du MISP.....	27
2.2.1 Les enjeux de santé publique	27
2.2.2 Le rôle du Médecin Inspecteur de Santé Publique.....	28
2.3 Réflexions autour de quelques thèmes pour comprendre les enjeux.....	29
2.3.1 Le réseau de soins en Périnatalité en Midi-Pyrénées dit MATERMIP	29

2.3.2	L'avis du Pr. Mattei.....	30
2.3.3	Soins et proximité.....	32
2.3.4	Soins et ruralité.	34
2.3.5	La prévention des troubles psychiques chez l'enfant.	36
2.3.6	Rôle et mission de la PMI	38
2.3.7	Rôle et mission des sage-femmes.....	39
3 -	PRISE EN CHARGE EN DEHORS DE LA MATERNITE.	40
3.1	Cahier des charges des CPP.....	40
3.1.1	La CRN de Languedoc-Roussillon.	40
3.1.2	L'ARH en Midi-Pyrénées.....	42
3.2	Quelques exemples de CPP, fonctionnement et dysfonctionnements.	42
3.2.1	Le CPP de Lunel: un service privé.	42
3.2.2	Les CPP rattachés à la maternité de Châteauroux en région Centre.....	44
3.2.3	Le CPP de L'Arbresle : des lits de soins de post-partum.	46
3.2.4	Le cas de Prades : celui d'un dysfonctionnement majeur.....	47
3.3	Le CPP DE Saint Céré en Midi- Pyrénées et l'association « Atout-Naître ».	49
3.3.1	Le CPP de Saint-Céré	49
3.3.2	L'association Atout-Naître	55
3.4	D'autres types d'alternative à l'hospitalisation.....	57
3.4.1	L'hospitalisation à domicile (HAD) dans le cadre du post-partum.....	58
3.4.2	L'expérience du centre hospitalier de Tulle en région Limousin.....	61
4 -	L'ENQUETE.....	62
4.1	La méthodologie utilisée.....	62
4.2	Les résultats.....	63
4.2.1	L'étude quantitative	63
4.2.2	L'étude qualitative	65
5 -	ANALYSE ET PROPOSITIONS	81
5.1	Niveau local, secteur de Saint-Céré.....	81
5.1.1	Les points forts autour de la périnatalité.....	81
5.1.2	Les points à améliorer.....	83
5.2	Au niveau national.....	86
5.3	Le rôle du MISP.....	87
	CONCLUSION	89

Liste des sigles utilisés

- APQ** : Association des Pédiatres Québécois.
- ARH** : Agence Régionale de l'Hospitalisation.
- CETSQ** : Conseil d'Évaluation des Technologies de la Santé du Québec.
- CHR** : Centre Hospitalier Régional.
- CMU** : Couverture Médicale Universelle.
- CPP** : Centre Périnatal de Proximité.
- CREDES** : Centre de Recherche, d'Étude et de Documentation.
- CRN** : Commission Régionale de la Naissance.
- CSP** : Code de la Santé Publique.
- DDASS** : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales.
- DRASS** : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales.
- DREES** : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques.
- ENSP** : École Nationale de Santé Publique.
- ETP** : Équivalent Temps Plein.
- HAD** : Hospitalisation A Domicile.
- HCSP** : Haut Comité de Santé Publique.
- HTA** : Hypertension Artérielle.
- INSEE** : Institut National de la Statistique et des Études Économiques.
- INSERM** : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale.
- IVG** : Interruption Volontaire de Grossesse.
- MAP** : Menace d'Accouchement Prématuro.
- MATERMIP** : Réseau des maternités en Midi-Pyrénées.
- MISP** : Médecin Inspecteur de Santé Publique.
- NSP** : Ne Sait Pas.
- OCDE** : Organisation de Coopération et Développement Économiques.
- Pr** : Professeur.
- PMI** : Protection Maternelle et Infantile.
- PRAPS** : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux soins.
- PSPH** : Participant au Service Public Hospitalier.
- RCIU** : Retard de Croissance Intra Utérin.
- SMUR** : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation.
- SROS** : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire.
- UPATOU** : Unité de Proximité, d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences.
- VAD** : Visite A Domicile.

INTRODUCTION

Ce travail vise à confronter l'avis des usagers du dispositif de soin avec la réalité des actions mises en place sur le terrain à la suite de la fermeture d'une petite maternité dans un secteur à population rurale.

La mise en place de structures dans lesquelles sont effectuées, en dehors de l'accouchement lui-même, toutes les activités de soins auprès des femmes a été l'une des préconisations de la politique « Périnatale » en 1994.

Le plan périnatalité de 1994 est le fruit d'une évolution dans l'esprit des décideurs. En effet, la conception de l'accouchement, comme évènement naturel, a imprégné notre culture depuis toujours. Néanmoins, progressivement les mentalités ont évolué considérant que toute grossesse présente potentiellement un risque vital au moment de l'accouchement. Ceci est bien reflété par la politique mise en place après 1994.

Pourtant, dans le rapport du Haut comité de santé publique qui a servi de base au plan de 1994, la notion d'existence de l'enfant en tant qu'individu dès l'aube de son existence, de ses compétences propres et de sa capacité à nouer des liens précoces avec son entourage et en particulier sa mère a été évoquée sans qu'il y ait eu une réelle prise en compte de cet aspect au niveau de la politique mise en place.

Les travaux dans le domaine de la pédopsychiatrie depuis une dizaine d'années sont à l'origine de cette évolution. Le nourrisson jusqu'alors n'était pas considéré en tant qu'être, en tant qu'individu dont il faut tenir compte. Chacun pensait que l'enfant ne se construisait qu'en fonction de son environnement en occultant le fait qu'il pouvait avoir ses propres ressources pour interagir avec les autres.

La découverte et l'exploration de tout ce qui entoure le psychisme et les mécanismes d'interaction entre la mère et l'enfant ont permis de mettre en évidence un nouveau champ d'action faisant ainsi progressivement passer les pratiques médicales du « tout somatique » à une prise en compte plus globale incluant les soins autour du « psychique » dans le domaine de la périnatalité.

Cette nouvelle conception a commencé à être prise en compte dans le rapport du HCSP de 1994 et s'est poursuivie avec notamment l'intérêt accru porté par les décideurs à la parole des usagers comme le montre la nouvelle loi du 4 mars 2002¹ qui insiste particulièrement sur la participation des populations aux choix politiques en matière de santé de notre pays.

Dans les faits et en reprenant l'historique dans le domaine des soins à la mère et à l'enfant, les années 1970 ont vu s'élaborer une politique d'organisation et de planification des soins.

¹ loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Dans le domaine de la périnatalité, il n'existait pas auparavant de spécialité médicale spécifique pour les soins aux nouveau-nés et les experts ayant relevé des taux élevés de mortalité et de morbidité périnatale, la notion de qualité de l'accouchement a émergé avec la mise en place d'actions de formation et d'amélioration des soins dans le cadre de l'hôpital.

Dans les années 1980, les lois de décentralisation ont eu pour but le rapprochement avec les acteurs locaux. Les missions de la PMI, transférée aux Conseils généraux, ont été clarifiées permettant ainsi de mener une véritable politique de santé préventive en faveur des mères et des jeunes enfants. Les soins curatifs sont laissés aux hôpitaux et par là même à l'Etat. Les premières enquêtes concernant les facteurs de risque de prématurité et d'hypotrophie fœtale voient le jour.

Les années 1990 mettent l'accent sur les notions de réseaux, de coopération entre les acteurs de santé. La publication du rapport du HCSP en 1994 fut considérée comme un événement par les professionnels car il dressait le bilan de la santé des français et proposait des priorités d'action et des recommandations pour la prise en charge des soins. Les dimensions psycho-affectives commencent alors réellement à être prises en compte sans pour autant que des décisions d'organisation des soins ou de priorités d'actions concernant ce champ soient clairement établies.

Néanmoins, l'idée fait son chemin et la prise en compte de l'avis des usagers, la mise en place de coordinations des soins materno-pédiatriques avec la pédopsychiatrie s'installent progressivement.

Nous nous trouvons au centre d'une modification profonde des mentalités qui fait passer les soins du tout somatique à une prise en compte globale du patient incluant les aspects de prévention, de soins, les aspects sociaux, et psychologiques dans le cadre de coopérations, réseaux de soins et réseaux interprofessionnels, chacun, plutôt que de travailler seul dans sa spécialité, participant grâce à sa propre compétence à une prise en charge globale de la personne avec l'avis, l'accord et/ou la participation active de celle-ci.

Comme le dit le Pr Levy², attaché auprès du ministère : « il s'agit bien de réaliser une médecine globale s'entourant certes d'avis d'experts lorsque cela s'avère nécessaire, mais refusant de faire éclater le couple mère-enfant en une série de pièces détachées, dont chacune appartiendrait à un spécialiste, et l'ensemble à personne. »

Dans le champ de la périnatalité, cette prise en compte globale de la mère et de son enfant fait intervenir de nombreux acteurs, tous travaillant dans l'intérêt de l'enfant et de ses parents.

² professeur de gynécologie-obstétrique au CHU de Caen, président de la CRN

Nous proposons donc, dans ce travail, d'écouter la voix des femmes et des professionnels locaux et d'analyser leurs propos en fonction des types de soins et des actions mises en place localement.

Dans un premier temps, nous ferons référence à l'évolution des textes, à l'avis des experts dans le cadre de la périnatalité et aux constats démographiques et épidémiologiques connus.

Un deuxième chapitre explicitera les objectifs du travail et les hypothèses retenues. Les enjeux du mémoire seront étayés par des arguments provenant d'une recherche bibliographique.

Puis, l'avis de professionnels connus et la description d'expériences locales diverses nous éclaireront sur les possibilités de prise en charge existantes.

La troisième partie sera consacrée à l'enquête réalisée dans le département du Lot qui s'appuiera sur les éléments sanitaires connus et sur l'aspect qualitatif des réflexions des femmes, usagers du dispositif de soin, et des professionnels du secteur.

Enfin, le dernier chapitre permettra de proposer des orientations basées sur les attentes du terrain comme il est recommandé au niveau de la politique nationale de santé en relevant notamment le mode de contribution du médecin inspecteur de santé publique dans la mise en œuvre d'actions locales.

1 - LA REGLEMENTATION AUTOUR DE LA PERINATALITE.

1.1 L'avis du Haut Comité de Santé Publique de 1994 et celui des experts

Le rapport du Haut Comité de Santé Publique (HCSP) sur la santé en France en 1994 a été à l'origine d'une prise de conscience et d'un tournant dans l'esprit des professionnels de la santé. En matière de périnatalité, le constat effectué par cet organisme pouvait se résumer ainsi :

« Les progrès réalisés en France depuis 20 ans ont été considérables mais la France reste encore en dixième ou douzième position pour la plupart des indicateurs étudiés notamment en ce qui concerne la mortalité maternelle.

Il y a en France chaque année environ 750.000 naissances, on compte environ :

7.500 nouveau-nés malades (prématurés, hypotrophes, mal formés)

5.000 mort-nés

7.000 décès au cours de la première année

15.000 handicaps sévères notamment cérébraux,

105 femmes meurent encore à la suite de complications de leur grossesse ou de leur accouchement. »

Quelques chiffres datant de 1990 pour notre pays (source OCDE) :

- taux de mortalité infantile³ : 7,3 pour 1.000 naissances vivantes (10° rang mondial)
- Taux de mortalité périnatale⁴ : 8,3 pour 1.000 naissances totales (vivantes et décédées), 12° rang mondial
- Mortalité maternelle : 14 décès pour 100.000 naissances dont 1 décès sur 2 est évitable.

Le HCSP préconisait donc en 1994 les recommandations suivantes :

- Améliorer le suivi de la grossesse.
- Sécuriser l'accouchement en étendant la circulaire du 5 mai 1988⁵ au secteur privé, préconisant un niveau d'exigence minimale à renforcer ultérieurement.
- Favoriser la reconversion, le regroupement ou la mise en conformité des maternités sans bloc opératoire et celles où s'effectuent moins de 300 accouchements par an. « Ces restructurations devront être assorties de mesures

³ nombre d'enfants décédés entre la naissance et un an de vie révolu

⁴ nombre de mort-nés et nombre de décès entre 0 et 7 jours révolus

⁵ circulaire du 5 mai 1988 applicable au seul service public, exigeant des normes minimales de fonctionnement.

d'accompagnement avec mise en place de solutions alternatives pour le suivi de la grossesse et l'accouchement. »

- Améliorer la prise en charge des nouveau-nés en classant le type de soins réservés à cette catégorie d'âge du niveau I (surveillance de nouveau-nés bien portants en maternité) au niveau V (réanimation néonatale).
- Améliorer la mortalité maternelle et périnatale par une planification des soins en distinguant trois types de maternités selon le niveau de soins pédiatriques proposés.
- Enfin, redéfinir une politique générale en faveur des populations vulnérables, de la formation et de l'éducation du public.

De plus, le HCSP mettait l'accent sur la santé psychique du nouveau-né et ainsi celle de l'adulte en formation en parlant de « sécurité psychique » : la grossesse est une expérience psychique et humaine fondamentale. Le risque de perturbations relationnelles entre l'enfant et ses parents donne naissance à la notion de « grossesse à risque psychique ». Qu'il soit lié à la mère, à l'enfant lui-même, au couple, ou à l'environnement de la naissance, ce risque peut engager le développement intellectuel et affectif de l'enfant. Or, on sait bien qu'il est souvent possible de prévoir et de prévenir les troubles relationnels dès la grossesse d'autant que cette période représente un moment privilégié pour que soient mobilisées de nouvelles ressources individuelles et environnementales⁶.

Au total et d'après le HCSP, la naissance et la période immédiatement voisine font donc partie des déterminants importants de la santé physique et psychique de toute la vie. Les enjeux d'une politique de sécurité et de qualité de la naissance et de l'enfance sont donc très vastes, et ne s'arrêtent donc pas aux premières semaines de la vie. De plus, l'expérience d'une grossesse n'est pas sans influence sur les naissances ultérieures

« Finalement, assurer la qualité de la grossesse et de la naissance, c'est faire en sorte qu'aujourd'hui et demain, dans le court mais aussi dans le long terme, elles aient les meilleures conséquences possibles sur la santé de l'enfant et de sa mère, dans la triple dimension physique, psychique et sociale de la santé⁷. »

1.2 Le Plan National Périnatalité 1995-2000

Ce rapport a servi de base au **plan « Périnatalité »** annoncé officiellement le **12 avril 1994** et mis en place pour la période 1995-2000. Ce plan contenant seize mesures a constitué

⁶ Rapport du HCSP 1994, pp 3 et 4

⁷ Rapport du HCSP 1994, p 7

alors une étape fondamentale en reconnaissant, de manière irréfutable, la nécessité d'une nouvelle politique périnatale.

Le gouvernement proposait d'atteindre quatre objectifs :

- Diminuer la mortalité maternelle de 30%
- Abaisser la mortalité périnatale de 20%
- Réduire l'hypotrophie de 25%
- Réduire de moitié le nombre de femmes peu ou pas suivies pendant leur grossesse.

Pour atteindre ces objectifs, le gouvernement a décidé d'adopter un plan d'action en seize mesures⁸ qui répondent à cinq priorités :

- Accroître la sécurité lors de l'accouchement
- Améliorer le suivi de la grossesse
- Améliorer les soins aux nouveau-nés
- Humaniser les conditions de l'accouchement
- Evaluer la politique suivie.

1.3 Le Pr Pontonnier et la politique de la médecine périnatale en France.

En 1995, dans son rapport sur « La politique de la médecine périnatale en France », le Pr Pontonnier⁹ s'exprimait ainsi, en parlant des petites maternités :

« Réparties de façon égale dans les secteurs publics et privés, 940 maternités accueillent les 750.000 naissances annuelles de notre pays. L'accouchement à domicile, 0,5%, est devenu exceptionnel, le plus souvent dû à un départ trop tardif vers le centre obstétrical.

150 maternités environ réalisent moins de 300 accouchements et 150 centres, moins de 500 accouchements annuels... Entre 1982 et 1992, 77 maternités effectuant moins de 300 accouchements annuels ont fermé... L'enquête menée avec l'aide du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France a montré des lacunes dans le fonctionnement des maternités, grandes ou petites, publiques ou privées, universitaires ou non...:

- Sous-médicalisation très importante avec nombre d'obstétriciens sans qualification chirurgicale, absence de garde sur place, isolement des structures, rareté des pédiatres et des anesthésistes- réanimateurs...
- D'autre part, la faible activité, source de moindre performance, et le caractère urgent imprévisible de certains accouchements risquent toujours d'être à l'origine de difficultés majeures »

⁸ voire annexe 2

⁹ chef de service de gynécologie-obstétrique au centre hospitalier régional La Grave à Toulouse

Les risques pesant sur la mère et l'enfant ont fait souligner, par le Pr. Pontonnier, l'importance de la fusion des petits établissements. Celui-ci propose, par ailleurs, la notion « d'exception géographique » pour quelques rares petites maternités isolées à plus de 45 minutes d'un centre plus important et présentant un intérêt certain d'ordre public ainsi que la notion de mise en place d'alternatives à type de maternité avancée pour réduire les inconvénients d'une moindre proximité. Par ailleurs, il insiste sur l'importance d'une information de la population et des femmes afin de les amener à comprendre les enjeux et les conséquences liés à la sécurité et les charges qui ne peuvent être assumées par l'état si les solutions retenues sont inacceptables en terme de santé publique.

1.4 Les décrets d'octobre 1998 relatifs à la périnatalité

Il aura fallu attendre presque quatre années pour que sortent les décrets d'application du Plan Périnatalité de 1994. Ces deux décrets n° 98-899 et 98-900 du 9 octobre 1998 s'inscrivent dans une série de mesures prises depuis quelques années pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité du suivi des grossesses et des accouchements et réorganisent les maternités et les conditions de prise en charge des nouveau-nés.

1.4.1 Hiérarchisation des maternités.

Les maternités seront classées en trois niveaux en fonction des soins à apporter aux nouveau-nés et à leurs mères :

- celles de type I où seront pratiqués les accouchements sans facteurs de risque particulier et où seront assurés les soins néonataux des enfants ne présentant pas de problèmes particuliers.
- Celles de type II associant une unité d'obstétrique à une unité de néonatalogie permettront d'assurer tous les jours de l'année 24 heures sur 24 la surveillance et les soins spécialisés des nouveau-nés à risque et ceux dont l'état s'est dégradé après la naissance, qu'ils soient ou non nés dans l'établissement.
- Celles de type III disposeront, en plus de l'unité d'obstétrique et de l'unité de néonatalogie, d'une unité de réanimation néonatale permettant d'assurer tous les jours de l'année 24 heures sur 24, la surveillance et les soins spécialisés d'enfants nés ou non dans l'unité d'obstétrique de l'établissement qui présentent des détresses graves ou des risques vitaux nécessitant des soins de réanimation.

Toutes les maternités devront s'inscrire dans l'un de ces trois niveaux et demander l'autorisation de fonctionner.

Celle-ci ne pourra être accordée que si l'établissement justifie d'une activité minimale de 300 accouchements par an. Toutefois, cette autorisation pourra exceptionnellement être accordée, à titre dérogatoire, lorsque le contexte géographique le justifiera, lorsque l'accès à d'autres établissements pratiquant l'obstétrique impose des temps de trajet excessifs à une partie significative de la population.

Lorsqu'une autorisation ne pourra pas être donnée, un « centre périnatal de proximité » pourra être maintenu. La pratique des accouchements n'y sera pas autorisée, mais des activités pré et post natales y seront assurées, notamment le suivi des grossesses. Ces CPP devront, par voie de convention, se lier avec des établissements de référence autorisés à pratiquer l'obstétrique.

Un volet spécifique du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) devra être consacré à l'obstétrique, à la néonatalogie et à la réanimation néonatale. Ce document favorisera la création de « Réseaux de Soins » visant à encourager la coopération entre les établissements. Une nouvelle carte des maternités va ainsi apparaître dans chaque région.

1.4.2 Des normes de sécurité minimales.

Des normes ayant pour but d'assurer la sécurité de la mère et de l'enfant sont préconisées. Chaque établissement doit se conformer aux conditions techniques de fonctionnement correspondant au niveau de son choix.

Une exigence en terme de personnel, de locaux, d'équipement, d'environnement médico-technique et une organisation assurant la continuité des soins sera demandée.

1.4.3 La coordination des soins.

Le décret n° 98-900 précise la nature de la coordination des soins à mettre en place entre les unités d'obstétrique, de néonatalogie et de réanimation néonatale en référence aux dispositifs du SROS dans le cadre de réseaux de soins ou sur la base d'un dispositif conventionnel.

Selon Michel Dehan ¹⁰ trois grands principes sous-tendent le contenu des décrets :

- La sécurité, avec l'identification pendant la grossesse des facteurs de risque pour la mère et l'enfant afin d'orienter la mère vers une structure adaptée.

¹⁰ chef du service de pédiatrie et réanimation néonatale à l'hôpital Antoine Béclère à Clamart et faisant partie du groupe de travail chargé de rédiger ces décrets

- La proximité, concept en lien avec la distance et également le rapprochement mère-bébé : des CPP développeront des activités pré et postnatales et seront reliés par convention à un établissement de référence autorisé .
- La complémentarité, renforcement de la coopération obstétrico-pédiatrique et nécessité d'une coordination en réseau : chaque établissement sera lié par des conventions à un ou plusieurs établissements qui dispose d'unités qu'il n'a pas.

Les exigences des décrets en matière de plateau technique et de personnel imposeront de rechercher la meilleure adéquation possible en fonction des moyens dont disposeront les établissements de soin par une éventuelle mutualisation des ressources entre les structures.

1.5 Le rapport du HCSP 2002¹¹ : quelques constats autour de la périnatalité.

Ce 3^e rapport triennal effectué par le HCSP depuis sa création en 1991 dresse le bilan de l'état de santé de la population et fait des propositions pour améliorer la performance de notre système de soins.

En ce qui concerne la périnatalité, il relève l'importante diminution de la mortalité infantile divisée en deux entre 1970 et 1990 liée à l'amélioration constante de la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés et la forte diminution également entre 1990 et 1997, à nouveau divisée en deux, liée cette fois à la mise en place de la politique de prévention de la mort subite du nourrisson. Aujourd'hui, avec 3.400 décès annuels d'enfants de moins d'un an, la mortalité infantile en France est l'une des moins élevée au monde.

Parmi la population des 15-44 ans, le rapport constate, malgré une stagnation du recours à l'interruption volontaire de grossesse durant les 20 dernières années, qu'aujourd'hui, avec plus de 200.000 IVG par an, la France se situe à un niveau moyen en Europe.

La fréquence du recours aux IVG est plus élevée chez les jeunes filles de milieu social défavorisé, renvoyant par-là au problème de l'information et surtout de l'accès à la contraception, difficulté qu'il conviendrait de soumettre à une réflexion partenariale afin d'envisager et de multiplier les lieux d'écoute et d'accueil ciblés sur cette population.

L'espérance de vie à la naissance et la qualité de vie se sont aussi beaucoup améliorées reflétant ainsi l'importance du travail quotidien d'un grand nombre de professionnels et d'un effort collectif social et économique.

La natalité : le nombre d'enfants en France a tendance à diminuer depuis une dizaine d'années avec un redressement au cours de l'année 2000, néanmoins le taux de fécondité

¹¹ la santé en France, Haut comité de santé publique, 2002.

par femme ne permet pas le remplacement des générations, entraînant à terme un déséquilibre des populations.

Dans la population des 15-44 ans, l'augmentation de l'âge des mères à la naissance de 0,1 an chaque année avec une moyenne de presque 30 ans en 1998 explique en partie la baisse du taux de fécondité. Les naissances, devenues très rares avant l'âge de 20 ans et deux fois moins nombreuses en 15 ans pour les femmes de 20 à 24 ans, se sont déplacées vers les âges supérieurs avec une augmentation franche chez les 35-39 ans. La France dans son ensemble est donc un pays vieillissant au même titre que nos voisins européens.

La santé infantile : globalement les enfants de 0 à 15 ans sont en bonne santé mais il faut pondérer ce propos par la constatation d'une stagnation du nombre des enfants handicapés du fait d'un plus grand nombre de grands prématurés survivants grâce aux progrès de la technique médicale. On peut estimer que 30% des handicaps psychomoteurs et sensoriels majeurs de la petite enfance sont liés aux séquelles de la prématurité.

Le système d'information : le HCSP pointe le fait que le lien parent- enfant qui se tisse dans la toute petite enfance n'est pas forcément bien pris en compte au niveau de la politique de santé et qu'un système d'information concernant le suivi à long terme des enfants devrait être mis en place pour mieux appréhender les conséquences des choix politiques en cours ou à venir.

Morbidité des 15-44 ans : la pathologie mentale représente chez l'adulte jeune, hommes et femmes confondus, le premier groupe de maladies chroniques lourdement invalidantes. Le suicide est la première cause de décès chez la femme dans cette classe d'âge, le cancer concernant de plus en plus de femmes en particulier ceux de la sphère génitale (sein, corps et col de l'utérus, ovaire).

Enfin le chiffre de mortalité maternelle¹² lors de la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches stagne depuis dix ans. Il est le double de celui observé dans certains pays nordiques mettant ainsi en cause l'organisation des soins dans cette période sensible de la vie d'une femme, sachant qu'environ 30% de ces décès pourraient être évités par une meilleure prise en charge.

¹² Définie comme étant le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle ni fortuite. (CIM-10)

1.6 Les propos du Pr Levy¹³ lors de la première journée nationale des CRN.

Le Pr Levy a introduit la première journée nationale des commissions régionales de la naissance le 31 janvier 2002. Ses propos concernant le champ de la périnatalité reflètent les préoccupations actuelles du ministère de la santé. Tous les points évoqués lors de cette séance nous semblent importants et nous ont paru former la toile de fond de ce mémoire.

Le souhait d'avoir un système d'information national permanent dans le domaine de la périnatalité est une idée forte au niveau central d'autant que dans les maternités émergent de nouvelles difficultés : une moindre liberté de choix de l'établissement pour la femme enceinte, la prise en charge de plus en plus courte du post-partum, le non-respect de la sécurité dans certaines structures, par exemple.

La nécessité de promouvoir des soins de proximité et la question de la fermeture d'établissements sont deux notions contradictoires qui nécessitent d'évaluer précisément les besoins afin de pouvoir effectuer un choix dans le cadre de la planification.

La constatation d'un afflux croissant vers les établissements de niveau II et III alors que ceux-ci ne devraient prendre en charge que des grossesses pathologiques et des femmes enceintes sans facteur de risque appartenant au bassin de population proche, implique de mettre en place une nouvelle approche d'orientation des grossesses vers les structures du premier niveau et de revoir le développement des échanges entre établissements. Concernant les centres périnataux de proximité, il est important de repenser les prises en charge de proximité en réfléchissant aux besoins en amont, consultations de sage femmes et consultations avancées médicales, et aux besoins en aval pour ce qui concerne la prise en charge du post-partum et des sorties précoces après l'accouchement en lien avec l'hospitalisation à domicile.

Un autre secteur à développer est celui de la prévention materno-infantile (PMI) au sein de réseaux pluridisciplinaires où peuvent s'associer les acteurs de la Protection maternelle et infantile, ceux de la Lutte contre l'exclusion, les médecins généralistes, la pédopsychiatrie pour travailler en coordination avec des référentiels acceptés par tous.

Le Pr Levy rappelle l'importance de la PMI et notamment le rôle pivot des sage-femmes concernant l'orientation et le transfert des femmes enceintes, la préparation à l'accouchement et l'information des patientes. Il insiste sur leur importance auprès des femmes en difficultés et rappelle le rôle de toutes les sage-femmes dans le suivi du post-partum.

¹³ conseiller technique auprès du ministère et président des commissions régionales de la naissance.

Les premiers réseaux entre établissements de soins publics et privés commencent vraiment à fonctionner, cette façon de faire doit être élargie aux partenaires proches du terrain d'autant que le financement de ce type de dispositif est maintenant une chose possible.

La place de la pédopsychiatrie, dans le secteur de la périnatalité, dont l'activité est largement sous-développée doit être étendue, et il est important de mettre en place des protocoles d'accompagnement.

Enfin, en ce qui concerne les problèmes de démographie médicale, un relèvement du nombre de médecins est noté avec augmentation significative du *numerus-clausus* en 2002 principalement pour les professions en difficulté : anesthésistes réanimateurs, gynéco-obstétriciens, pédiatres avec un mode de régulation prévu et les résultats prochains de l'étude actuelle sur la démographie des sage-femmes est annoncé.

Pour terminer, une réflexion approfondie sur la notion de responsabilité médicale devrait être menée à tous les niveaux.

Ces préliminaires ont ouvert cette première journée nationale des CRN en mettant en avant les missions de ces formations dans le champ de la périnatalité¹⁴ concernant les soins, la prévention, la sécurité de la mère et du nouveau-né, la relation mère-enfant, le handicap, la préparation à la naissance, la contraception et l'interruption volontaire de grossesse. Par ailleurs, il a été rappelé à cette occasion l'arrêté du 08 janvier 1999 précisant l'objectif de chacune de ces commissions, à savoir : contribuer à la définition et à la mise en œuvre de la politique périnatale de la région.

1.7 La situation démographique en France.

Quelques chiffres nous permettront de mieux cerner la situation démographique et la périnatalité en France et dans la région Midi-Pyrénées.

1.7.1 Situation Démographique.

La France compte aujourd'hui au recensement de 1999, 60.185.800 habitants. L'augmentation actuelle est relativement limitée puisqu'en 1990, elle en comptait 58.084.200, soit une augmentation de 3,2%, alors qu'entre 1982 et 1990, la progression a été de 4,5%.

En Midi-Pyrénées, la population actuelle s'élève à 2.551.700, soit une progression de 5,8% par rapport à 1990. Ce chiffre est lui-même supérieur de 4,3% par rapport aux chiffres de 1982.

¹⁴ d'après la circulaire 394 du 6 juillet 1999

Dans le Lot, la progression existe aussi mais elle est réduite compte tenu du vieillissement de la population constaté depuis plusieurs décennies : 160.197 habitants en 1999 contre 155.900 en 1990 soit + 2,76%. Ce chiffre de 1990 étant lui-même supérieur de 0,84% par rapport à 1982.

La densité de la population¹⁵ est très variable d'un département à l'autre : globalement en France Métropolitaine elle est de 108 habitants au km², en Midi-Pyrénées elle descend à 56,27 habitants au km² et plus précisément elle est de 30,7 habitants au km² dans le Lot avec des valeurs atteignant 12 habitants au km² dans un secteur qui nous intéresse plus précisément car appartenant à la zone d'attraction de la maternité de Saint-Céré¹⁶.

La population des femmes âgées de 15 à 49 ans en âge de procréer constitue 24% de la population de la France, dans notre région, elle est équivalente.

Le taux de chômage¹⁷ en France au 31 décembre 2000 est de 9,2 % de la population active, il est de 10,0% en Midi-Pyrénées. Dans le Lot, ce taux est de 8,9% au mois de décembre 1999.

Le taux de fécondité total¹⁸ en France a diminué depuis 1950 où l'on trouvait un chiffre de 2,93 pour atteindre un taux de 1,77 en 1999. Il est remonté en 2000 jusqu'à 1,89, nombre que l'on peut peut-être mettre sur le compte de l'arrivée du nouveau millénaire. Malgré tout ce taux n'atteint pas celui de 2,11 qu'il faudrait pour assurer le remplacement des générations. En Midi-Pyrénées, il est d'environ 1,55.

Le nombre de naissance en 2001 atteint 774800 en France.

Le taux de natalité¹⁹ est passé de 13,4 en France en 1990 à 12,6 en 1998 et 13,2 en 2000. En Midi-Pyrénées, le taux est plus bas puisque de 11,1 en 1990, il est descendu à 10,9 en 1998, 9,4 dans le Lot. Nous n'avons pas les chiffres de l'année 2000.

Enfin, l'espérance de vie à la naissance ne cesse d'augmenter régulièrement, il est passé de 72 ans en 1970 à 79 ans en l'an 2000 avec une proportion de personnes âgées de plus de 65 ans qui est passée de 11% en 1946 à 16 % en 2000 alors que la proportion des moins de 20 ans est passée pendant le même temps de 30 à 26%. Ceci indique bien le constant vieillissement de notre population.

L'indice de vieillissement²⁰ est peut-être plus parlant : 60,6 en France ; 91,7 en Midi-Pyrénées et 123,2 dans le Lot, département encore plus vieillissant par rapport au reste du pays.

¹⁵ voire annexe 4

¹⁶ source INSEE

¹⁷ source INSEE

¹⁸ nombre moyen d'enfant par femme

¹⁹ nombre d'enfants nés vivants pour 1000 habitants, selon l'INSEE

1.7.2 Les chiffres autour de la périnatalité.

Le taux de mortalité infantile²¹ a chuté en France entre 1975 (13,8) et 1990 (7,3), depuis 1995 (4,9) il descend régulièrement et doucement pour atteindre 4,4 en l'an 2000, il est devenu l'un des moins élevés du monde. Néanmoins, ceci correspond à environ 3400 décès sur l'année dont la moitié concerne la première semaine de vie.

Le nombre de femmes décédées de cause médicale dont l'origine est due à une complication de la grossesse, de l'accouchement ou des suites de couche est d'environ 70 par an d'après l'INSERM. Ce chiffre ne diminue pas depuis 10 ans, il reste aux alentours de 10 pour 100.000 naissances.

Enfin, en 1999, le taux de mortalité néonatale précoce²² est de 2,0

Celui de mortalité néonatale²³ est de 2,7

Celui de mortinatalité²⁴ est de 4,6

Celui de mortalité périnatale²⁵ est de 6,5

Celui de mortalité foeto-infantile²⁶ est de 10,1

Tous ces taux sont exprimés pour 1000 naissances et ont la particularité d'être en constante diminution.

L'âge moyen des mères à la naissance de leur premier enfant augmente régulièrement de 0,1 an par année²⁷ et atteignait 29,3 ans en 1998. De plus, actuellement, la fécondité est pratiquement équivalente chez les femmes de 20 à 24 ans et chez celles de 35 à 39 ans. Et pourtant, il est démontré que les risques maternels et fœtaux augmentent avec l'âge maternel.

Au total, si nous faisons la synthèse de tous ces chiffres, ils nous permettent d'arriver aux conclusions suivantes :

- La France est un pays vieillissant, en particulier au niveau de certaines régions très rurales. Il semble important de mettre en place une politique de natalité qui permette le remplacement des générations et qui puisse aider chaque femme à

²⁰ nombre de personnes de plus de 65 ans pour 100 personnes de moins de 20 ans

²¹ nombre d'enfants décédés de moins d'un an pour 1000 naissances vivantes

²² de la naissance au septième jour de vie

²³ de la naissance au 28^e jour de vie

²⁴ décès « in utero » d'un enfant potentiellement viable de plus de 22 semaines d'aménorrhée ou d'un poids > à 500 g

²⁵ décès « in utero » ou de moins de 7 jours de vie

²⁶ mortalité infantile et mortinatalité

²⁷ rapport du HCSP 2000

ne pas attendre pour concevoir un enfant en l'informant et en l'orientant dans l'accès aux soins périnataux les mieux adaptés et la prise en charge de sa famille principalement en milieu rural.

- La prise en charge de l'enfant dans la période prénatale et lors de l'accouchement est de plus en plus performante mais qu'en est-il des soins du post-partum et de l'aide aux relations intra familiales ? Le manque d'information à ce niveau est réel malgré une prise de conscience progressive de tous les professionnels concernés.
- D'autre part, un effort doit être réalisé en faveur des femmes qui accouchent afin de limiter le nombre des décès qui pourraient être évités lors de cette étape.
- Enfin, si la politique de ces dernières années a été en partie axée sur l'aide et la prise en charge des personnes âgées avec succès, il ne faut pas oublier que la maternité fait la base de notre société de demain et qu'un effort doit être engagé pour la préserver et la valoriser.

1.8 La situation en Midi-Pyrénées.

1.8.1 Le rapport d'étape sur la Sécurité de la Naissance de 1997.

Demandé par l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) de Midi-Pyrénées au Pr Pontonnier en septembre 1997, ce rapport mettait en évidence deux exigences à priori contradictoires : la sécurité et la proximité ; débat très vif dans cette région où l'on comptait encore fin 1996 une douzaine d'établissements pratiquant moins de 300 accouchements/ an. Le rapport faisait ressortir l'intérêt public de 3 petites maternités qui, malgré leur faible activité, constituaient une exception géographique en terme de temps d'accès.

Sur la région, environ 26.500 accouchements ont été réalisés en 1995, la région comprenant alors 43 maternités.

En 20 ans, 18 établissements réalisant moins de 300 accouchements par an ont fermé.

Le rapport préconisait la fermeture ou le regroupement de 8 autres structures.

1.8.2 Le SROS 1999

Les éléments majeurs qui ressortent de l'état des lieux effectué par le groupe de travail sont les suivants :

Avec ses 8 départements, la région Midi-Pyrénées est la plus vaste des régions françaises. Elle couvre 8,3% de la surface du territoire français mais n'abrite que 4,3% de la population du pays. Le développement rapide de l'agglomération toulousaine donne de Midi-Pyrénées

une image vivante et moderne. A cette image s'oppose celle de vastes territoires ruraux à la population en diminution et vieillissante. Entre 1851 et 1954 un important exode rural a amputé cette région en dehors de l'agglomération toulousaine, seule grande ville de ce secteur. A partir de 1960, la marginalisation de la région dans l'espace économique français a été stoppée par la création de la « région Midi-Pyrénées », mais il existe toujours un déséquilibre persistant entre la métropole (761.000 habitants) et le reste du territoire.

La population estimée à 2,5 millions d'habitants en 1998 continue de croître malgré une densité faible de l'ordre de 56 habitants au km².

- 27.000 naissances chaque année, soit à peu près autant que dans la seule agglomération lyonnaise, mais sur un territoire plus vaste que la Belgique ou la Suisse.
- C'est la région la plus étendue de France, comprenant de nombreuses zones peu peuplées où le relief complique les déplacements.
- Une forte concentration de la population et des naissances en augmentation constante sur l'agglomération toulousaine. Un vieillissement dans le reste du pays avec un taux de fécondité particulièrement bas.

En 1985, 30 maternités assuraient moins de 300 accouchements par an, elles étaient 22 en 1990, et en 1999 on n'en compte plus que 7 après le regroupement de St Gaudens en Haute-Garonne.

La grande prématurité²⁸ se rencontre de plus en plus fréquemment en relation avec les progrès de la médecine périnatale et les grossesses multiples issues de nouveaux traitements de la stérilité.

Environ 6% des enfants naissent prématurément²⁹ et un enfant sur 10 a besoin d'une hospitalisation en unité de néonatalogie.

Le problème du transport de ces enfants fragiles est important dans une région aux reliefs difficiles et il est démontré que celui-ci est moins risqué lorsque l'enfant est encore « in utero ».

D'autre part, on observe dans la région des taux de césariennes variant de 10 à 26% et des taux de péridurales allant de 10 à 80%.

Dans ce contexte, les deux décrets du 9 octobre 1998 sont venus apporter des éléments de clarification indispensable.

A la mi-1999, Midi-Pyrénées compte 38 maternités dont 7 structures de niveau II et 3 centres périnataux de proximité.

A l'horizon 2004, la région disposera de 5 CPP et au plus de 35 maternités.

²⁸ < 32 semaines de grossesse

²⁹ <37 semaines

Parmi les maternités isolées qui réalisent moins de 300 accouchements par an, 3 seront maintenues du fait de leur situation géographique particulière et un centre de néonatalogie sera créé dans le lot également de manière exceptionnelle pour des raisons géographiques.

La mise en place d'une charte de fonctionnement en réseau répondra à 5 objectifs :

- Améliorer la sécurité des femmes enceintes et de leurs enfants en les orientant, au plus tôt, vers une structure adaptée à leur situation.
- Favoriser le maintien du lien familial en privilégiant une offre de proximité.
- Mieux lutter contre la douleur.
- Epauler les sites fragilisés par leur isolement et la pénurie croissante des médecins professionnels de la périnatalité.
- Donner aux professionnels et aux familles l'information la plus complète.

1.9 Le contexte local.

1.9.1 Les maternités du secteur.

Les maternités du Lot³⁰.

En 1995, on comptait dans le Lot 157.000 habitants, 1383 accouchements dans les 6 maternités en activité :

Accouchements	1995	1996	1999	2000	2001	nbe lits installés
Saint-Céré	196	105 ³¹				
Figeac Clinique	139	145 ³²				
Figeac Hôpital	169	210	324	307	316	12 dont 11 utilisés
Gourdon hôpital	200	237		271	303	10
Cahors clinique	392	390	396	438	368	17
Cahors hôpital	287	267	280	276	287	19
Brive clinique	679			946	1046	18
Brive hôpital	764			>800	740	26 (+6 néonat.)

³⁰ voire carte annexe 4

³¹ avant le 30/06/96

³² avant le 31/08/96

Fin août 1996, à Figeac, la maternité de la clinique Font Redonde a fermé, les 2 gynécologues et 3 des sage-femmes ont été intégrés à l'équipe du Centre Hospitalier.

Fin juin 1996, les accouchements ont dû être stoppés à la maternité du Centre Hospitalier de Saint-Céré en raison du départ d'un des 2 anesthésistes-réanimateurs de l'établissement, aucun remplaçant n'ayant pu être trouvé pour s'installer dans cette petite commune du nord du département. La fermeture a été effectuée par le préfet après passage en commission régionale d'organisation sanitaire et sociale dès que la sécurité n'a plus été assurée. La décision a été prise dans un climat de semi-urgence et de désaccord général et surtout d'incompréhension de la population attachée à cette structure récemment rénovée. Néanmoins les lits de maternité ont été maintenus quelques mois et recevaient des femmes transférées au 2^o jour pour le suivi des suites de couches après avoir accouché dans une autre maternité.

Le service de chirurgie a également été fermé et le dernier anesthésiste réanimateur de la structure est définitivement parti en décembre 1996.

Les lits de maternité ont été fermés définitivement au mois de mars 1997 et transformés en lits de soins de suite et de réadaptation.

Saint-Céré se trouve à la limite des 45 minutes de route par rapport aux maternités les plus proches que sont celle de Figeac et celles de Brive (55 min) dans la Corrèze, département limitrophe au Nord du Lot, par des routes un peu difficiles.

En 2000, le service des urgences a reçu une autorisation pour fonctionner en tant qu'unité UPATOU³³, le centre 15 régulant les demandes en orientant vers Brive, Figeac, Cahors s'il y a un besoin chirurgical.

En 2001, on compte dans le Lot 160.034 habitants et 4 maternités en activité :

un regroupement des 2 maternités de Cahors est prévue sur le site du Centre hospitalier où un service de néonatalogie de 4 lits doit être ouvert incessamment au sein du nouveau pôle mère-enfant ainsi créé et ce, de manière exceptionnelle puisque la majeure partie de la population du Lot est éloignée d'un tout autre service équivalent.

Dans le même temps une réflexion s'engage concernant la maternité du Centre hospitalier de Gourdon conformément au volet périnatal du SROS 1999.

Les maternités de Brive, en Corrèze.

Brive est une ville attractive pour la population du secteur de Saint-Céré : la route (55 minutes) est moins difficile que celle pour aller à Figeac (45 minutes), d'autre part la ville est beaucoup plus importante, 49.139 habitants avec des commerces plus intéressants.

³³ unité de proximité d'accueil de traitement et d'orientation des urgences

De tout temps, Saint-Céré et les communes proches se sont tournées vers cette ville pour leurs activités diverses, on pourrait même dire que Saint-Céré fait plutôt partie du bassin de population de Brive, qui pourtant se trouve non seulement dans un autre département mais aussi dans une autre région, que de celui de Figeac. Pour ces raisons, les femmes de ce secteur ont eu tendance dès l'arrêt de l'activité obstétricale à l'hôpital à aller accoucher dans une des 2 maternités de Brive :

- La maternité du centre hospitalier a effectué en 2001 grâce à ses 26 lits, 740 accouchements soit un peu moins qu'en l'an 2000 (environ 800 à 850) en raison du décès d'un des gynéco-obstétriciens de l'hôpital, la clientèle s'étant alors reportée sur la maternité de la clinique pour des raisons que l'on explique mal. D'autre part, il existe au sein de l'hôpital un secteur de néonatalogie de 6 lits, sans soins intensifs, comportant 2 chambres pour l'accueil mère-enfant, ce service devant être regroupé dans les prochaines années avec la maternité pour former un ensemble cohérent pour la mère et pour l'enfant. La maternité est ainsi classée dans la catégorie II A.

En 2001, 138 femmes du Lot y ont accouché soit 19% des parturientes.

- La maternité de la clinique St Germain a effectué cette année 1046 accouchements dans 18 lits, ce qui explique certaines périodes de « bousculade » pour l'accueil des femmes, le taux d'occupation étant proche de 100%. En 2000, on comptait environ 100 accouchements de moins, 113 femmes du Lot ont été accueillies soit environ 11% des naissances.

1.9.2 Les actions mises en place et le centre périnatal de proximité.

Après la fermeture de la maternité de Saint-Céré se sont mises en place des consultations de « maternité avancée », effectuées par les gynéco-obstétriciens de Saint-Céré et de Figeac.

Les deux sage-femmes ont été intégrées au pool des sage-femmes de l'hôpital de Figeac pour assurer l'organisation du service, une seule est restée affectée au CPP à temps plein. Des consultations de sage-femmes sur l'hôpital de Saint-Céré se sont mises en place par rotation du personnel à raison de quatre journées de 8 heures.

Enfin, une vacation de pédiatre une demi-journée par semaine a été programmée avec le pédiatre de l'hôpital de Figeac.

Par ailleurs, la gynéco-obstétricienne de Saint-Céré a pu être intégrée dans le service d'obstétrique de l'hôpital de Brive tout en gardant 2 vacations par semaine sur le CPP par convention entre les 2 établissements.

Le Centre Périnatal de Proximité n'a été réellement créé que plus tard durant l'année 1998.

L'hôpital de Saint-Céré n'a signé une convention avec l'hôpital de Figeac que le 1^{er} septembre 1999, le CPP avait alors déjà environ une année d'existence.

Une convention passée avec la maternité de Figeac de niveau I, devenue établissement de référence, décrit les conditions de collaboration des deux établissements pour le fonctionnement du CPP, sous la direction du médecin chef de service d'obstétrique de l'hôpital de Figeac, chargé de l'organisation du service.

Il est créé notamment un pool commun de sage-femmes formé de l'équipe des deux établissements.

Des consultations de gynéco-obstétrique et de pédiatrie sont assurées dans les locaux du centre Hospitalier de Saint-Céré à raison d'au moins une demi-journée par semaine pour chaque médecin.

Des consultations de sage-femmes, pré et postnatales sont organisées pour assurer la préparation à l'accouchement, la rééducation uro-dynamique, les suivis à domicile, le centre hospitalier de Figeac s'engageant par ailleurs à assurer le remplacement de la sage-femme de Saint-Céré durant ses congés.

Une activité de planning familial peut être envisagée.

Une équipe pluridisciplinaire associant les praticiens et la sage-femme est chargée des modalités d'orientation, de transfert, de recours aux services spécialisés, de transmission de l'information médicale et de mise en place de protocoles communs d'évaluation.

Enfin, une évaluation annuelle doit être effectuée et transmise à l'ARH.

En résumé, le CPP effectue une prise en charge au plus près des femmes réalisant toutes les activités de périnatalité autres que l'accouchement et la dernière visite prénatale³⁴.

Ce centre s'inscrit dans le réseau régional de soins périnataux coordonnant la prise en charge périnatale et développant les activités de parentalité³⁵ dit réseau MATERMIP en région Midi-Pyrénées dont nous parlerons un peu plus tard.

1.9.3 L'étude FIESTA

Ce mémoire vient en prolongement d'une étude, effectuée en 1999, ayant pour objet d'analyser l'impact de la fermeture de la maternité de Saint-Céré sur l'état de bien-être de la future mère et de l'enfant.

Elle a été réalisée par le médecin inspecteur en place dans le département dans le cadre d'une formation dite « FIESTA » à l'ENSP et a été à l'origine de la mise en place d'actions nouvelles au sein du CPP.

³⁴ prévue à l'article D 712-75 du code de santé publique.

³⁵ Processus psychique menant à l'état d'être parent.

Le Médecin Inspecteur a comparé, sur la base d'indicateurs sanitaires et sociaux fournis par les certificats du 8^e jour du nouveau-né, les données de 1994-1995, avant la fermeture de la maternité de Saint-Céré et celles de 1997-1998 après la fermeture.

Les conclusions de cette étude ont porté sur la répercussion de la fermeture de la maternité sur l'état de santé de la mère et de l'enfant.

Concernant l'enfant, il n'y a pas eu dans l'étude FIESTA de constatation d'une répercussion sur son état somatique.

Concernant la mère, il a été noté un moins bon suivi médical prénatal, moins de consultations et de cours de préparation à la naissance. D'autre part, malgré un taux important de non-réponses à certains indicateurs sociaux, il semble que le maintien d'une activité professionnelle durant la grossesse a été plus difficile pour les femmes de cette zone géographique par rapport à une zone témoin et que les arrêts de travail durant la grossesse étaient plus fréquents ou plus prolongés.

A la suite de ces constatations, un renforcement de la coordination (PMI, établissements de soins, médecins libéraux...) a été préconisé et un effort dans l'accompagnement des grossesses, en particulier pour effectuer des visites à domicile consommatrices de temps, a été proposé sous la forme d'une augmentation de temps de sage-femme : un demi poste a ainsi été créé en juillet 2000.

D'autre part, dans le cadre du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins, la création d'une aide à la périnatalité et à la parentalité a pu voir le jour sous la forme de l'association « Atout-Naître » à partir de novembre 2000. Cette association fonctionne sous forme de réseau avec comme objectif une meilleure coordination entre les différents services professionnels et une aide à la fonction parentale sous la forme d'échanges entre jeunes parents potentiels ou réels animés par des professionnels en multipartenariat : PMI, sage-femme du CPP, pédo- psychiatre, assistante sociale de secteur etc...

Au total, deux lignes directrices émergent et sous-tendent ce travail, d'une part la notion de santé de la mère autour de la grossesse avec une recherche guidée par la mise en évidence d'indicateurs de qualité tels que l'existence d'un suivi régulier de la grossesse, l'existence d'une préparation à la naissance, le dépistage de difficultés socio-économiques et professionnelles, et d'autre part, la santé de l'enfant avec l'étude d'indicateurs tels que l'état somatique du nouveau-né, son état psychique et mental.

Les deux champs sont fortement reliés car l'un ne peut évoluer sans l'autre et les interactions qui se tissent entre les deux personnalités durant la grossesse et l'accouchement et dans la période postnatale sont gages de qualité pour les relations interpersonnelles ultérieures.

2 - OBJECTIFS DU MEMOIRE ET ENJEUX DE SANTE PUBLIQUE.

Les considérations précédentes ont permis de préciser les circonstances et le contexte du sujet.

L'objectif de ce mémoire vise donc à recueillir les avis des femmes et des professionnels locaux dans le champ de la périnatalité et de les comparer aux possibilités offertes par les dispositifs de soins mis en place sur l'hôpital de Saint-Céré.

La confrontation des données épidémiologiques et des arguments de type qualitatif se fera dans l'optique de propositions visant à une meilleure organisation de la prise en charge globale de la mère et de l'enfant.

Le but est bien ici de valoriser la parole des femmes « usagers³⁶ des services de soins » dans un domaine géré habituellement par les professionnels somaticiens et de repositionner ce discours en tant qu'élément faisant partie de la décision.

L'intérêt du sujet est d'offrir une écoute attentive aux différents acteurs afin qu'ils puissent exprimer leurs ressentis et leur vécu.

La question principale qui est posée peut donc s'exprimer ainsi :

Les mesures prises suite à la fermeture d'une petite maternité en zone rurale sont-elles adaptées et offrent-elles à la femme et à son enfant une prise en charge nécessaire à leur bien-être ?

2.1 Les hypothèses formulées.

A partir de ces objectifs et à la lueur des considérations précédentes, trois hypothèses peuvent être émises et méritent d'être étudiées :

2.1.1 *Les femmes enceintes sont bien suivies médicalement.*

Cette première hypothèse se rapporte au suivi des parturientes : la mise en place d'un mi-temps supplémentaire de sage-femme a permis d'effectuer des visites de surveillance de la grossesse à domicile, l'association « Atout-Naître » joue bien son rôle d'aide à la parentalité et d'amélioration de la coopération des acteurs.

Mais, à contrario, certaines questions peuvent émerger telles que celles-ci :

Le CPP est-il bien connu des autres professionnels (médecins traitants, maternités autres...) et des femmes enceintes du secteur ?

Quel est le taux de couverture au niveau de la zone d'attraction de l'hôpital de Saint-Céré ?

³⁶ Citoyen conscient de ses droits et de ses devoirs et non plus patient qui subit les soins

N'y a-t-il pas des « laissées pour compte » du fait de l'éloignement dans cette zone rurale et comment y remédier ?

Est-ce que les horaires d'ouvertures du CPP, la rapidité de réponse aux besoins exprimés sont suffisants pour assurer une prise en charge adéquate ?...

2.1.2 L'impact psychologique et socioprofessionnel à la suite de la fermeture de la maternité n'est pas bien pris en compte.

La problématique de base en relation avec cette hypothèse est probablement celle de l'éloignement de la maternité la plus proche ou choisie.

En effet, on peut penser qu'en raison d'une plus grande sécurité dans la prise en charge de la grossesse depuis l'arrivée de la deuxième sage-femme, les femmes sont moins anxieuses par rapport à la notion de la distance qui, rappelons-le, est d'au moins 45 minutes pour atteindre la maternité.

Mais, on peut se poser la question de savoir s'il existe des accouchements urgents sur le secteur et la façon dont ils sont pris en charge.

La notion d'arrêts de travail fréquents évoquée dans l'étude FIESTA mérite aussi d'être examinée, sont-ils prolongés, les femmes hésitent-elles à poursuivre leur travail ?

Quant au côté psychologique, ont-elles l'impression d'avoir vécu moins sereinement leur grossesse par rapport à une grossesse antérieure du temps où la maternité fonctionnait encore ?

Le CPP est-il particulièrement utilisé par une certaine catégorie de femmes plus fragilisées dont on pourrait penser qu'elles savent qu'il existe, sur place, des professionnels pouvant les écouter plus facilement et les aider au niveau social ?...

2.1.3 Il existe des besoins non satisfaits.

En interrogeant les femmes qui ont accouché dernièrement et les personnels soignants et non soignants, on peut imaginer que des besoins émergent qui n'ont pas ou pas assez été pris en considération.

Comment se font les relations entre les partenaires, y-a-t-il des améliorations à apporter au niveau des liens entre maternités et PMI, entre gynéco-obstétriciens et médecins traitants, entre le CPP et les médecins...

Les horaires de réunions de l'association « Atout-Naître » sont-ils adaptés aux femmes qui travaillent ou ont repris leur emploi ?

Qu'en est-il de l'avis des pères, souhaitent-ils participer aux séances de préparation à la naissance et les horaires du centre s'y prêtent-ils ?

Y a-t-il des besoins spécifiques liés au post-partum et au retour à domicile ?

Le soutien apporté à l'allaitement est-il suffisant ou doit-il être amélioré ?...

2.2 Les enjeux de santé publique et le rôle du MISP.

La fermeture d'un service de maternité est toujours source de discussions au sein d'une petite ville où les personnes prennent partie à tous les niveaux. Une fois que la fermeture est effective et que les esprits sont apaisés, la décision devient plus claire et paraît avoir été la seule issue logique, néanmoins, demeure dans les esprits la perte d'un service public dans un secteur à faible population.

D'un autre côté, le développement des voies de circulation et le nombre important de femmes qui allaient déjà auparavant accoucher ailleurs, « là où c'est toujours mieux », rend bien compte du fait que la distance n'est pas le seul critère de choix.

2.2.1 Les enjeux de santé publique

- 1- La qualité et la continuité des soins, soucis légitimes de notre société ne peuvent plus être assurés régulièrement à l'avenir au sein de petites unités conformément aux nouvelles législations actuelles.
- 2- Le souci de conserver des soins de proximité, évitant les transports inutiles et rendant des services aux populations en terme d'accessibilité, d'information, d'accueil peut permettre d'éviter le dépeuplement des campagnes et une trop grande dénatalité dans un secteur à dominance rurale.
- 3- Le renforcement de l'aide à la parentalité fait partie des priorités dans une société où les conflits parent-enfant sont de plus en plus prégnants trouvant souvent leur source dans les dysfonctionnements des interactions précoces mère-bébé qu'il convient donc de dépister le plus tôt possible.
- 4- La prévention et la politique de réduction des risques, en particulier la lutte contre la prématurité, est un concept particulièrement sensible dans le domaine de la périnatalité. Il y a toujours mieux à faire, des améliorations à apporter. Il faut être particulièrement vigilant quant aux conséquences des suivis de mauvaise qualité ou discontinus, sources de pathologies graves et parfois de handicaps, de dépenses de santé ultérieures excessives et de pathologies chroniques amputant la qualité de vie future.
- 5- La grossesse semble être un temps idéal de réflexion et de mise en place d'une prévention plus globale, dans le cadre de l'éducation à la santé : diététique, lutte contre le tabagisme, prévention des conduites à risque...Le CPP doit être un lieu d'éducation et d'information.

6- Le problème de la démographie médicale et plus particulièrement celle des médecins obstétriciens, des anesthésistes et des pédiatres, est une difficulté majeure pour les petites maternités d'autant plus si elles sont situées dans une zone à faible densité de population et par ailleurs vieillissante.

Le temps de passage dans ce centre devrait aider les femmes à prendre conscience de leurs propres désirs, les rassurer sur leurs propres capacités à devenir mère et apaiser leurs angoisses en leur proposant un lieu de paroles, d'échanges et de réflexion.

2.2.2 Le rôle du Médecin Inspecteur de Santé Publique.

La périnatalité est une des préoccupations importantes des pouvoirs publics.

Les nouveau-nés d'aujourd'hui doivent être en bonne santé physique et mentale car ils formeront la société de demain, de plus, la recherche d'une meilleure qualité et d'une meilleure sécurité dans les établissements de soins et les raisons économiques doivent impulser une politique de restructuration et de coopération au niveau des centres de soins dans le cadre d'une planification nationale. Ces enjeux sanitaires imposent de rechercher des alternatives à l'hospitalisation qui permettent de soigner mieux et moins cher en ciblant les populations.

Le médecin inspecteur a un rôle important à jouer dans la mise en place de cette nouvelle politique de santé en impulsant au niveau local des modalités de coopération entre les établissements favorisant les alternatives à l'hospitalisation au travers de la mise en place de contrats d'objectifs et de moyens engageant les établissements et l'Etat, en inspectant les structures afin d'assurer une meilleure sécurité des soins, en aidant les associations dans le montage de projets ciblant des thèmes et des populations précises.

Le rôle du Médecin Inspecteur ne s'arrête pas là, il a également en charge de veiller à la continuité des soins et doit ainsi prendre des dispositions afin qu'aucune population ne se sente exclue des dispositifs de soins en faisant respecter les libertés individuelles et l'égalité des chances pour tous.

De plus, sa mission dans la remontée des informations venant des professionnels et des usagers du système de soin est primordiale puisqu'elle permet une meilleure prise en compte des besoins et des souhaits des différents groupes sociaux.

2.3 Réflexions autour de quelques thèmes pour comprendre les enjeux.

2.3.1 Le réseau de soins en Périnatalité en Midi-Pyrénées dit MATERMIP

Depuis les ordonnances de 1996, introduisant des réformes majeures dans le système de santé, l'organisation des soins en réseau est devenue pour les pouvoirs publics un élément central de la régulation de l'offre de soins, en terme de complémentarité, de continuité...

D'après la circulaire DH/EO n°97-277 du 9 avril 1997 relative aux réseaux de soins et aux communautés d'établissements, une définition précise en a été donnée :

« Un réseau de soins est un ensemble organisé de plusieurs personnes physiques ou morales dites acteurs de réseau dispersées dans une zone territoriale donnée, de compétences différentes et complémentaires qui agissent pour un objectif commun et selon des normes et des valeurs partagées, sur la base d'une coopération volontaire, pour améliorer la prise en charge d'une communauté de malades »

Selon A. Danzon³⁷, la question de la périnatalité renvoie à différents aspects de type médicaux, sociologiques, psychologiques, économiques, organisationnels et de plus intéresse un grand nombre d'acteurs.

La sécurité renvoie à l'idée que toute femme doit recevoir des soins dans un environnement médical correspondant au risque que cette femme et son nouveau-né présentent de développer une pathologie. Ceci suppose que soit effectuée au cours de la grossesse une évaluation des risques afin d'orienter la femme vers un service adapté. Des coopérations entre professionnels de soins doivent donc s'organiser.

Le réseau MATERMIP a été créé pendant l'année 2000. Il a eu, dans un premier temps, pour objectif la mise en place d'une charte et d'un document permettant de passer les conventions entre les établissements en respectant l'article IV de la charte, à savoir :

« Des conventions seront établies entre les différents établissements participant au réseau en respectant le principe de la proximité :

- Chaque CPP signe une convention avec la maternité de niveau I ou II la plus proche en terme de temps d'accès et avec une maternité de niveau III
- Chaque maternité de niveau I signe une convention avec la maternité de niveau II la plus proche en temps d'accès.
- Toutes les maternités de niveau I ou II passent au moins une convention avec une maternité de niveau III dont celle de l'hôpital mère- enfant du CHU de Toulouse.

³⁷ « De l'état planificateur aux réseaux d'acteurs », DEA « Action publique et Territoires en Europe », année 1999-2000.

Un établissement peut passer plusieurs conventions avec les établissements de son choix. »

Cette charte s'adresse aux établissements dotés d'un CPP ou d'une unité d'obstétrique : les centres hospitaliers de Figeac, de Gourdon, de Saint-Céré et celui de Cahors font partie de la liste concernée.

Le réseau peut s'ouvrir à des établissements hors Midi-Pyrénées en périphérie de la région. Des groupes de travail, dans le cadre du réseau, se sont constitués afin de mettre en place des référentiels communs concernant les conditions de prise en charge dans les unités de soins et les indications des transferts des femmes enceintes et des retransferts des femmes et de leur nouveau-né vers la maternité d'origine.

2.3.2 L'avis du Pr. Mattei.

Dans un ouvrage intitulé « Santé sociale : ces absurdités qui nous entourent. » paru en octobre 2001, le Dr. Mattei³⁸ nous propose sa vision des problèmes de santé actuels en France et un avis pour leur prise en charge.

D'après lui, nous sommes au cœur d'une révolution sociale qui bouleverse tous nos repères au sein de laquelle des contradictions s'affrontent : les notions de liberté et de responsabilité d'une part et celles d'économie et de solidarité, d'autre part. Comment concilier ces concepts ? Car si une économie en bonne santé est une condition nécessaire pour la bonne marche d'un pays, elle se doit néanmoins de rester un moyen au service d'une société attentive à chacun, le principe de base étant bien de trouver la juste mesure, le meilleur équilibre possible entre ces contradictions.

Plusieurs questions se posent autour de la périnatalité, d'abord, le fait que la grossesse et l'accouchement se trouvent systématiquement enfermés dans le « pathologique » implique que la qualité de la naissance passe avant tout par la qualité de la médicalisation, ceci fait alors trop souvent oublier l'essence même de l'acte de mettre au monde un individu et toutes les problématiques psychiques, affectives, environnementales qui entourent cette période. « Malgré le soulagement de la souffrance physique, l'épreuve psychologique reste la même ».

Un autre dysfonctionnement spécifique à cette période est celui de la prise en charge du post-partum : comment expliquer, qu'après l'accouchement, l'intérêt pour la jeune mère et son enfant soit soudain relâché à ce point, n'y aurait-il d'intérêt que pour la chose médicale et les soins somatiques sans autre forme d'accompagnement familial ou social dans un

³⁸ professeur de pédiatrie et de génétique médicale à Marseille et membre de l'Académie nationale de médecine

moment aussi crucial où la jeune femme pourtant démunie doit souvent surmonter seule l'épreuve post natale.

Le délai médico-légal est de 48 heures après l'accouchement pour le retour à domicile. Surmenés, surchargés de travail, les soignants se désinvestissent de la prise en charge du nouveau-né en bonne santé et des liens qui vont progressivement se tisser entre lui et sa mère qui débute dans ses fonctions de maternalité³⁹.

La législation actuelle est telle que les petites maternités ne pouvant garantir un niveau de qualité suffisant doivent fermer sans que pour autant le nombre de lits soit augmenté au sein des établissements plus importants. Ceci explique bien les difficultés rencontrées par les femmes : listes d'attente, manque de place, renvoi précoce au domicile car le prix d'une place dans ces établissements est trop élevé pour garder une femme et son nouveau-né qui « vont bien ».

Par ailleurs, ces femmes, en rentrant chez elles, se trouvent souvent désemparées par le manque d'aide familiale prodiguée autrefois par leur propre mère qui, bien souvent, travaille ou est éloignée et de toute façon est moins disponible. Nombreuses sont les questions qui demanderaient des réponses simples et rassurantes. La tribu familiale ne joue plus le même rôle de conseil et d'accompagnement qu'autrefois, les liens intergénérationnels se distendent peu à peu.

Il n'y a pas de solution standard pour mettre un terme à la solitude de la femme qui vient d'accoucher : la problématique de la primipare⁴⁰ sera bien plus prégnante que celle de la femme qui a déjà vécu cette expérience, mais avec une moyenne de 1,7 enfant par femme, on se rend bien compte que les femmes primipares sont devenues les plus nombreuses. De même, tout est différent si cette jeune mère est entourée par sa famille ou isolée, en milieu rural ou en ville.

Si nous voulons encourager le choix de la maternité, il faut mieux entourer la femme.

Il faudrait envisager des solutions multiples et flexibles, pour les primipares ou celles qui sont seules, des visites de sage-femme ou de puéricultrice systématiques et quotidiennes dès le retour à domicile pour continuer à guider et enseigner l'apprentissage des soins à l'enfant débuté à la maternité. Pour celles qui ont des charges familiales lourdes, une assistance par aide familiale à domicile comme cela se fait de façon très fréquente dans certains pays européens.

Une autre solution serait d'ouvrir des maisons à proximité des maternités où les jeunes mères et leurs bébés se rendraient 48 heures après l'accouchement et où elles seraient

³⁹ phase de développement psycho-affectif menant à l'état de mère.

⁴⁰ femme n'ayant jamais eu d'enfant, enceinte donc pour la première fois.

prises en charge par des infirmières, sage-femmes, médecin au besoin, à un coût de fonctionnement moindre que dans le cadre d'une hospitalisation classique.

Enfin, la question de la démographie médicale est en train de devenir un véritable problème de société : on recense actuellement 62 obstétriciens pour 10.000 naissances en France contre 148 en Allemagne et la situation se dégrade compte tenu de l'écart qui se creuse entre le nombre de médecins qui s'installent et celui des médecins qui partent. Le plan gouvernemental en faveur de l'augmentation de la démographie médicale dans ce secteur sera-t-il suffisant pour sauvegarder la qualité des établissements et celle des soins ?

2.3.3 Soins et proximité.

L'étude du Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES), publiée en juillet 2001 et intitulée « Les soins de proximité : une exception française ? », nous renseigne sur la pertinence d'une offre de soins de proximité.

Elle part du constat effectué par une étude réalisée dans l'état de Washington montrant que les femmes ayant un accès difficile aux services d'obstétrique ont moins de chance d'avoir un nouveau-né normal⁴¹. Cette étude nous a interpellés car les notions de qualité du suivi des grossesses et d'équité dans l'accès aux soins sont à la base de toutes les réformes récentes concernant la périnatalité.

Le manque d'accès local peut compromettre une naissance normale, les offreurs de soins locaux étant le point d'entrée dans le système régional de soins périnataux, et le transport et le délai qui en découle étant autant de facteurs de risque.

La restructuration de l'offre hospitalière est une caractéristique commune des évolutions internationales des systèmes de soins. Le rapport du Comité de Pilotage sur la révision des SROS a souligné qu'il faut trouver « un juste équilibre entre les notions d'accessibilité, de sécurité et d'efficience »

Les activités de proximité en France sont abordées au travers des réseaux de soins hiérarchisés et gradués. Il s'agit, actuellement, après l'étape des fusions, restructurations, regroupements ou fermetures de services ou de structures, de mettre en place des soins de proximité ayant un rapport coût/qualité satisfaisant et répartis sur le territoire de façon équitable. Ceci oblige à réfléchir à un compromis acceptable par tous entre accessibilité, qualité et coût des soins.

⁴¹ Nesbitt et al., 1996

2.3.3.1 L'accessibilité

« L'accessibilité est le degré d'ajustement entre les caractéristiques des ressources de soins et celles de la population dans le processus de recherche et d'obtention des soins »⁴². Elle dépend de différents facteurs plus généraux : distance en transport, distance sociale (fonction du réseau de relations), distance culturelle (croyances religieuses...), distance temporelle (listes d'attente en Grande-Bretagne, par exemple) et de facteurs individuels comme le degré de sévérité perçue, l'efficacité attendue, la décision de se traiter, la compliance⁴³ etc...

Les études constatent en général une chute de la consommation avec la distance⁴⁴, mais la gravité du diagnostic annulerait cet effet⁴⁵, les patients étant prêts à se déplacer pour avoir les meilleurs soins possibles. Par ailleurs, dans les cas d'hospitalisation programmée, ils parcourent une distance deux fois plus grande qu'en cas d'urgence⁴⁶. De plus et de façon logique, l'éloignement semble plus dissuasif pour les traitements ou les procédures dont l'efficacité a été moins démontrée.

2.3.3.2 La qualité des soins,

Cette qualité a été caractérisée par les 7 critères proposés par Maxwell (1985) : efficacité pragmatique, efficience, justesse pour le patient, acceptabilité par le patient, acceptabilité par la société⁴⁷, accessibilité et équité. Elle est coûteuse, mais « il existe quelque chose de plus coûteux que la qualité, c'est son absence » disait Jocou en 1992. L'hypothèse souvent avancée qu'un plus grand nombre d'actes est systématiquement gage d'une meilleure qualité⁴⁸ n'est pas retrouvée dans toutes les études car plus on ajuste sur un nombre important de critères, plus le lien entre le volume d'activité et le résultat devient ténu et plus le rôle estimé du volume de la pratique devient faible.

2.3.3.3 le coût des soins.

Enfin, il est démontré que des économies d'échelles peuvent être réalisées dans les hôpitaux de court séjour jusqu'à la taille de 100 à 200 lits mais qu'au-delà de 300 lits, cela

⁴² Selon Frenk (1985),

⁴³ faculté du malade à suivre la prescription

⁴⁴ Place, 1997 ; Carr-Hill, Place, Posnett, 1997

⁴⁵ Center for Research and Dissemination 1997

⁴⁶ Le Fur, Paris, Polton, 2000

⁴⁷ acceptabilité du rapport coût / proximité

⁴⁸ Bunker et al., 1982

peut engendrer des déséconomies d'échelle⁴⁹ (coût supplémentaires liés à la coordination, à une gestion plus complexe ...)

En conclusion, d'après le CREDES, la proximité des soins qui est un des éléments de l'accessibilité ne peut s'entendre qu'en fonction de la qualité des soins procurés avec le meilleur coût possible. La population est le plus souvent prête à faire des kilomètres supplémentaires pour les soins programmés ou les traitements de pathologies graves. Néanmoins, la notion d'équité est un élément important de la réflexion en santé publique car toute population aussi isolée soit-elle doit pouvoir profiter de soins aussi efficaces que les personnes proches des centres performants.

2.3.4 Soins et ruralité.

La relation entre Santé Publique et Aménagement du Territoire est un point fort de l'organisation des soins. L'analyse des problèmes du monde rural montre l'importance de maintenir, à proximité de la population, un service de santé de qualité, ceci constituant une des conditions à la limitation de l'exode de la population.

Les espaces ruraux recouvrent des disparités très importantes. La définition d'une commune date du milieu du XIX^e siècle, c'est la plus petite subdivision administrative du territoire, administrée par un maire, des adjoints et un conseil municipal, la commune urbaine comprenant une agglomération urbaine de plus de 2000 habitants et la commune rurale, moins de 2000 habitants.

En France, les communes rurales représentent 25% de la population et s'étendent sur 85% du territoire.

On peut par ailleurs constater des niveaux très différents selon les communes, certaines d'entre elles comportant moins de 2000 habitants mais très proches d'un centre urbain, regroupent des personnes ayant un comportement qualifié d'urbain (tous les matins ils vont travailler dans la ville...), d'autres comptant plus de 2000 habitants, isolées dans la campagne, regroupant plutôt des personnes ayant un mode de vie rural.

L'INSEE a proposé un nouveau découpage territorial⁵⁰: le zonage en aires urbaines, définissant des pôles urbains, unités urbaines offrant au moins 5000 emplois. Les communes périurbaines sont celles dont au moins 40% des actifs travaillent dans les pôles urbains. L'ensemble des autres communes constitue l'espace rural, qui fait l'objet d'une hiérarchisation : les pôles ruraux ou unités urbaines d'au moins 2000 emplois, la périphérie des pôles ruraux réunissant les communes dont au moins 20% de la population travaille

⁴⁹ d'après Aletras et al. (1997)

⁵⁰ « la santé de l'homme », Dr V. Halley Des Fontaines, 1998, pp IV et V

dans un pôle rural, et le rural qui réunit toutes les autres communes, parfois encore appelé « rural profond ».

Malgré un isolement relatif, les zones rurales s'organisent autour de l'offre de soins, autour de pôles de service qui représentent des « bassins de santé », ceux-ci coïncident avec les déplacements quotidiens de la population. Le médecin de campagne constitue le seul réel rempart à l'éloignement qui contribue à garantir un accès aux soins des populations les plus reculées.

A l'orée du 3^e millénaire, le monde rural est en profonde crise, différente de celle des années 1960-1980 qui s'était traduite par un exode des jeunes, la crise actuelle est celle de l'identité, du bouleversement des valeurs culturelles et spirituelles se traduisant par un alignement des besoins et des comportements sur ceux des citadins⁵¹. Le non-renouvellement des classes jeunes, le vieillissement des populations, la multiplication des personnes en situation fragile, le nombre important de personnes seules, tout ceci contribue à un moindre dynamisme, à un appauvrissement des individus, culturel et financier, et au repli sur soi.

En conclusion, la problématique santé du monde rural, moins bien étudiée que celle du monde urbain, est plutôt celle de l'isolement, du vieillissement, des personnes démunies, du manque d'information et de formation.

La politique actuelle de restructuration des établissements de soins et de fermeture des petites maternités paraît logique en ce qui concerne le coût des installations mais n'est pas dans une optique de redynamisation des campagnes. Aussi, les petites structures de soins primaires maintenant l'aide et l'accueil des personnes, telles les centres périnataux de proximité, sont d'une grande importance car elles sont un des facteurs du maintien de la population sur place et évitent la désertification.

J'ai choisi, dans le titre du mémoire, de faire apparaître le mot rural en fonction des éléments précédents et pour les raisons suivantes :

- la petite ville de Saint-Céré comporte 3600 habitants, elle n'offre aucune possibilité d'emploi dans l'industrie⁵²
- elle est éloignée d'un centre urbain plus important : 45 km pour Figeac (10.000 habitants) et 56 km pour Brive (50.000 habitants) soit au moins 45 minutes de route difficile, sans liaison SNCF.
- A 10 km, se trouve la commune de Bretenoux (1200 habitants) accolée à celle de Biars (1000 habitants) qui offre des emplois dans l'usine de confiture locale.
- Le reste du secteur fait partie du département du Lot dont la densité moyenne de population est de 31 habitants au km² et, dans le secteur, appartenant à la zone

⁵¹ « la santé de l'homme », Dr V. Des Fontaines, 1998, p VI

⁵² voir carte annexe 4

d'attraction de l'ancienne maternité de Saint-Céré, un canton dans lequel la densité de population descend jusqu'à 12 habitants au km².

La population de cette zone qui nous intéresse plus précisément est donc principalement à dominance rurale et la population m'a paru tellement éloignée des préoccupations des citadins qu'il m'a semblé important d'utiliser ce terme dans l'intitulé de ce travail.

2.3.5 La prévention des troubles psychiques chez l'enfant.

Selon Bydlowski, « l'accouchement constitue incontestablement l'expérience forte dans la vie d'une femme. Le seul et véritable témoin de son expérience est le bébé. »

Les parents et en particulier la mère influencent le développement de certaines compétences du bébé qui, à son tour, du fait de ses propres compétences et de ses ressources influence les soins qu'il reçoit. L'ensemble constitue les interactions précoces qui peuvent être de mauvaise qualité si un trouble psychique maternel vient perturber ce fonctionnement.

Toutes les pathologies psychiatriques peuvent se développer ou s'exacerber dans la période périnatale, néanmoins certaines sont plus fréquentes et pour comprendre leur impact sur l'enfant né ou à naître, nous nous proposons de les décrire rapidement :

- Le Post-partum Blues, quasi-physiologique, est présent dans 70 à 80% des cas durant les quelques jours qui suivent l'accouchement. Marqué par un orage endocrinien neurobiologique, il pourrait marquer selon certaines hypothèses véritablement la fin de la grossesse psychique permettant à la mère d'entrer efficacement dans le système interactif néonatal⁵³. Seules 15 à 20% des femmes touchées présenteront ensuite une véritable dépression maternelle postnatale.
- La dépression maternelle postnatale est pathologique, elle touche environ 15% des accouchées. Elle est plus tardive que le baby blues car survenant aux alentours de la 5^e ou 6^e semaine après l'accouchement. Elle est souvent masquée par des troubles somatiques ou une fatigue prolongée et peut parfois faire suite à une dépression méconnue existant déjà pendant la grossesse.
- La psychose puerpérale est beaucoup plus rare, environ 5% des accouchées, elle peut s'accompagner d'infanticide ou de suicide. Ces psychoses posent la question de la vulnérabilité préalable des mères et de leur forte tendance à la récurrence au cours de grossesses ultérieures.

De nombreux travaux mettent en évidence une corrélation entre dépression du post-partum et développement de l'enfant, les nourrissons de mère déprimée sont tristes, atones ou, au contraire, hyper-irritables. L'interaction est inadéquate, la mère déprimée ayant une tolérance limitée ou nulle aux mouvements spontanés du bébé.

⁵³ « psychopathologie périnatale », Bydlowski M., 1998

Pour Keller et al., 24% des enfants de moins d'un an, nés de mère déprimée ont des troubles visibles.

La spécificité des échanges interactifs réside dans leur pauvreté et leur discontinuité.

L'état de dépression est mal reconnu et en tout cas inavoué par la jeune mère qui ne consulte en général pas pour cette raison.

Michel Soulé et Janine Noël dans leur chapitre sur « la prévention médico-psycho-sociale précoce »⁵⁴ dressent la liste des indicateurs de risque de troubles des interactions précoces établis selon des études rigoureuses : mères très jeunes ou primipares âgées, mère angoissée, grossesses rapprochées... Ils ont proposé également une liste des enfants à risque : enfants dont les parents ont des antécédents psychiatriques, enfants prématurés...

Tous les auteurs s'accordent pour dire que l'importance de la prévention est capitale dans la période périnatale en anténatal comme en postnatal :

- prévention primaire qui vise à éviter l'apparition des troubles mentaux,
- prévention secondaire qui vise à réduire le délai entre l'apparition des premiers symptômes et les soins,
- prévention tertiaire qui vise à empêcher une maladie installée de s'aggraver.

Ainsi, comme le dit le Pr Gérard Lévy, l'importance de la mise en place d'une relation correcte entre la mère et son enfant détermine autant son avenir que la parfaite oxygénation de son cerveau au cours de la grossesse et du travail.

Il est donc largement démontré qu'intervenir dès la petite enfance permet de réduire la quantité et la durée des prises en charge après l'âge de 6 ans⁵⁵.

Les différents professionnels doivent être formés à reconnaître les signes de détresse et de pathologie précoce et ne pas attendre une demande qui ne sera pas formulée.

Tenter de repérer l'émergence de conflits psychiques pouvant perturber le déroulement de la grossesse, de l'accouchement, et de la mise en place des premiers liens, entendre la souffrance, la nommer, l'accompagner et aider les parents à en prendre conscience pour leur permettre d'accéder à un suivi thérapeutique font partie des missions des professionnels de la périnatalité. Certaines dyades mère-enfant ne sont pas forcément en grande difficulté, il suffit parfois simplement de les guider pour leur éviter de tomber dans le pathologique. Pour cela, il est nécessaire de mettre en place une formation des différents acteurs professionnels, une coordination et un relais entre les maternités et les équipes de secteur, PMI, CPP, Pédopsychiatrie de secteur, médecin traitant ...

⁵⁴ « la prévention des troubles psychiques chez l'enfant et l'adolescent : quand faut-il intervenir ? », Boshi R., 2000

⁵⁵ « la prévention des troubles psychiques chez l'enfant et l'adolescent : quand faut-il intervenir ? », Boshi R., 2000

2.3.6 Rôle et mission de la PMI

Le service départemental de protection maternelle et infantile est réglementé par les articles L.146 à L.150 du code de santé publique, de plus le décret n° 92-785 du 6 août 1992 fixe l'organisation et les activités de ce service.

Sous l'autorité du président du conseil général, le service départemental de PMI est placé sous la responsabilité d'un médecin et comprend des personnels qualifiés notamment dans les domaines médical, paramédical, social et psychologique.

Ce service organise des consultations prénatales, postnatales, pédiatriques pour les enfants de moins de 6 ans et des actions de prévention médico-sociales en faveur des femmes enceintes et des enfants, notamment dans les écoles maternelles.

Il met en place des actions à domicile auprès des femmes et des enfants requérant une attention particulière à la demande des intéressées ou avec leur accord en lien avec les médecins traitants et les services hospitaliers concernés.

Il a en charge également les activités de planning familial et d'éducation familiale dans le département.

Il doit recueillir des informations en épidémiologie et santé publique et assurer l'édition et la diffusion de documents d'information auprès des populations.

Enfin, il doit participer aux actions de prévention des mauvais traitements à enfants et s'occuper de la formation des assistantes maternelles accueillant des mineurs à titre non permanent.

Ces activités sont organisées sur une base territoriale en fonction des besoins sanitaires de la population en liaison avec les services départementaux d'actions sociales et d'aide sociale à l'enfance. Dans le Lot, il existe 5 secteurs qui fonctionnent avec 6 médecins dont l'un est responsable départemental et, à ce titre, effectue des tâches administratives pour une partie de son temps.

Les actions médico-sociales en faveur des femmes enceintes ont notamment pour objet d'assurer une surveillance régulière du bon déroulement de la grossesse et de la croissance foetale par le dépistage précoce des pathologies maternelles et foetales et leur prise en charge en relation avec les équipes obstétricales concernées.

Les actions menées auprès des enfants de moins de 6 ans ont pour objet d'assurer la surveillance de la croissance staturo-pondérale et du développement physique, psychomoteur et affectif de l'enfant ainsi que le dépistage précoce des anomalies ou déficiences et la pratique des vaccinations.

Ce service doit assurer 16 demi-journées de consultations prénatales et de planification ou d'éducation familiale pour 100.000 habitants de 15 à 50 ans dont au moins 4 demi-journées

de consultations prénatales et une demi-journée de consultations pour 200 enfants nés vivants de parents résidents dans le département.

Il est prévu une sage-femme à plein temps pour 1500 enfants nés vivants et une puéricultrice plein temps pour 250 enfants.

Ces chiffres sont des bases minimum de fonctionnement, chaque département étant libre de fonctionner selon les besoins spécifiques des populations.

2.3.7 Rôle et mission des sage-femmes.

La profession de sage-femme est classée au livre IV du CSP parmi les professions médicales. L'article L.374 du Code de Santé publique et la loi n° 82-413 du 19 mai 1982 définissent le rôle des sage-femmes ainsi :

L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse, à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnatals, en ce qui concerne la mère et l'enfant.

Il peut comporter également la participation aux consultations de planification familiale.

La sage-femme est compétente pour prescrire seule des examens biologiques et des examens radiologiques ou échographiques dans un cadre précis et pratiquer des actes sur prescription d'un médecin. Elle est aussi habilitée à prescrire des arrêts de travail en cas de grossesse non pathologique, d'une durée de 15 jours non renouvelable.

En cas d'accouchement dystocique ou de suites de couche pathologiques, elle doit faire appel à un docteur en médecine ; d'après l'article L.369 du CSP, elle ne peut effectuer de manœuvre instrumentale..

Elle est la seule professionnelle en dehors du médecin à pouvoir pratiquer les soins postnatals en même temps à la mère et à l'enfant.

Elle peut pratiquer l'échographie dans le cadre de la surveillance de la grossesse, la réanimation néonatale précoce, la rééducation périnéale seule dans les premiers mois du post-partum et sur prescription du médecin au-delà mais devra être formée particulièrement pour ces pratiques. Dans tous les cas, l'appel au médecin en cas de difficultés doit s'effectuer sans retard.

Enfin, elle peut faire une surveillance de grossesse par monitoring, seule lors de ses consultations ou sur prescription médicale en cas de surveillance de grossesse pathologique.

Il est à noter qu'il n'existe pas actuellement de reconnaissance tarifaire au niveau de la nomenclature générale des actes professionnels, pour les sage-femmes libérales concernant le suivi en post-partum, ce qui freine considérablement ce suivi à domicile.

3 - PRISE EN CHARGE EN DEHORS DE LA MATERNITE.

La prise en charge en dehors de la maternité peut s'effectuer de différentes façon : en ce qui concerne la périnatalité, ce qui nous intéresse ici est la façon dont sont gérés et fonctionnent les dispositifs de suivi et de soins autour de la grossesse, de la mère et de l'enfant. Nous décrirons en premier lieu les CPP, leurs différents fonctionnements, celui de St-Céré et 2 types d'alternative à l'hospitalisation.

3.1 Cahier des charges des CPP.

La Commission régionale de la naissance du Languedoc- Roussillon et l'Agence régionale d'hospitalisation de Midi-Pyrénées se sont penchées sur la définition et la mise en place des CPP.

3.1.1 La CRN de Languedoc-Roussillon.

Cette commission a validé un document à la suite d'un travail effectué par un groupe de professionnels dans le domaine de la périnatalité.

L'objectif du groupe était de formaliser le cahier des charges d'un CPP en veillant que ce service offert à la population ait un caractère pérenne. En effet : « si l'article R 712-88 du décret n°98-899 du 9 octobre 1998 laisse à l'appréciation des gestionnaires des établissements l'opportunité de mettre en place un CPP, le SROS a comme objectif d'en négocier la mise en place partout où la cessation de l'activité d'obstétrique sur un secteur géographique deviendra incontournable »

Les principes généraux qui ont guidé la réflexion du groupe sont de nature diverse :

a- Améliorer le service rendu à la population en

- promouvant une approche globale de la prise en charge de la femme, de l'enfant, de la famille dans les périodes pré et postnatales,
- améliorant l'accessibilité des services dans le temps et sur le plan financier,
- permettant un accès de proximité géographique à des stratégies de prise en charge plus efficaces,
- améliorant le repérage précoce et le suivi des situations de fragilité ou de grande vulnérabilité médicale, psychologique ou socio-économique,
- améliorant la qualité d'évaluation des risques et les stratégies d'orientation des femmes selon leur niveau de risque.

b- Renforcer les coordinations en structurant un réseau d'intervenants de proximité respectant les champs de compétence propres à chacun.

- c- Recueillir l'adhésion des professionnels concernés.
- d- Proposer une organisation de l'offre de soins de proximité qui tienne compte des comportements habituels des usagers, lisible et perçue comme utile.
- e- Mobiliser des moyens humains supplémentaires si besoin est en fonction de l'évolution du dispositif en définissant les compétences recherchées.
- f- Assurer la viabilité financière de ces organisations afin d'en garantir la pérennité.

Le projet de mise en place doit comprendre un état des lieux précis comportant :

- une appréciation des besoins quantitatifs de la population actuels et futurs sur le plan démographique et socio-économique,
- un bilan des disponibilités des professionnels,
- la recherche de personnes qui ont acquis un savoir-faire dans le domaine de la coordination,
- la résolution du problème du choix de l'établissement pratiquant l'obstétrique avec lequel passer la convention,
- l'implication des services médicaux et médico-sociaux, en particulier la pédopsychiatrie et la PMI.

La réflexion doit s'effectuer autour de :

- la faisabilité de la fermeture de la maternité en fonction du nombre de population concernée et de l'éloignement des structures de référence,
- le lieu et l'organisation des locaux,
- l'acceptabilité du dispositif par les professionnels et les modalités concrètes de mise à disposition des locaux,
- l'organisation du dispositif en fonction du réseau pouvant être mis en place,
- la mise en place d'une information rapide aux professionnels concernés,
- la mise en place de procédures permettant d'évaluer les besoins des femmes rentrant dans le dispositif, d'apprécier leur niveaux de risque,
- certains thèmes spécifiques comme la prise en charge du suivi postnatal éventuellement à domicile, les modalités de coordination dans des situations particulières, les possibilités de mutualisation des moyens locaux,
- la mise en œuvre d'un service de planification familiale en partenariat avec le département,
- la notion de responsabilité juridique.

Ce cahier des charges est une aide à la décision concernant les projets de création des CPP, il permet de donner un avis éclairé sur l'utilité et la mise en œuvre du projet et d'en suivre l'évolution grâce à des critères précis.

3.1.2 L'ARH en Midi-Pyrénées.

L'agence située à Toulouse a créé également un cahier des charges à partir de l'expérience du médecin inspecteur du Lot.

Le fascicule regroupe les réponses aux questions de base :

- quand ?, à partir de l'article R 712-88 du CSP définissant les conditions d'autorisation à la pratique de l'obstétrique dans un établissement,
- comment ?, à partir de conventions avec une maternité de référence réglant les modalités de collaboration, l'organisation médicale, le régime de responsabilité civile et médicale et les dispositions financières,
- pourquoi ?, à partir de la mutualisation des personnels dans le but d'assurer les activités diverses d'un CPP : consultations pré et postnatales, cours de préparation à la naissance, enseignement des soins aux nouveau-nés et consultations de planification familiale c'est-à-dire toutes les activités de périnatalité autres que l'accouchement et la dernière visite prénatale prévue par l'article D 712-75 du CSP.

Les souhaits de l'ARH sont précisés :

- Adhésion au réseau régional MATERMIP qui engage à mettre en place des modalités d'orientation et de continuité des soins des parturientes, de recours aux services spécialisés, de transmission de l'information médicale avec la maternité de référence.
- Lisibilité à l'égard du public quant à l'accueil (en général 5 jours par semaine), la zone patient, la zone personnel dans des locaux bien individualisés.
- Une coordination locale en fonction des acteurs locaux qui peut éventuellement prendre la forme d'une association loi 1901.
- Des activités de suivi à domicile.
- Une équipe pluridisciplinaire.

Un modèle type de convention est annexé au fascicule.

3.2 Quelques exemples de CPP, fonctionnement et dysfonctionnements.

3.2.1 Le CPP de Lunel: un service privé.

Lunel est une petite ville de l'Hérault située à 40 km de Montpellier en Languedoc-Roussillon. Les renseignements m'ont été donnés, sur proposition du médecin inspecteur en charge de la périnatalité sur la région, par la sage-femme libérale installée dans le secteur et faisant

partie de la Commission régionale de la naissance, et par les sage-femmes du CPP et de la maternité de référence.

Ce CPP a été créé après la fermeture du service de maternité de la clinique des Platanes à Lunel comme le propose le décret du 9 octobre 1998.

La particularité de ce centre réside dans le fait qu'il se trouve dans les locaux d'une clinique privée. Les 15 lits de maternité ont été rachetés par la clinique Clémentville à Montpellier qui s'est engagée à mettre en place ce service. Le service de maternité de la clinique Clémentville est devenu le service référent du CPP.

Le fonctionnement actuel est assuré par l'existence d'une sage-femme coordinatrice sur la clinique Clémentville et celui d'une sage-femme détachée à temps partiel sur le CPP.

Par ailleurs, des consultations y sont effectuées par des gynéco-obstétriciens et des sage-femmes installés en libéral ; les locaux, loués à la clinique des Platanes par la clinique Clémentville, sont mis à leur disposition. Une discussion est actuellement engagée pour y intégrer la sage-femme de PMI du secteur.

Il n'y a pas de consultations de pédiatrie, ni de visite à domicile.

Sur Lunel, on compte 2 gynéco-obstétriciens et 1 gynécologue médical en libéral, 2 sage-femmes libérales et d'autres en périphérie, 3 pédiatres sans compétence précisée en néonatalogie, des médecins généralistes qui suivent les grossesses jusqu'au 6^e mois, un dispositif de PMI renforcé avec un gynéco-obstétricien qui intervient sur le CPP tous les 15 jours, une sage-femme temps plein, et 5 puéricultrices.

Le travail de la PMI se superpose à celui du CPP mais en ciblant principalement ses actions sur les populations les plus vulnérables qui, par ailleurs, elles-mêmes n'ont pas recours exclusivement à la PMI.

Durant l'année 2000, environ 600 patientes sont passées dans le centre avec une majorité de femmes en difficulté sociale car ce CPP est installé dans un secteur à forte précarité.

On note peu de suivi de grossesses à risque qui sont orientées préférentiellement sur les deux maternités de niveau III de Montpellier et Nîmes, situées chacune à 40 km environ.

Sur l'annexe du SROS, l'ARH de Languedoc- Roussillon avait imposé de mettre en place ce CPP sans avoir autorisé concomitamment de financement public.

Les professionnels de la région et du secteur sont donc inquiets quant à la pérennisation de la structure, car si le CPP ne rentre pas dans les critères de rentabilité (nombre d'accouchements par rapport à l'effort financier développé), un risque de suppression de ce centre par la clinique Clémentville est toujours possible. Le deuxième souci des professionnels est la crainte, compte tenu des éléments précédents, de la limitation de la liberté de choix des patientes quant au lieu futur de leur accouchement.

En conclusion, le CPP est une structure installée dans un lieu privé, sans aide publique dans l'immédiat, il regroupe des praticiens libéraux en relation avec la PMI du secteur.

Il n'y a ni visite à domicile ni consultations de pédiatrie, mais le service rendu permet le suivi des populations du secteur. La crainte concernant ce centre est le manque de pérennité du service s'il n'y a pas de participation financière d'origine publique et du même coup le manque de liberté de choix des personnes suivies.

3.2.2 Les CPP rattachés à la maternité de Châteauroux en région Centre

Ces 2 CPP, comme nous allons le voir ont des fonctionnements très différents, ils sont pourtant rattachés au même hôpital.

Les renseignements concernant ces 2 structures m'ont été donnés par la sage-femme coordinatrice du service de maternité du Centre Hospitalier de Châteauroux et la sage-femme du CPP d'Issoudun. Par ailleurs, les précisions sur le fonctionnement des centres m'ont été apportées par le travail effectué par Aude Develay⁵⁶ portant sur l'évaluation de ces 2 dispositifs.

Ces CPP ont été ouverts à la suite de la fermeture des services de maternité des centres hospitaliers d'Issoudun et de La Châtre.

Le centre hospitalier de Châteauroux, maternité de référence de niveau II, effectue environ actuellement 1.400 accouchements par an, le centre de niveau III de référence étant la maternité de Tours à 120 km soit environ 1h30 de route. Cependant, les transferts peuvent aussi s'effectuer sur Limoges, niveau III également à plus d'1h de route.

3.2.2.1 Le CPP d'Issoudun.

La maternité du centre hospitalier fut fermée en 1992, elle effectuait environ 230 accouchements par an. Ce fut donc l'un des premiers CPP créé en France.

La commune d'Issoudun est distante d'environ 30 km de la maternité de référence du centre hospitalier de Châteauroux soit environ 35 minutes de route.

Les 18 lits ont été transformés en lits de soins de suite et de réadaptation.

La fermeture a été préparée, les postes de sage-femmes ont pu être maintenus au niveau du centre hospitalier d'Issoudun.

Le fonctionnement du CPP est le suivant :

- ouverture 5 jours par semaine
- 3 sage-femmes qui effectuent la préparation à la naissance, la surveillance des grossesses à risque à domicile sur prescription médicale, l'assistance aux consultations des médecins et le travail de secrétariat.

⁵⁶ « évaluation du dispositif de consultations avancées en gynécologie-obstétrique du département de l'Indre », groupe IMAGE, ENSP, Aude Develay, mars 1999.

De plus, ces sage-femmes effectuent des gardes à la maternité de référence, font des séances de rééducation périnéale, des consultations de planning familial une demi-journée par semaine et des interventions en milieu scolaire dans ce cadre.

- 3 gynéco-obstétriciens de Châteauroux interviennent 3 demi-journées par semaine.

Le délai étant très long entre les demandes de rendez-vous et les consultations, les sage-femmes ont débuté secondairement des consultations de « grossesses normales » en alternance avec les médecins.

3.2.2.2 Le CPP de La Châtre.

Le service de maternité de l'hôpital a été fermé en 1990, il effectuait environ 110 accouchements par an. La Châtre est distante également de 35 à 40 minutes de la maternité de référence de Châteauroux.

La fermeture, contrairement à ce qui s'est passé à Issoudun, n'a fait l'objet d'aucune préparation, puisque effectuée dans l'urgence. Les sage-femmes ont été dans un deuxième temps intégrées dans l'équipe de la maternité de Châteauroux.

Le fonctionnement est différent du CPP d'Issoudun:

- les sage-femmes qui interviennent font partie du pool de sage-femmes du centre hospitalier de Châteauroux, ne sont présentes qu'une journée par semaine et effectuent principalement la préparation à la naissance et quelques consultations de suivi de grossesse et de planning familial. Il n'y a ni séances de rééducation périnéale ni visites à domicile.
- Les médecins gynéco-obstétriciens de Chateauroux effectuent 2 demi-journées de consultations par semaine.
- Le secrétariat est assumé par la secrétaire affectée au service de radiologie et fait donc partie du centre hospitalier de La Châtre. Sa présence quotidienne l'amène à renseigner les femmes enceintes et parfois même à les conseiller utilement ou les orienter. Une liaison téléphonique avec les sage-femmes de Châteauroux est toujours possible.

La présence discontinue des sage-femmes influe bien entendu sur la tenue des dossiers médicaux.

3.2.2.3 Les mécanismes de coordination.

Cette coordination est grandement favorisée sur Issoudun par l'assistance des sage-femmes aux consultations des médecins permettant un temps d'échange pour poser les problèmes et déterminer des conduites à tenir particulières.

La mise en place d'un dossier obstétrical commun aux différentes structures ainsi qu'à la maternité de Le Blanc facilite également les échanges. Ce dossier est systématiquement transporté après le 8^o mois vers la maternité du choix de la patiente en l'occurrence la plupart du temps celle de Châteauroux. Ceci n'est possible que dans la mesure où le nombre de maternités est très faible sur le secteur.

Une fiche individuelle de préparation à la naissance permet de faire passer les informations d'une sage-femme à l'autre. Une feuille de grossesse pathologique est également prévue.

Les liens avec la PMI se font au « coup par coup », il n'y a pas de sage-femme de PMI sur le secteur.

Un constat : les médecins généralistes ne travaillent pas avec le CPP, ils envoient les patientes directement au centre hospitalier de Châteauroux.

Il n'y a pas de consultations de pédiatrie.

Les sage-femmes du CPP ne participent pas aux « staff » du service de la maternité de Châteauroux. Par contre, la PMI a demandé à y être présente.

Au total donc, deux structures différentes, celle d'Issoudun dynamique, et celle de La Châtre plus en retrait car ne fonctionnant pas dans les mêmes conditions.

3.2.3 Le CPP de L'Arbresle : des lits de soins de post-partum.

Les renseignements m'ont été donnés par le médecin inspecteur en charge de la périnatalité à Montpellier.

La zone de besoins, environ 400 naissances domiciliées, correspond à un secteur très rural en difficulté socio-économique.

La commune de L'Arbresle se trouve dans le département du Rhône. Les 20 lits de maternité du centre hospitalier (type PSPH) qui effectuait environ 300 accouchements avant la fermeture, ont été reconvertis en 10 lits d'hospitalisation postnatale et en lits de long séjour.

Le CPP s'est lié par convention en novembre 1997 à la clinique du Val d'Ouest dont la maternité de niveau II effectue environ 1600 accouchements par an, distante de 15 km.

Le niveau III de référence est à 1 heure de distance à l'hôpital de la Croix Rousse à Lyon.

La particularité de ce centre de proximité réside dans le fait qu'il propose aux parturientes une hospitalisation en post-partum.

Dans le CPP sont effectuées des consultations pré et postnatales, des séances de préparation à la naissance et des visites pédiatriques.

Il est ouvert 24h sur 24 et 7 jours sur 7 puisqu'il fonctionne en tant que service hospitalier.

Il n'y a pas de plage préprogrammée pour les consultations, la sage-femme se rendant disponible quand une femme se présente.

Les professionnels qui travaillent dans la structure :

- 0,3 ETP (équivalent temps- plein) de gynéco-obstétricien qui exerce en libéral sur la commune.
- Un anesthésiste réanimateur à temps partiel
- 0,2 ETP de pédiatre exerçant en libéral à L'Arbresle, rémunéré à l'acte.
- 1 sage-femme présente jour et nuit
- 1 auxiliaire de puériculture présente 24h sur 24, pas de puéricultrice.
- Pas de plateau chirurgical

Les femmes vont accoucher à la clinique et reviennent pour le post-partum sur le CPP qui met à disposition 10 lits. La durée moyenne de séjour est de 7 jours, le taux d'occupation est de 50%.

Il n'y a pas de visites à domicile ni de lits d'hospitalisation à domicile.

Des puéricultrices de PMI interviennent en postnatal à domicile mais pas directement dans le CPP. Il n'y a pas de coordination formalisée.

Les dossiers médicaux sont mis en réseau informatique, il existe des protocoles de transferts mère- enfant de la clinique vers le CPP et de retransferts éventuels.

La question principale est celle de la conformité des lits d'hospitalisation postnatale avec le décret de 1998 qui ne prévoit pas cette possibilité.

Le taux d'occupation est également problématique concernant le rapport coût/efficacité.

La structure rend des services, elle est bien acceptée par la population qui y voit un avantage certain par rapport à la proximité (visites de la famille proche, facilité de demandes de renseignements...) et le personnel est toujours très disponible.

3.2.4 Le cas de Prades : celui d'un dysfonctionnement majeur.

Ce cas m'a également été proposé par le médecin inspecteur de la DRASS de Montpellier. J'ai pu rencontrer la sage-femme de PMI, responsable de la circonscription d'actions sociales du secteur de Font Romeu.

Prades est une petite ville des Pyrénées Orientales située à 40 km à l'ouest de Perpignan.

La maternité, située dans un établissement privé, a été fermée fin 1999 suite au manque de gynéco-obstétriciens dans la structure sans mise en place de relais de proximité de type CPP probablement par défaut de mobilisation des acteurs professionnels et de financement public. Les lits sont devenus des lits de chirurgie.

Le problème ne serait pas majeur si nous n'étions pas dans une zone de montagne avec des routes difficiles en hiver en raison des conditions climatiques et en été en raison du nombre de touristes.

La population la plus touchée par la fermeture de la maternité se trouve dans le secteur le plus à l'ouest, autour de la petite ville de Font Romeu sur le haut plateau de la Cerdagne, ce plateau s'étendant également du côté espagnol. La route menant à Prades est tortueuse et difficile, la distance séparant cette population de la maternité française la plus proche, en l'occurrence Perpignan, étant d'environ 1h30 par temps clément.

A l'Est, de l'autre côté du plateau du côté français se trouve la maternité de Foix, pour laquelle il faut également environ 1h30 de route.

Entre Foix et Perpignan, aucun relais de proximité, si ce n'est la petite maternité espagnole de Puy Cerda, située à 20 km au sud de Font Romeu.

Une coopération transfrontalière pourrait exister, mais dans l'immédiat, les femmes ne peuvent se faire suivre ou accoucher là-bas en raison de difficultés administratives majeures :

- Non-remboursement des frais d'hospitalisation par la Sécurité Sociale, pas de tiers payant
- consultations non prises en charge
- circuit de déclaration de naissance extrêmement complexe.

Les femmes qui se rendent malgré tout dans cet établissement en dernier recours du fait de l'urgence sont prises en charge souvent trop tardivement, dans des situations parfois catastrophiques, par une équipe n'ayant aucune connaissance du dossier médical.

Durant l'année 2001 :

- 3 nouveau-nés sont décédés dont un n'a pu être déclaré ni en France, ni en Espagne.
- 3 bébés sont nés dans la voiture pendant le trajet.
- 1 accouchement inopiné a eu lieu à domicile.

Malgré cela, les choses n'avancent pas, une ébauche de projet de création d'un hôpital transfrontalier Puy Cerda - Bourg Madame émerge lentement mais ne sera pas abouti avant de nombreuses années.

En attendant cette éventualité lointaine, un CPP permettrait de prendre en charge la population du secteur souvent en difficultés. En effet, il y a, proche de Font Romeu, un centre de post-cure et toute une partie de la population, amenée par ce centre, présentant ou ayant présenté des conduites addictives est amenée à s'installer sur le secteur. Cette population jeune s'installant sur place, le taux de natalité de cette région est l'un des plus élevés du département : le plateau de Cerdagne- Capcir compte environ 150 naissances par an dont environ 50% vont sur Perpignan et 15% sur Foix, les autres accouchements se répartissant sur Toulouse, Narbonne, Montpellier...

Sur place, à Font Romeu, une sage-femme libérale s'occupe principalement des femmes en difficulté sociale et ne fait pas de consultations.

Un médecin généraliste a une formation en gynécologie mais pas en obstétrique, il suit environ 50 grossesses par an.

Une prise en charge spécialisée pourrait se faire sur Font Romeu ou sur Prades par l'intermédiaire d'un CPP. Un projet proposé par la sage-femme responsable de circonscription prenant en compte des professionnels motivés et des locaux adaptés est dès à présent prêt.

L'optimum serait que la maternité de Puy Cerda puisse également suivre les parturientes. La commission régionale de la naissance de Languedoc- Roussillon est venue inspecter la structure en janvier 2001, le plateau technique lui a paru complet et adapté à une structure de niveau I, la langue ne semblant pas être une réelle difficulté. Les sage-femmes effectuent les actes classiques, les accouchées sortent précocement, les 2 praticiens de la structure font régulièrement des périodes de remise à niveau sur l'hôpital de référence de Barcelone. Les formalités administratives pour 10 ou 15 naissances par an sur Puy Cerda devraient pouvoir être levées sans trop d'obstacle.

Le Dr Bachelard, gynéco-obstétricien du service de maternité de Perpignan, inquiet par la situation (plusieurs déplacements hélicoptérés pour des accouchements inopinés), est d'accord pour mettre en place une collaboration étroite avec la maternité de Puy Cerda.

Alors que l'actualité est à l'Europe, que des coopérations transfrontalières existent partout avec les autres pays, qu'une des priorités actuellement en santé publique est de promouvoir des soins de proximité⁵⁷, il paraît invraisemblable de se retrouver devant un tel dysfonctionnement.

Ces renseignements sont donnés par la responsable de circonscription, je n'ai pu avoir l'avis de l'ARH sur ce sujet, faute de temps.

3.3 Le CPP DE Saint-Céré en Midi- Pyrénées et l'association « Atout-Naître ».

3.3.1 Le CPP de Saint-Céré

Les renseignements m'ont été donnés par les sage-femmes du CPP et les médecins intervenant dans la structure, en particulier les gynéco-obstétriciens de Saint-Céré et de la maternité de l'hôpital de Figeac.

Les accouchements à la maternité de Saint-Céré se sont arrêtés en juillet 1996, après le départ d'un des 2 anesthésistes, non remplacé, et la fermeture du service de chirurgie. Les lits ont continué à fonctionner pour que les femmes ayant accouché dans une autre

⁵⁷ Pr G. Lévy, journée nationale des commissions régionales de la naissance

maternité puissent revenir pour le suivi post natal près de chez elles. La maternité, avant la fermeture effectuait environ 200 accouchements par an. Le service a définitivement fermé en mars 1997.

Des consultations de maternité avancée se sont mises en place relayées par la suite par l'ouverture du CPP dans des locaux individualisés sur le site de l'hôpital.

3.3.1.1 Le fonctionnement actuel.

Il s'effectue autour de 3 **sage-femmes**, la plus ancienne dans l'hôpital effectue un travail à 80% du temps plein (ETP) qu'elle occupe. Une deuxième sage-femme travaille à 50% ETP, elle effectue deux gardes de 24h par mois à la maternité de l'hôpital de Figeac de niveau I devenue centre de référence pour le CPP. Elle a été recrutée durant l'année 2000 devant l'augmentation progressive du travail effectué par la première sage-femme et surtout pour faire des visites de suivi de grossesse à domicile. Pendant son absence et lors des congés, une sage-femme de la maternité de Figeac vient la remplacer. En fait, le remplacement est parfois difficile à obtenir et quelquefois se fait vraiment au dernier moment.

La maternité de référence est celle de l'hôpital de Figeac de niveau I. Le niveau II est assuré par la maternité de l'hôpital de Cahors dans le même département à environ 80 km soit près d'1h15 de route sans liaison SNCF.

Le CPP est également en lien avec la maternité du centre hospitalier de Brive en Corrèze (région Limousin), de niveau II, située à environ 55 km soit 55 minutes de route.

Les locaux sont clairs et rénovés mais le nombre de pièces devient un peu restreint compte tenu de l'activité : une salle d'attente dans l'entrée, un petit bureau, deux salles de soins et une salle plus grande pour les cours de préparation à la naissance, la rééducation périnéale et les réunions de l'association « Atout-Naître » dont nous parlerons plus loin.

Il est à noter que le bâtiment qui accueille le CPP comporte des locaux adjacents à celui-ci servant d'entrepôt.

Enfin, n'ayant pas de place pour archiver les dossiers, les sage-femmes ont demandé au directeur de pouvoir entreposer ces dossiers dans un petit grenier à l'étage du CPP qui a une hauteur non conforme, largement inférieure à 2 mètres.

L'accueil est proposé tous les jours de 9h à 17h sauf si la sage-femme est seule et doit faire une visite à domicile, auquel cas elle ferme le centre. Il n'y a pas de secrétaire ni d'autre personnel.

3.3.1.2 Les consultations.

Les consultations de gynéco-obstétrique ont lieu 3 fois par semaine. Une demi-journée par semaine, les consultations sont effectuées en alternance par 2 des médecins de l'hôpital de

Figeac et normalement la gynéco-obstétricienne, installée en libéral à Saint-Céré, effectue deux demi-journées par semaine de consultations dans le cadre de ses vacances sur l'hôpital de Brive par conventionnement.

Une consultation de pédiatrie est prévue une demi-journée par semaine et a existé un certain temps mais, depuis le départ du praticien hospitalier temps plein de la maternité de référence (un mi-temps actuellement), celles-ci ne sont plus assurées.

Les consultations des médecins ne se font pas sur place en raison du manque de place dans les locaux, elles ont lieu au niveau du service de consultations externes dans l'autre bâtiment, près du service de radiologie, en lien avec le secrétariat des consultations externes.

Les parturientes doivent aller à Figeac pour les échographies, les médecins de Figeac consultant sur le CPP n'ayant pu avoir de renseignements précis concernant le mode de fonctionnement de l'échographe de l'hôpital de Saint-Céré par le radiologue en place.

En fait, les femmes enceintes ne sont pas incitées à se faire suivre par les médecins de Figeac venant consulter à Saint-Céré et le nombre de consultations sur l'hôpital de Saint-Céré montre bien le problème : en moyenne entre 1 et 3 consultations par demi-journée de consultation.

Les sage-femmes ne participent pas aux consultations, il n'y a par ailleurs pas de réunion systématique avec les médecins qui passent rarement au CPP. Les entretiens se font principalement par voie téléphonique.

Aucune formation continue, aucune réunion à thème, aucune synthèse ne sont mises en place avec la maternité de référence.

Les sage-femmes remplissent un dossier de rééducation périnéale et un dossier de consultation qu'elles ont créés elles-mêmes pour pouvoir faire le lien entre elles, les médecins conservant avec eux les dossiers médicaux des femmes vues en consultation.

D'une certaine manière les sage-femmes sont entièrement libres de s'organiser comme elles le veulent, il n'y a pas de contrôle effectué par la maternité de référence, ni de mise en place ensemble de protocoles ou d'une organisation des soins approuvée par les équipes.

Malgré l'absence de supervision et d'aide dans la gestion des soins, les sage-femmes ont mis en place une façon de travailler qui semble leur convenir et convenir aux femmes qui fréquentent le centre.

3.3.1.3 Les activités des sage-femmes :

- séances de préparation à l'accouchement : les femmes viennent une fois par semaine du 6^e au 8^e mois de leur grossesse soit normalement 8 fois.
- Séances de rééducation uro-génitale (formation des sage-femmes en 1997)

- Surveillance de grossesse, tension artérielle et monitoring sur prescription médicale
- Visites à domicile pour la surveillance des grossesses à risque surtout depuis juillet 2000
- Participation le lundi après-midi aux rendez-vous de l'association « Atout-Naître », lieu d'accueil et de parole pour les femmes enceintes, les mères et leurs enfants.

Par ailleurs, elles reçoivent les femmes qui souhaitent avoir des renseignements concernant l'allaitement ou peser leur enfant, ou qui se posent toutes sortes de questions, dès qu'elles le peuvent, sans formalités pour ce genre de consultations.

Elles ne font pas de suivi de grossesse « normale » ni d'activité de planning familial.

Elles n'assurent pas de suivi en post-partum à domicile car leur administration leur a répondu qu'il n'y avait pas de possibilité de financement pour cela. Cette activité est donc du ressort de la PMI et de celui du médecin traitant, sachant que pour les sorties précoces, il n'y a pas de sage-femme de PMI sur le secteur pouvant prendre en charge la mère et l'enfant.

3.3.1.4 Bilan d'activité.

Tableau 1 : Bilan d'activité du CPP

	2000	2001	Pourcentage 2001 / 2000
Nombre de femmes enceintes suivies	165	181	+ 9,7%
Pour préparation naissance	110	115	+4,5%
Pour consultation	99	124	+25,3%
Pour VAD	17	19	+11,8%
Nombre de femmes non enceintes suivies		100	+5,3%
Pour rééducation périnéale		95	Id.
Pour. consult. postpartum		16	

On observe une augmentation globale de l'activité due en grande partie à l'arrivée de la sage-femme à mi-temps.

L'augmentation est principalement liée à l'augmentation des visites à domicile, des consultations pour les femmes enceintes et des séances de rééducation uro-génitale, avec électrostimulation et rééducation abdominale pour lesquelles, les demandes sont de plus en plus importantes.

	1998	1999	2000	2001	Pourcentage 2001/2000
Nombre d'actes cotés	923	722	889	998	+12,3%
De préparation naissance	485	399	535	605	+13,1%
De consultations	430	323	277	292	+5,4%
De VAD	8	0	77	101	+31,2%
De séance rééducation	445	600	736	1037	+27,9%
De consult. Postpartum				18	

3.3.1.5 Les Modalités de coopération.

Les éléments précédemment décrits nous montrent bien le manque de lien régulier entre les médecins de la maternité de référence et le personnel du CPP :

- il y a très peu de relations entre les consultations des médecins et les sage-femmes,
- il n'y a pas d'organisation conjointe des soins, il ne paraît pas y avoir de mise en commun concernant des protocoles de prise en charge ou de transfert,
- il ne paraît pas y avoir de rencontres d'équipe formalisées,
- Il y a parfois des dysfonctionnements, les parturientes ayant été transférées à partir du service des urgences sur l'hôpital de Brive, route plus facile et néonatalogie sur place, dans l'urgence, sans que le médecin de Figeac en ait été prévenu ou bien un manque de liaison en cas d'accouchement inopiné au service des urgences de l'hôpital.

Ceci peut s'expliquer car le service des urgences de l'hôpital de Saint-Céré est totalement indépendant de la maternité de Figeac, néanmoins dans ces petites villes, le fait pour un chef de service d'apprendre une telle situation par le journal ou pire, par les gens, ne facilite pas les choses. Un lien réel devrait être donc mis en place entre les médecins de la maternité de référence et le service des urgences.

Il semble exister des liaisons plus faciles avec la gynéco-obstétricienne en libéral, faisant des gardes sur l'hôpital de Brive :

- les rencontres sont un peu plus fréquentes mais jamais systématiques,
- le médecin connaît bien les sage-femmes en particulier la plus ancienne car elles travaillaient ensemble lorsque la maternité existait encore,
- mais les vacations de 2 demi-journées pour faire des consultations au CPP prévues par conventionnement avec l'hôpital de Brive ne semblent pas

actuellement respectées, le médecin venant parfois, au coup par coup faire une ou deux consultations au CPP à la demande.

La gynéco-obstétricienne de Saint-Céré préfère recevoir les patientes dans son propre cabinet pour raison de confort et parce que la gestion des dossiers y est plus facile.

En réalité, des relations existent mais s'effectuent la plupart du temps par téléphone entre les sage-femmes et les médecins.

Les médecins de la maternité de référence n'ont pas à priori l'intention de s'investir dans ce centre de proximité estimant que celui-ci rend des services et que c'est déjà très bien.

Néanmoins, il faut relativiser car les sage-femmes ne paraissent pas hésiter à appeler les médecins qui semblent assez disponibles pour leur répondre, par ailleurs elles ne sont pas elles-mêmes réellement demandeuses de cadrage et de mise en place de modalités de fonctionnement, leurs demandes se tourne plutôt du côté des professionnels autres, PMI, Pédopsychiatrie...

Enfin, le nombre d'accouchements venant du secteur de Saint-Céré n'a pas réellement fait augmenter le nombre d'accouchements de la maternité de Figeac qui reste à un niveau proche de 300 accouchements par an, malgré ce qui avait été évoqué lors de la mise en place de la convention.

Les liaisons avec les maternités de Brive vers lesquelles les femmes se tournent souvent s'effectuent également de manière irrégulière :

- au niveau du centre hospitalier, 2 des gynéco-obstétriciens n'envoient jamais personne au CPP.

Parmi les 2 autres médecins, nous avons déjà parlé de celle de Saint-Céré qui est PH à temps partiel sur Brive et travaille en libéral sur Saint-Céré, quant à l'autre gynéco-obstétricienne, elle correspond avec le CPP surtout par liaison téléphonique.

- au niveau de la clinique de Brive, les médecins et les sage-femmes n'hésitent pas en général à être en relation avec le CPP

Les sage-femmes ne sont jamais personnellement informées de façon officielle des accouchements des femmes qu'elles ont pu suivre. Il n'y a pas de rétro-information.

Sur la clinique, il n'y a pas de réunion de service ou de « staff », les sage-femmes ne se rendent donc jamais dans cette structure.

A l'hôpital de Brive, des staff réunissant les gynéco-obstétriciens et les pédiatres ont été mis en place récemment mais les sage-femmes du CPP n'y sont pas présentes.

Les liens avec les médecins généralistes sont quasiment inexistant, ceux-ci préférant envoyer directement les femmes en consultations dans les maternités surtout si une échographie est prévue.

Il n'y a ni sage-femme libérale ni sage-femme de PMI sur le secteur. Le suivi post-natal à domicile est effectué uniquement par la puéricultrice de PMI, en cas de sortie précoce, seul le médecin traitant est donc autorisé à prendre soin de la mère et de l'enfant.

Les liaisons avec les professionnels du centre de planification étaient inexistantes jusqu'à présent, les sage-femmes ne connaissant pas l'existence de ce service qui était situé dans les locaux du centre médico-social de Saint-Céré.

Concernant les liens avec la PMI et les autres professionnels, les liaisons se font facilement notamment grâce à l'association Atout-Naître qui joue un rôle non négligeable en matière de coordination.

Enfin, un dernier point concerne la gestion des dossiers et des rendez-vous effectuée par les sage-femmes elles-mêmes : tout se fait à la main, bilans d'activité y compris. Une gestion sur informatique permettrait de faciliter les recherches et les bilans mais pour cela il faut du temps que les sage-femmes ne peuvent accorder à cette fonction.

3.3.2 L'association Atout-Naître

Cette association a vu le jour en 2000 d'une part grâce aux conclusions de l'étude FIESTA qui avait noté des répercussions probables socio-psychologiques sur la population et d'autre part grâce aux équipes de pédopsychiatrie de secteur, de PMI et du CPP, habituées à se concerter, qui avaient l'idée de mettre en place un travail de réseau concernant la parentalité.

Les équipes ont été aidées financièrement dans le cadre du Programme régional d'Accès à la prévention et aux soins (PRAPS) pour la mise en place d'un lieu d'écoute parents- enfants sur le CPP.

L'idée des équipes est partie de la constatation qu'un certain nombre d'enfants présentant une souffrance psychique, de parents présentant des difficultés sociales, psychologiques, médicales ou relationnelles avec leurs enfants n'étaient pris en charge que tardivement lors de l'entrée à l'école par exemple.

Les objectifs de l'association sont multiples mais visent à améliorer l'aide apportée aux parents :

- Accompagner la périnatalité et la parentalité dans un lieu d'écoute non soignant animé par une équipe pluridisciplinaire.
- Offrir un accès à un lieu où les femmes peuvent exprimer et reconnaître leur souffrance.
- Orienter vers les consultations de prévention.
- Diminuer les délais de consultation au centre médico-psychologique du secteur.

- Favoriser les échanges en famille et entre familles, rompre l'isolement des jeunes parents.
- Accompagner l'accueil du nouveau-né dans sa famille.
- Valoriser les compétences parentales.
- Avec l'aide d'une équipe pluridisciplinaire.

Nous sommes bien là dans la prise en compte des difficultés sociales et psychologiques des femmes et des jeunes enfants qui est un des axes d'orientation des PRAPS prévus dans le cadre de la loi n°98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions. Ces programmes prévoient notamment de renforcer les coordinations et de développer les actions visant à renforcer la fonction parentale et le lien parent-enfant le plus précocement possible.

Les différentes administrations se sont investies pour aider ce projet :

- Le Conseil Général met à disposition :
 - une puéricultrice de PMI 2h par semaine,
 - un médecin de PMI 2h par semaine,
 - une assistante sociale 2h par semaine.
- L'Institut Camille Miret, hôpital psychiatrique du département met à disposition :
 - un pédo- psychiatre 2h par mois pour effectuer la supervision,
 - une infirmière psychiatrique 2h par semaine.
- L'ARH, par l'intermédiaire du centre hospitalier de Saint-Céré, met à disposition les locaux du CPP et du temps de sage-femme.
- Participation de la gynéco-obstétricienne de Saint-Céré dans le cadre de la convention entre le CPP et le CH de Brive.
- La DDASS dans le cadre des crédits PRAPS, participe en finançant principalement à la formation continue des différents professionnels, 6 jours en 2001 concernant les modalités d'accueil.

L'accueil s'effectue dans les locaux du CPP le lundi après-midi de 14h30 à 16h30. Cette séance est suivie d'une réunion informelle où les intervenants peuvent s'entretenir de différentes problématiques.

Pour la première année d'ouverture, 2 ou 3 accueillants étant présents à chaque séances, il y a eu 41 jours de fonctionnement au cours desquels :

- 39 adultes ont été accueillis accompagnés parfois d'1 ou 2 enfants de moins de 3 ans.
- 117 accueils au total
- 1 à 27 accueils par adulte.

Majoritairement, ce sont des mères en congé maternité avec leur bébé, très rarement le père, quelques mamans avec bébé de 6 à 12 mois, la plupart étaient des primipares, quelques femmes enceintes.

Les thèmes abordés lors de ces séances :

- le vécu de l'accouchement
- le deuil de l'enfant idéal
- le ressenti et les attentes des parents
- les questions autour de l'alimentation, les pleurs, le sommeil, l'allaitement...
- les inquiétudes par rapport aux premières séparations
- la place du père et les relations intra-familiales.

La formation suivie par l'équipe a permis un travail commun sur la coordination des intervenants, les outils d'écoute, les processus de construction de la parentalité, les outils d'animation d'un groupe de parole, l'accueil et le rôle du professionnel.

Un bilan a été effectué en fin d'année montrant l'importance du travail de prévention, le besoin d'un tel lieu (fréquentation), la faible participation des pères (horaires d'ouverture à améliorer), la nécessité d'une formation continue, d'une supervision par un professionnel non investi dans l'association, d'une information auprès des autres professionnels et des femmes, de motiver les médecins généralistes, enfin le problème des locaux trop exigus pour accueillir les parents et leurs enfants d'âge différent.

Cette association est en développement, les personnels qui y interviennent en tant qu'accueillants sont motivés et se remettent en question régulièrement. Il serait dommage de déplacer ces rencontres dans un autre lieu en dehors du CPP pour des raisons de locaux car l'intérêt réside également dans les échanges et la coordination entre les acteurs.

3.4 D'autres types d'alternative à l'hospitalisation.

Il était intéressant, dans le cadre de ce mémoire d'étudier d'autres alternatives à l'hospitalisation : le cas de la prise en charge du post-partum en Hospitalisation à Domicile pour les femmes qui sortent précocement de la maternité nous a semblé un bon exemple de mise en place de soins moins coûteux que l'hospitalisation en établissement de soin avec des bénéfices certains pour la mère et l'enfant.

L'autre type de prise en charge peu habituelle concerne le suivi anténatal de grossesses à risque à partir d'un établissement de soins.

3.4.1 L'hospitalisation à domicile (HAD) dans le cadre du post-partum.

Les renseignements m'ont été donnés par le médecin nommé récemment chef du service de la maternité de l'hôpital de Cahors et par la lecture du mémoire de Pierre Morisset concernant la mise en place d'un service d' HAD à l'hôpital Boucicaut à Paris⁵⁸. Par ailleurs, le rapport du Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec (CETSQ)⁵⁹ ayant fait une synthèse d'un grand nombre d'études sur ce sujet nous a permis de mieux cerner la problématique.

Cette période importante de la périnatalité est rarement prise en considération dès lors que l'enfant et sa mère paraissent en bonne santé. De plus, la diminution du nombre de lits en maternité et l'augmentation du nombre de sorties précoces après l'accouchement doivent favoriser la réflexion à ce sujet.

Le point de départ du mouvement actuel de l'HAD se situe en 1945 lors de la mise en place de la sécurité sociale. Cette dernière a, en effet, sonné le glas de l'accouchement à domicile qui ne représente plus en France que 0,5% des accouchement.

A l'époque un forfait couvrait les frais d'accouchement et la surveillance de la mère et de l'enfant pendant 12 jours. Cette période a aujourd'hui été réduite à 5 jours. A partir des années 1980, la formule d'HAD pour le post-partum a commencé à se mettre en place.

En Europe

La Norvège consomme 14 fois moins de journées de maternité que l'Écosse bien que ces pays ne présentent pas de différences considérables sur le plan ethnique, géographique ou économique avec de meilleurs résultats pour la Norvège.

Les pays anglo- saxons furent pionniers en ce domaine avec les États unis dans les années 1960.

Aux Pays-Bas, 32% des femmes choisissent d'accoucher à domicile selon une réglementation stricte de prise en charge et d'aide à domicile ; quand la femme choisit d'accoucher à l'hôpital, elle n'y reste que quelques heures et bénéficie également d'aides à domicile.

En Suède, le succès des sorties précoces dans des conditions précises reflète bien la satisfaction des patientes.

⁵⁸ « l'hôpital à l'heure de la restructuration de ses activités cliniques : enjeux médico-économiques et réalités contingentes », mémoire d'élève directeur d'hôpital, 93-95, Pierre Morisset.

⁵⁹ « évaluation des risques et des bénéfices du congé précoce en post-partum », rapport du CETSQ, 1997.

En France,

L'HAD a été expérimentée dans les années 1957 et reconnue officiellement le 31 décembre 1970 par l'article 4 de la loi hospitalière n°70-1318. La définition la plus récente de l'HAD se trouve dans un décret du 2 octobre 1992 qui précise : « Les structures dites d'HAD permettent d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés. » Ces derniers sont ou doivent être d'une nature et d'une intensité comparable à ceux reçus en milieu hospitalier, critère fondamental pour distinguer l'HAD des différentes formes de soins à domicile exercés isolément au lit du patient.

Les conditions techniques de fonctionnement de l'HAD sont définies par les articles D.712-35 à 39 du CSP. Ceux-ci donnent des précisions sur la qualité des soins qui doit être identique à celle d'une hospitalisation à temps complet, la possibilité de recourir à un plateau technique d'un établissement de santé traditionnel disponible et utilisable sans délai, la continuité des soins.

La thérapeutique définie par le médecin hospitalier est mise en œuvre et surveillée par le médecin traitant. La sage-femme peut être issue du service hospitalier ou bien intervenir en libéral rémunérée par l'hôpital.

Le principe de l'HAD en post-partum s'adresse aux femmes qui sortent précocement de la maternité. A priori, médicalement, rien ne semble s'opposer à un retour précoce des parturientes et de leur bébé à domicile dès lors qu'un suivi médical complet tant maternel que pédiatrique, ainsi qu'une aide pour les activités ménagères sont assurés.

Au Québec

Le congé précoce en post-partum est défini selon les **recommandations des pédiatres québécois** comme étant « le congé signé par le médecin après un séjour de 48h ou moins pour un bébé né par voie vaginale et avant 96h pour un bébé normal né par césarienne ».

Les partisans du congé précoce au Québec en soulignent les avantages :

- diminution des coûts d'hospitalisation,
- retour plus rapide à la maison avec un impact positif sur les relations parent-enfant,
- diminution du risque d'infection nosocomiale,
- suites de couches moins médicalisées, le côté relationnel étant favorisé.

Les opposants à ce système :

- effets sur la santé de la mère, cliniques et psychosociaux,
- risques de complications et de réadmissions pour le nouveau-né,
- problèmes liés à l'allaitement,
- risques liés à la non-détection précoce de l'hyperbilirubinémie, des maladies métaboliques et autres maladies héréditaires ou congénitales.

Par ailleurs, il est indéniable que la maternité, en sortant la femme de son milieu social et culturel a un rôle d'éducation et de formation irremplaçable. Elle est également le lieu privilégié pour détecter d'éventuels problèmes sociaux ou médicaux et tenter de les résoudre.

D'après l'association des pédiatres québécois (APQ), un programme de congé précoce doit respecter 3 exigences fondamentales :

- des critères clairs d'admissibilité (santé de la mère et de l'enfant, environnement...)
- une formation pré et post natale adéquate pour la femme,
- un suivi post congé adéquat,

Impact sur le nouveau-né : les données disponibles ne permettent pas de confirmer ou d'infirmer un lien entre le congé précoce et la mortalité ou les complications chez les nouveau-nés. Néanmoins, les complications rencontrées le plus fréquemment sont l'ictère, le pic de bilirubinémie se situant généralement entre le 3^e et le 5^e jour de vie sans qu'on puisse en prévoir l'intensité, et les problèmes liés à l'alimentation, la malnutrition ou la déshydratation, d'autant plus importants s'il n'y a pas de suivi offert après la sortie et si la femme est une primipare.

L'étude québécoise montre qu'entre 9 et 29% des nouveau-nés ne sont pas revus à la visite de suivi pourtant cette visite semble essentielle au maintien de la qualité des soins.

Le dépistage des maladies métaboliques peut être affecté si l'échantillon de sang est prélevé trop précocement après la naissance.

L'allaitement maternel semble relié à l'hyperbilirubinémie et à la déshydratation qui sont les causes les plus fréquentes des réadmissions.

Impact sur la mère : la revue de la littérature ne permet pas de conclure à une augmentation des risques maternels. Les taux de réadmission varient entre 0,1 et 1,9% des mères surtout pour diagnostic d'infection ou d'hémorragie. Par ailleurs, la fréquence et l'intensité de la dépression maternelle du post-partum semble réduite chez les femmes sorties précocement.

Le degré de satisfaction des parents est élevé s'il s'avère que ce sont eux qui ont fait le choix de ce type de prise en charge.

Enfin, le coût de cette prestation est largement diminué par rapport à celui d'une hospitalisation classique en l'absence de toute complication, mais cette notion doit être tempérée car il existe une partie des coûts qui est transférée aux familles. Toute complication ou réadmission fait monter les coûts parfois de manière plus importante que dans le cas où la prévention rapide avait eu lieu en hospitalisation classique.

L'APQ recommande un suivi rapproché de la mère et de l'enfant selon un protocole strict ainsi qu'une formation du personnel responsable du suivi. Elle propose également des critères de sélection des candidates au congé précoce et des paramètres de suivi⁶⁰.

3.4.2 L'expérience du centre hospitalier de Tulle en région Limousin

Grâce à une initiative locale, la maternité du centre hospitalier de Tulle, en Corrèze, de niveau II A, sans soins intensifs, a mis en place un suivi des grossesses à domicile. Ce sont les sage-femmes de l'équipe hospitalière qui vont à domicile pour la surveillance de grossesses à risque décelées par les médecins traitants, les gynéco-obstétriciens de ville ou après une hospitalisation dans le service hospitalier pour menace d'accouchement prématuré (MAP) par exemple.

La surveillance de chaque patiente est possible 1 à 2 fois par semaine, sur prescription médicale.

Ces visites se font en collaboration avec les sage-femmes libérales particulièrement l'une d'entre elles qui effectue déjà des vacations dans le service pour les préparations à la naissance.

⁶⁰ voir annexe 5

4 - L'ENQUETE

Ce chapitre concerne l'étude effectuée durant les stages d'été et d'hiver à la DDASS du Lot. Le sujet a été proposé par le médecin inspecteur afin d'évaluer les activités du CPP et le service rendu à la population. Si nous avons insisté précédemment sur les notions de réseau, relation mère- enfant, rôle des sage-femme et de la PMI, avis professionnels, c'est bien dans le sens d'une meilleure compréhension des résultats de l'enquête et de ce qui pourrait être proposé.

L'objectif de ce travail est de rapporter les propos des femmes qui ont eu recours au système de soin dans le cadre de leur grossesse et de leur accouchement afin de confronter ces avis, d'une part avec les données épidémiologiques apportées par l'analyse des certificats du 8^o jour et les enquêtes nationales et d'autre part avec les possibilités de soins au niveau local.

Le but est d'évaluer les éventuels décalages pouvant exister entre les actions décrites au niveau national et déclinées au niveau local et les attentes de la population en tant qu'utilisateur du dispositif de soin.

L'enquête a été effectuée en 3 temps :

En premier lieu, une étude des certificats du 8^o jour⁶¹ des enfants nés durant le premier semestre 2001 sur la zone d'attraction⁶² de l'ancienne maternité de Saint-Céré, décrite dans l'étude FIESTA, a été effectuée et saisie sur epi-info.

Puis, une enquête qualitative à partir d'entretiens avec des mères ayant accouché durant la même période nous a permis de mieux cerner les besoins et les attentes de cette population tels qu'ils sont perçus.

Enfin, les entretiens avec des professionnels locaux⁶³ qui s'occupent de périnatalité nous ont éclairés quant aux difficultés ressenties et aux orientations proposées.

4.1 La méthodologie utilisée.

1) Il s'agissait dans un premier temps d'effectuer une étude quantitative des indicateurs de la périnatalité sur le secteur de Saint-Céré.

La période de temps choisie a porté sur le premier semestre 2001, date à laquelle le CPP fonctionnait depuis plus de 6 mois avec les 2 sage-femmes et l'association Atout-Naitre déjà en place, nous permettant ainsi d'avoir une vue globale dans un dispositif de soin bien établi.

⁶¹ voir annexe 6

⁶² Voir annexe 3

⁶³ voir annexe 10

L'utilisation des certificats du 8^o jour⁶⁴ nous est apparu comme une base fiable de données en rapport avec des indicateurs précis concernant la périnatalité et permettant une comparaison avec l'étude FIESTA.

La zone géographique⁶⁵ considérée est la zone d'attraction de l'ancienne maternité de Saint-Céré fermée en 1996. Nous avons utilisé le secteur où plus du tiers des femmes enceintes ont accouché à la maternité de Saint-Céré en 1994-1995.

2) La deuxième étape a consisté à rencontrer des femmes ayant accouché durant le premier semestre 2001 et sélectionnées selon une méthode qui s'apparente à la théorie des quotas. Notre souci était bien d'avoir une diversité de points de vue à partir de différents critères qui nous ont semblé les plus marquants.

3) Dans un troisième temps, nous nous sommes entretenus avec les professionnels locaux afin de cerner leurs attentes par rapport au dispositif mis en place. Nous avons donc entendu les gynéco-obstétriciens, les acteurs de la PMI, la pédopsychiatrie, le service des urgences de l'hôpital de Saint-Céré et des médecins généralistes qui sont tous amenés à travailler auprès des femmes enceintes et des familles.

4) Enfin, la discussion permettra d'évaluer les différences existant entre l'analyse quantitative des certificats, l'analyse qualitative des entretiens et le dispositif de soin existant sur le secteur. Ceci nous amènera à émettre des propositions en intégrant les expériences étudiées précédemment et les avis d'experts dans le cadre plus général d'une politique de la périnatalité en précisant le rôle du MISP dans ces actions.

4.2 Les résultats.

4.2.1 L'étude quantitative

L'étude a porté sur l'analyse des indicateurs sociaux et sanitaires cochés par les professionnels de santé sur les certificats du 8^o jour reçus par la PMI, concernant les accouchements survenus durant le premier semestre 2001 au sein d'une population habitant dans la zone d'attraction de l'ancienne maternité de Saint-Céré.

⁶⁴ voir annexe 6

⁶⁵ cf. annexe 3

108 certificats ont été recensés et saisis sur épi-info. L'étude a consisté à comparer les données ainsi fournies avec les résultats de l'étude FIESTA⁶⁶ et pour certaines modalités ceux des enquêtes nationales de 1995 et 1998⁶⁷.

Les indicateurs analysés sont classés en 3 groupes⁶⁸ :

- les indicateurs liés aux questions administratives et sociales,
- les indicateurs relatifs à la grossesse et à l'accouchement,
- les questions en rapport avec la santé de l'enfant.

La majorité des femmes habitant sur Saint-Céré ou dans la zone rapprochée de l'ancienne maternité accouche dans les 2 maternités de Brive, la maternité de Figeac ayant peu profité de la fermeture de la maternité de Saint-Céré.

Les femmes sont majoritairement issues de Saint-Céré et de la commune de Bretenoux Biars à 10km, elles ont dans 80% des cas plus de 45 minutes de route pour se rendre dans la maternité la plus proche, et plus d'un tiers des femmes habite à plus d'une heure de la maternité choisie. Dans l'étude nationale de 1998, 90% des femmes habitaient à moins d'une demi-heure de leur maternité.

On ne retrouve pas d'augmentation globale des grossesses chez les femmes de plus de 35 ans dans cette population, notée en 1998, bien que 9% aient plus de 38 ans, mais le nombre de femmes enceintes de moins de 25 ans est moins élevé qu'au niveau national. La moyenne d'âge pour les femmes qui ont accouché durant le premier semestre 2001 étant de 28,3 ans, 29,3 au niveau national.

La proportion d'agricultrices est un peu plus élevée dans le Lot par rapport au reste du pays. Les cadres et les professions libérales sont largement sous représentées : 50% en moins par rapport au niveau national 1998. Il existe une importance accrue des professions ouvrières en 2001 sur ce secteur (proximité de l'usine de confiture sur Bretenoux-Biars ?).

Le nombre de femmes au foyer est peu différent du niveau national.

On note une majorité de parturientes primipares (43% dans toutes les études) ou ayant déjà un enfant (entre 35 et 38% selon les études), le nombre de femmes accouchant pour la troisième fois, durant le premier semestre 2001, dans le secteur de Saint-Céré étant très inférieur aux études nationales (3% contre plus de 8%).

Le nombre de consultations prénatales : malgré les taux faibles de remplissage de cette variable sur les certificats (23% non renseignés), il semble que la proportion de femmes

⁶⁶ Basée sur les certificats du 8^e jour des années 1994-1995 et 1997-1998 en comparant la même zone d'attraction et une zone témoin.

⁶⁷ INSERM, enquête nationale périnatale 1998.

⁶⁸ Voir annexe 7

n'ayant pas passé les 7 consultations réglementaires est plus importante que dans les enquêtes nationales. Il paraît important de poursuivre la prévention à ce niveau.

Le nombre de préparation à la naissance est également inférieur aux chiffres nationaux mais cette variable étant très mal renseignée (44% de non-réponse), on ne peut en tenir compte. On peut penser que les cours de préparation à la naissance sont mal connus des personnels de maternité qui remplissent les certificats du fait de la non-connaissance de ces cours existant au sein du CPP.

En revanche, le nombre d'échographies semble correct dans la majorité des cas par rapport aux recommandations nationales.

A priori, il y aurait moins d'hospitalisation durant la grossesse, de prématurés d'âge inférieur à 37 semaines, de transferts d'enfants par rapport à l'enquête nationale de 1998, et les groupes de poids des nouveau-nés sont quasi identiques aux moyennes nationales sauf pour les petits poids inférieurs à 2,5kg dont le nombre est inférieur aux chiffres nationaux, mais ceci doit prendre en compte la petitesse de la population examinée (108 certificats)

Le taux de césariennes est un peu inférieur aux moyennes nationales (14% si l'on exclut les femmes pour lesquelles cette variable n'est pas connue).

Le nombre de péridurales est équivalent à celui de l'étude nationale de 1998 (55% avec un taux à 62% toute analgésie confondue, taux probablement sous-estimé puisqu'il y a un taux de non-réponse de 14%, 70% toute analgésie confondue en France en 1998).

Enfin, le nombre de femmes qui allaitent leur nouveau-né est bien inférieur à ce qui se passe au niveau national (41% pour 52% en France), nécessitant une meilleure prise en compte de l'aide à apporter aux femmes à ce niveau.

4.2.2 L'étude qualitative

4.2.2.1 Les entretiens avec les mères.

Le temps imparti aux entretiens étant relativement limité du fait des autres activités du stage, nous avons prévu de rencontrer une vingtaine de femmes à domicile. Pour être bien sûrs de contacter 20 femmes, nous avons décidé d'effectuer un échantillonnage sur 25 personnes.

Ce qui importait dans cette étude était la notion de diversité des femmes en fonction de modalités qui nous semblaient importantes pour l'analyse des réponses.

Ainsi ont été sélectionnées 25 mères ayant accouché durant le 1^o semestre 2001 sur la zone d'attraction précédemment décrite en fonction des critères suivants :

- La parité en choisissant un nombre correspondant au pourcentage des femmes primipares et multipares équivalent aux certificats du 8^o jour étudiés plus haut soit 12 primipares et 13 multipares.

- Le lieu de naissance de la même façon soit 17 femmes ayant accouché sur Brive et 8 ayant accouché dans une autre maternité.
- L'âge nous a semblé un critère important car le vécu de la grossesse et de l'accouchement est très différent entre une primipare de 20 ans et une primipare de 38 ans par exemple.
- La profession de la mère a fait partie des critères de choix afin d'obtenir des opinions venant d'horizons différents.
- Le lieu de résidence ou critère géographique en fonction de l'éloignement par rapport à l'ancienne maternité dans la zone d'attraction.

Au total, 5 critères majeurs et 14 critères mineurs furent pris en compte.

Le guide d'entretien⁶⁹ proposait 4 types de questions :

- Une première partie liée aux questions administratives et sociales.
- La deuxième faisait appel aux antécédents médicaux et à la grossesse elle-même (suivi, accouchement, séjour à la maternité)
- La troisième rapportait les relations avec les partenaires autres (PMI, assistantes sociales, CPP, Atout-Naître, médecins...)
- Enfin la dernière portait sur le vécu de la grossesse et de l'accouchement, les dysfonctionnements éventuels, l'éloignement par rapport à la maternité, les souhaits, besoins et sentiments toujours très forts se rapportant à cette période majeure dans la vie d'une femme.

Nous ne rapporterons ici que les réflexions paraissant utiles dans le cadre du mémoire, on se reportera à l'annexe 9 pour plus de précisions.

La moitié des femmes de l'échantillon sont des primipares qui n'avaient donc jamais accouché auparavant, les âges s'étendant de 20 à 39 ans au moment de l'accouchement.

Une seule femme avait déjà au moins 2 enfants.

La moitié des femmes ont accouché sur Brive.

La majorité des femmes a des relations avec le voisinage ou est connue dans le village, l'une des mères de l'échantillon s'est trouvée très isolée après son accouchement car sans famille sur le secteur et ayant déménagé récemment. Cet isolement a été une entrave à un bon déroulement du retour à domicile.

¼ des femmes ne travaille pas mais, dans chaque famille, un des conjoints au moins travaille sauf dans le cas d'une jeune femme seule qui habite chez ses parents et qui n'a aucun revenu actuellement.

⁶⁹ voir annexe 8

Une seule femme, indépendante, n'a pas de véhicule mais peut utiliser celui de ses parents, les autres familles possèdent au moins un véhicule sauf celle qui habite encore chez ses parents.

¼ des femmes avaient des antécédents médicaux avant la grossesse.

15% des femmes ont été hospitalisées pendant leur grossesse pour MAP ou RCIU⁷⁰.

Toutes les femmes ont été en relation avec leur gynéco-obstétricien avant l'entrée en maternité, seulement 20% des femmes ont été suivies en début de grossesse par leur médecin traitant.

53% des femmes ont bénéficié d'un arrêt de travail plus important que les 6 semaines de congé prénatal réglementaires pour fatigue ou pathologie liée à la grossesse.

Le nombre d'échographies n'est pas une variable fiable, les femmes ayant peu de souvenir du nombre exact d'échographies pratiquées pendant leur grossesse.

L'amniocentèse réalisée à titre systématique pour âge supérieur à 38 ans est beaucoup mieux supportée psychologiquement dans l'échantillon que celle réalisée pour anomalie des examens complémentaires qui, malgré l'explication des médecins, nécessiterait une prise en charge supplémentaire.

45% des enfants sont arrivés à terme complet, aucun n'ayant moins de 37 semaines avant la naissance. 2 enfants nés à 38 semaines avaient un poids supérieur à 3kg.

Dans l'ensemble les femmes ont eu le temps d'arriver à la maternité, mais dans 2 cas, le transfert s'est effectué en urgence dans un véhicule sanitaire avec une belle frayeur pour tout le monde. A noter qu'une femme qui devait accoucher primitivement à Figeac s'est retrouvée à Brive amenée par le SMUR.

75% des femmes ont pu bénéficier d'une analgésie (dont 55% : péridurale). Dans 3 cas l'accouchement a été trop rapide, dans un cas la femme ne voulait pas d'analgésie et dans un cas, celle-ci n'a pas été effectuée malgré la demande.

3 femmes ont eu une césarienne pour pathologie de l'accouchement et 2 accouchements ont été déclenchés à juste titre.

9 femmes sur 17 ont accouché en présence d'un médecin soit en raison d'une anomalie de l'accouchement, soit parce que celui-ci s'est effectué en clinique privée.

15% des enfants pesaient plus de 4kg et ¼ faisaient moins de 3kg, aucun moins de 2,5kg.

Un seul enfant a été hospitalisé en néonatalogie, les transferts se sont effectués sans problèmes particuliers, la maternité se situant dans la même structure hospitalière, c'est le seul à avoir nécessité un suivi pédiatrique après le retour à domicile.

⁷⁰ Menace d'accouchement prématuré et retard de croissance intra utérin.

60% des femmes n'ont pas allaité leur enfant, ce qui est retrouvé dans les chiffres des certificats du 8^e jour. Seulement 6 femmes sur l'échantillon ont poursuivi l'allaitement à domicile soit 30%, ce qui pose à nouveau le problème de la prise en charge actuelle.

75% des femmes connaissent le CPP et 50% ont profité de la structure dans la période périnatale.

La moitié des femmes a suivi une préparation à la naissance. Mais 2 femmes n'ont pu en bénéficier du fait de son éloignement pour l'une et du repos imposé médicalement à l'autre. Peut-être pourrait-on envisager une intervention à domicile pour les femmes qui sont dans l'incapacité de se déplacer.

Peu de femmes ont participé aux séances de l'association Atout-Naitre mais celles qui y sont allées en ont tiré vraiment bénéfice, ces réunions devraient faire l'objet d'information auprès de la population, et élargir ses horaires de manière à accueillir les femmes qui travaillent le lundi ou les pères.

¼ des femmes ne connaissent pas l'association Atout-Naitre, 15 femmes connaissent son existence sans toutefois savoir son utilité précise.

Le choix de la maternité se fait grâce aux conseils des professionnels, de la famille et des amies, il est aussi, pour les plus averties, lié à la présence sur place d'un service de néonatalogie.

70% des femmes sont satisfaites de la prise en charge en maternité. Les récriminations concernent principalement le manque de disponibilité du personnel soignant, le manque de sage-femmes et les problèmes de place dans les services, ceci ne concernant pas toutes les structures. Ce sont principalement les femmes qui étaient les plus fragiles qui en ont souffert (césariennes)

Il n'y a pas eu d'incitation au départ anticipé des mères et des nouveau-nés dans cette population.

L'éloignement par rapport à la maternité est une véritable cause d'anxiété pour 7 femmes rencontrées, mais les plus inquiètes sont les multipares et celles, isolées, qui habitaient à plus d'une heure de route.

Les services de la PMI sont en général connus, les femmes ayant quasiment systématiquement un appel téléphonique, une visite à la maternité ou à domicile effectués par la puéricultrice ou l'assistante sociale. Leur utilité est démontrée dans le post-partum pour environ la moitié des personnes.

Le mode de garde des enfants ne semble pas poser trop de problème entre les assistantes maternelles, la crèche ou la famille, les femmes ne semblent pas être en difficulté pour faire garder leurs enfants.

Dans 70% des cas, le nourrisson est suivi par le médecin généraliste, la demande de pédiatre sur le secteur a malgré tout été évoquée parfois.

Enfin, concernant le retour à domicile, il y a une grande différence entre les femmes : en effet, si la mère est bien entourée par sa famille, particulièrement son mari et une personne proche comme sa mère, le retour à domicile est en général de bonne qualité. Par contre, si la femme est isolée, sans soutien, quelque soit son niveau d'études, le retour à domicile peut être une réelle souffrance. Une aide pour les actes ménagers est très importante car les soucis de cet ordre et la fatigue engendrée par l'association manque de sommeil, soins aux autres enfants, activités ménagères peut entraîner l'arrêt de l'allaitement par défaut de lactation. Dans l'échantillon, 45% des femmes ont présenté de vraies difficultés au retour à domicile même si le père était présent, car celui-ci ne sait pas mieux que la mère, pendant cette phase d'adaptation, ce qui est bon pour l'enfant et ne peut donc la conseiller utilement quant aux soins du nouveau-né.

Pour récapituler, on peut reprendre les thèmes de satisfaction et d'insatisfaction ainsi :

Parmi les problèmes :

- l'éloignement de la maternité : cet élément est repris par presque toutes les femmes, surtout par rapport à l'inquiétude d'accoucher inopinément, mais aussi pour le père qui, s'il travaille, ne peut venir tous les jours à la maternité.
- Le manque de place dans certaines structures
- Le manque de disponibilité des sage-femmes en nombre insuffisant et surmenées, sensation de ne pas être entendue, discours différent d'un soignant à l'autre autour du sommeil ou de l'alimentation du nouveau-né.
- Le manque de pédiatre sur le secteur, une consultation de pédiatrie au CPP serait une bonne chose bien que le médecin ne puisse être présent qu'une fois par semaine. Cela n'est pas partagé par toutes les femmes car elles savent bien que le plus disponible, c'est leur médecin traitant.
- La non prise en compte de la souffrance psychique dans le cas de la prévision d'une amniocentèse pour résultat échographique ou biologique anormal.
- La demande de mise en place de séances de préparation à la naissance à domicile pour les femmes qui sont au repos strict.
- Des consultations de PMI trop peu nombreuses, bien qu'il y en ait 3 par mois sur le secteur.
- Un manque d'aide à domicile dans les semaines qui suivent le retour à domicile.
- Une demande afin de favoriser les temps partiels à la reprise du travail.
- Une information à améliorer concernant l'association Atout-Naître, les femmes paraissant mieux connaître le CPP.
- Peu de suivi de grossesse effectué par le médecin généraliste.
- Une demande d'aide et de soutien à l'allaitement maternel.

Ce qui est apprécié :

- Un suivi de grossesse satisfaisant.
- Le personnel des maternités est apprécié surtout si les femmes n'ont pas de problème majeur, sinon il existe un manque de personnel noté par plusieurs femmes.
- Des médecins toujours présents lors des accouchements à la clinique St Germain
- Un très bon taux d'analgésie qui a été effectuée à chaque fois qu'elle était possible, sauf dans 1 cas.
- L'utilité certaine des cours de préparation à l'accouchement, avec 50% des femmes qui les ont suivis.
- Un bon taux de couverture par le CPP et un intérêt certain pour les femmes qui y ont été suivies.
- Une bonne connaissance de la PMI.
- L'importance de la présence du père pour le retour à domicile, c'est chose faite maintenant puisque les pères ont droit à un congé maternité de 15 jours.
- Pas d'incitation aux sorties précoces de la part des maternités qui savent bien que le suivi post natal ne peut être effectué de manière rapprochée sur le secteur.
- Une aide appréciée pour les femmes qui sont allées aux rencontres d'Atout-Naître.
- Une relativement bonne gestion locale des modes de garde de la petite enfance.
- Un suivi fréquent des nourrissons par le médecin généraliste.

4.2.2.2 Les entretiens avec les médecins généralistes.

Différents points ont été évoqués par les médecins généralistes grâce à la grille d'entretien⁷¹: les questions portaient principalement sur le mode et le nombre de suivis de grossesses et de nourrissons, les relations avec les médecins spécialistes et avec les autres professionnels de la naissance, les souhaits et besoins concernant la périnatalité dans le secteur.

- L'ancienneté d'installation s'échelonne entre 3 et 28 ans.

- Contrairement à ce que l'on pourrait penser « le médecin généraliste pivot du système de soins », tous les médecins rencontrés (sauf 1) notent une faible proportion de suivi de grossesse dans leur clientèle : entre 2 et 5 ou 6 femmes suivies par an et encore par intermittence.

⁷¹ voir annexe 10

Ceux qui effectuaient des accouchements sur la maternité de Saint-Céré lorsque le secteur privé existait encore ou sur la clinique de Figeac, ont vu leur nombre de suivis de grossesse diminuer régulièrement.

L'un d'eux met l'accent sur la difficulté qu'ont les femmes pour faire comprendre à leur entourage que leur médecin traitant est capable de suivre une grossesse quand tous les journaux féminins prônent le recours au spécialiste.

- Il semble qu'ils suivent peu de femmes en grandes difficultés sociales que ce soit pendant la grossesse ou en dehors de cette période : environ dans chaque clientèle, 1 ou 2 femmes dans cette situation.

- Mode de suivi : les médecins font souvent la déclaration de grossesse, parfois ils suivent une partie de la grossesse jusqu'au 6^e mois, parfois ils effectuent des suivis en alternance avec le gynéco-obstétricien, celui-ci faisant les consultations en rapport avec la date des échographies avec les dépistages associés et de toute façon effectuant les dernières consultations réglementaires.

- Les liens avec les gynéco-obstétriciens se font en général en bonne entente et au choix des femmes, aucun n'ayant dit avoir de préférence pour telle ou telle maternité. Cependant peu de femmes vont d'elles mêmes vers la maternité ou les gynéco-obstétriciens de Figeac, le bassin de vie de Saint-Céré s'orientant plutôt vers Brive, m'ont-ils tous confirmé.

Les femmes les plus à l'ouest du secteur vont parfois sur la maternité de Gourdon.

A priori, il n'y aurait pas de niveau différent de compétence au niveau des spécialistes du secteur, seule parfois l'humeur de l'un fait partie des critères de choix pour les femmes.

Les médecins sont unanimes pour dire être rapidement prévenus de l'accouchement de leur patiente par lettre ou par appel téléphonique. La femme, de retour à domicile avec son enfant, possède souvent un mot d'explication de la maternité.

Aucun ne note de grosses difficultés pour faire hospitaliser leurs patientes en cas d'urgence. A condition bien entendu que cette hospitalisation soit médicalement justifiée, les maternités font leur possible pour accueillir les femmes.

- Le carnet de maternité est source chez 6 médecins d'énervernement car, si tous disent l'avoir rempli au début, tous sauf 1 se sont aperçus que les gynéco-obstétriciens ne s'en servaient pas et de ce fait en ont arrêté l'utilisation. Les relations avec les spécialistes se font donc principalement par téléphone ou lettre, la parturiente gardant les examens complémentaires⁷² avec elles.

- L'éloignement de la maternité est souvent cité par les femmes qu'ils suivent et fréquemment un sujet d'anxiété pour elles. Mais les médecins eux-mêmes aussi ont des

⁷² principalement biologiques et échographiques

craintes par rapport au risque d'accouchement inopiné car plusieurs n'ont jamais fait d'accouchement. La moitié de ces médecins a dû faire face durant sa carrière à un ou plusieurs accouchements ou menaces d'accouchement inopinés.

- Les relations avec la PMI sont très rares, mais tous les médecins connaissent ce service sans toutefois connaître les intervenants en dehors du médecin présent sur le secteur depuis longtemps. Il n'y a, à priori, aucune compétition entre les médecins généralistes et le médecin de PMI. Dans chaque clientèle, une ou deux femmes ont été orientées vers ces services ces dernières années.

- Par ailleurs, il est à noter peu ou pas de contact entre les médecins et le CPP. Certains ne connaissent même pas son existence, d'autres, ne sachant pas l'activité du centre, ne connaissent celui-ci qu'au travers de la présence d'une sage-femme éventuelle qu'ils n'ont jamais vue. Deux des médecins rencontrés ont déjà envoyé une parturiente pour surveillance de monitoring. Les médecins généralistes ont plutôt tendance à envoyer directement au gynéco-obstétricien des maternités en cas de besoin.

- 6 médecins sur 8 ne connaissent pas l'existence de l'association Atout-Naitre : l'un en a vaguement entendu parler, il a d'ailleurs une plaquette qu'il n'a pas retrouvée lors de l'entretien...l'autre a une patiente qui y est déjà allée sans qu'il ait eu de retour d'information.

- Les problèmes de la technicité reviennent régulièrement dans les propos. L'évolution des techniques et des dépistages leur pose des problèmes de prise en charge des femmes. Certains sont demandeurs de formation à ce niveau.

L'un des médecins a particulièrement insisté sur le côté relationnel de sa profession et n'a pas caché sa tristesse de voir évoluer la médecine uniquement d'un point de vue technique. Se pose également le problème des échographies en libéral : le radiologue de Saint-Céré refuse depuis peu de faire les échographies obstétricales en raison de l'augmentation récente, multipliée par 10, des primes d'assurances. Ceci a été confirmé par le gynéco-obstétricien libéral.

On voit ainsi qu'à l'avenir, hormis dans les gros cabinets de radiologie, les échographies de la grossesse ne seront pratiquées que par les professionnels de la périnatalité compétents pour cet acte.

- Tous disent suivre régulièrement les nourrissons, les pédiatres étant installés loin du secteur et les femmes se rendant vite compte que le pédiatre n'est pas joignable quand il y a urgence. Ils savent que certaines femmes voient le pédiatre une fois par an pour qu'il confirme que l'enfant va bien.

Tous les médecins rencontrés confirment que le pédiatre a un rôle de spécialiste auquel ils passent la main en cas de difficulté de diagnostic ou de soin ou de pathologie complexe, ils s'adressent alors plutôt au pédiatre hospitalier.

Certains pensent qu'il existe une certaine «rétention » des enfants par les pédiatres, ceci n'étant pas confirmé par la majorité des médecins généralistes rencontrés.

Le problème soulevé par rapport au service de pédiatrie de Brive avec lequel ils travaillent préférentiellement est le retard parfois important des lettres de sortie d'hospitalisation, le médecin voyant souvent l'enfant au retour de ce séjour sans avoir tous les renseignements. Il suffit alors d'appeler dans le service mais le pédiatre n'est pas toujours joignable.

4.2.2.3 Les entretiens avec les professionnels de la périnatalité.

4.2.2.3.1 La PMI

Sur la circonscription Souillac- Saint-Céré⁷³, un médecin effectue le suivi des femmes et de leurs enfants jusqu'à 6 ans.

Sur le secteur de Saint-Céré, des consultations de nourrissons ont lieu trois fois par mois (2 fois à Saint-Céré, 1 fois à Biars), auxquelles assiste la puéricultrice. Les consultations sont libres et les femmes de tout niveau intellectuel ou financier peuvent y aller, néanmoins une majorité des personnes reçues présente des difficultés sociales et financières.

Le médecin n'effectue pas de consultations de suivi de grossesse.

L'animation de la salle d'attente par une association paraît très appréciée.

La puéricultrice du secteur passe une fois par semaine dans les 2 services des maternités de Brive. La puéricultrice de Souillac y allant également en fin de semaine, quasiment toutes les femmes ayant accouchées sont ainsi vues. Les puéricultrices sont en contact étroit.

Les sage-femmes de Brive remplissent parfois une feuille de liaison pour la puéricultrice de Saint-Céré.

Le médecin et la puéricultrice de la PMI se basent également sur les déclarations de naissance (environ 85% sont reçues) et les certificats du 8^e jour reçus à la PMI, en particulier si la grossesse n'était pas connue. Elles les examinent avec l'assistante sociale du secteur lors de réunions dites de « tri PMI ».

La puéricultrice téléphone systématiquement aux femmes qui n'ont pu être vues à la maternité ou bien envoie une lettre pour expliquer l'aide que peut apporter le service.

Elle n'a pas de liens avec les maternités d'Aurillac et de Tulle, par contre avec la puéricultrice de Figeac, un système de fiches de liaisons fonctionne bien.

Il y a également un lien avec les puéricultrices du secteur de Gramat qui font maintenant partie d'une autre circonscription par suite du redécoupage du département par le Conseil Général.

⁷³ voir carte, annexe 4

La puéricultrice ne va à domicile que sur appel des mères, elle y va systématiquement si l'enfant a été hospitalisé ou s'il existe une inquiétude particulière.

La PMI intervient également sur demande des maternités ou des médecins traitants qui signalent une situation.

Enfin, elle peut intervenir si la femme est déjà connue par le service ou par les assistantes sociales en cas de facteurs de risque médicaux liés ou non à l'environnement psycho-social de la grossesse au titre de la prévention.

Les relations avec les médecins traitants sont assez rares mais ne semblent pas poser de problème.

Une fois par an, une réunion est proposée par le service de pédiatrie de l'hôpital de Brive associant les obstétriciens et à laquelle assistent les médecins et les puéricultrices de PMI du Lot et de la Corrèze.

Les médecins et les puéricultrices se rencontrent une fois par trimestre sur des thèmes précis le matin, l'après-midi étant réservée à des réunions concernant chaque profession, sous la responsabilité du médecin départemental.

Le problème principal est de dépister quelles sont les familles en difficulté. Pour cela, au moment du tri, les professionnels utilisent des critères qui ne sont pas spécifiques mais qui peuvent aider au dépistage :

- déclaration de grossesse tardive
- femmes de moins de 20 ans
- femme au foyer
- femme seule, sans conjoint
- femme isolée au niveau géographique
- situation précaire au niveau financier
- couple sans emploi...

Le fait de faire partie de l'équipe accueillante de l'association Atout-Naître permet de faciliter les coopérations avec les sage-femmes du CPP et les professionnels de la pédopsychiatrie.

Néanmoins, il manque tout de même sur le secteur de Saint-Céré une sage-femme de PMI qui pourrait effectuer les visites à domicile des femmes enceintes et des mères ainsi que leurs nouveau-nés dans le postpartum en complément des autres professionnels.

4.2.2.3.2 Le service des urgences de l'hôpital de Saint-Céré et l'accouchement inopiné.

La rencontre avec le médecin et la surveillante du service des urgences médicales de l'hôpital permet de rendre compte des difficultés que les professionnels peuvent rencontrer concernant la périnatalité.

Le service de chirurgie de l'établissement a fermé avant le service de maternité en 1996, le plateau technique actuel est donc relativement réduit sans chirurgien ni anesthésiste.

Normalement, aux urgences, travaillent un médecin PH temps plein et 3 assistants dont un a une expérience en obstétrique et les 2 autres pas du tout.

L'UPATOU⁷⁴ fait partie depuis 1996 de la fédération inter hospitalière Saint-Céré-Cahors, ce qui ne facilite pas les relations avec le CPP dont la maternité de référence est Figeac⁷⁵.

L'accouchement urgent dit « inopiné » survient le plus souvent chez des multipares qui n'ont pas le temps d'aller jusqu'à la maternité.

Bien entendu quand un accouchement urgent survient, qu'il est trop tard pour transférer la parturiente et lorsque la sage-femme est là, celle-ci vient aider les professionnels des urgences. Mais, en général, ces accouchements surviennent la nuit lorsque le CPP est fermé. La sage-femme n'est alors pas officiellement prévenue et le médecin référent du CPP n'est pas mis au courant.

En effet, le service des urgences dépend de l'hôpital de Saint-Céré et la fédération inter hospitalière n'a été créée que pour permettre une mobilité des praticiens des urgences de Cahors afin qu'ils puissent relayer leurs collègues de Saint-Céré en cas de besoin. Cette fédération a également pour but d'assurer une formation des praticiens du service de Saint-Céré par un système de gardes obligatoires sur Cahors.

Un problème majeur est celui du recrutement de médecins urgentistes sur Saint-Céré.

L'accouchement inopiné ne devrait pas être pris en charge sur l'hôpital de Saint-Céré car les conditions techniques ne sont pas prévues pour cela, néanmoins à titre exceptionnel, une telle possibilité existe et pose des problèmes spécifiques : pas de plateau technique, de chirurgien et d'anesthésiste, manque de formation des médecins urgentistes, absence de sage-femme la nuit, problème de la gestion simultanée de la mère et de l'enfant et tout cela dans le cadre d'un isolement par rapport aux autres structures chirurgicales ou de maternité (55 minutes de Brive, au moins 45 minutes de Figeac, 1h15 de Cahors).

Le plus souvent, les femmes sont transférées par le SMUR sur Brive ou Figeac.

En 2000, 2 accouchements inopinés et 3 jonctions pour menaces d'accouchement prématuré ont eu lieu.

En 2001, 1 accouchement inopiné et 7 menaces d'accouchement prématuré.

En 2001 également, le service des urgences a recensé plus de 10.000 passages pour 4 médecins assurant gardes et astreintes : il s'agit véritablement d'un service de proximité utile à la population.

En janvier 2002, 1 accouchement et 2 menaces d'accouchement prématuré ont été traités.

⁷⁴ Unité de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences.

⁷⁵ voir annexe 4

Les accouchements dans le véhicule sanitaire ne sont pas comptabilisés car le plus souvent il y a jonction avec le véhicule du SAMU de Brive et l'accouchement est déclaré au lieu de la délivrance, l'hôpital de Saint-Céré n'ayant pas, d'après ce qui a été rapporté, de retour de ce qui s'est passé.

Les médecins sont, par ailleurs, partants pour effectuer des formations dans le champ de la maternité.

4.2.2.3.3 La pédopsychiatrie.

La rencontre avec le médecin pédo-psychiatre du secteur de Saint-Céré a permis de mieux cerner les problématiques des liens parent-enfants. Les enfants qu'elle voit ont en général entre 3 et 7 ans lors de la première consultation. Le dépistage a souvent été fait au moment de l'entrée à l'école maternelle ou un peu plus tard quand le trouble a évolué.

Les parents amènent rarement d'eux-mêmes l'enfant en consultation, ils sont parfois envoyés par le médecin traitant mais le plus souvent c'est dans la structure scolaire que l'institutrice ou le réseau d'aide de l'éducation nationale fait le premier dépistage.

La plupart du temps, les parents viennent avec un enfant qui a un retard global des apprentissages après avoir fait tous les examens somatiques à la recherche d'une étiologie.

Lorsque les parents viennent d'eux-mêmes ou sont envoyés par le médecin traitant, le service de pédopsychiatrie fait en sorte de ne pas intervenir ou de ne pas en parler dans l'école.

Si les parents sont envoyés par l'école, le service de pédopsychiatrie peut éventuellement être en contact avec l'institutrice ou le psychologue du réseau de l'éducation nationale avec l'accord des parents.

Si l'enfant est plus âgé, au niveau du collège par exemple, le service ne prend aucun contact avec la structure scolaire, le plus souvent à ce moment-là, ce sont les parents eux-mêmes qui amènent l'enfant sans signalement par le collège.

L'association Atout-Naître peut aussi orienter les femmes avec leur nourrisson vers le service de pédo-psychiatrie.

En général, la pédo-psychiatre voit l'enfant et ses parents en première consultation, puis les oriente vers l'équipe du centre médico-psychologique pour effectuer un bilan. Dans un deuxième temps, une synthèse est faite avec les acteurs concernés et un diagnostic est évoqué avec une proposition de prise en charge qui est explicitée aux parents.

Lorsque le diagnostic de psychose infantile est envisagé, la prise en charge essaiera d'aider l'enfant à « coller » le plus possible à la réalité et à s'intégrer.

Dans tous les cas, l'importance d'un dépistage précoce des troubles relationnels avec un bébé trop calme ou au contraire hyperactif est évident car plus la prise en charge s'effectue tôt, plus l'enfant aura de chances d'évoluer favorablement, en dehors des cas très lourds.

Par ailleurs, l'aide peut également être apportée en cas de troubles alimentaires même très précoces ou de problèmes de sommeil qui ne doivent pas s'installer dans le temps sous peine d'évoluer défavorablement. Parfois quelques consultations suffisent à libérer la femme de son anxiété pour que les situations non fixées se dénouent rapidement. D'autres fois la prise en charge devra s'effectuer sur du long terme lorsque la mère et l'enfant vont mal ou lorsque les troubles sont déjà fixés dans la continuité.

Depuis peu, une initiative menée sur l'hôpital de Cahors intègre l'équipe de pédopsychiatrie de ce secteur à celle des pédiatres et des gynécologues pour essayer de mettre en place un système fiable de coopération. Sur le secteur de Saint-Céré, l'association Atout-Naître joue ce rôle, l'équipe de pédopsychiatrie étant intégrée aux réunions du lundi après-midi.

4.2.2.3.4 Les gynéco-obstétriciens et les surveillantes des maternités.

La gynéco-obstétricienne de Saint-Céré

Ce médecin, installée en libéral sur Saint-Céré, effectue normalement 2 demi-journées par semaine au CPP. Il est prévu qu'elle prenne bientôt en charge les consultations de planning familial dans le cadre de son travail dans le CPP en conventionnement avec le Conseil Général.

Elle travaille assez souvent avec ce centre pour la surveillance à domicile de grossesses à risque. Dans ce cas, elle fait passer aux sage-femmes une fiche issue de son dossier médical informatisé et les sage-femmes lui faxent en retour le monitoring. Elle ne remplit pas le carnet de maternité. Lorsqu'elle est sur l'hôpital de Brive, et à partir du 7^e mois en général, un dossier spécifique reste à la maternité. Le remplissage du carnet de maternité entraînerait trop de lourdeur administrative selon elle.

Elle suit à son cabinet les femmes jusqu'à la 37^e semaine puis effectue les consultations en alternance avec les consultations dans la maternité du choix de la patiente.

En cas de dépassement de terme, les parturientes sont vues tous les jours soit au CPP, soit en consultation au cabinet et l'autre jour dans le service de maternité.

Ce médecin confirme le manque de sage-femme dans le service de l'hôpital de Brive, 2 postes en effet seraient à pourvoir.

L'intérêt selon elle du CPP est qu'il limite les hospitalisations sur les maternités grâce aux possibilités de monitoring et de surveillance médicale à domicile.

Un autre système est en cours actuellement, la télémétrie ou auto-monitoring, les femmes installent elles-mêmes leur appareil et faxent le résultat directement à la maternité de Brive.

Les médecins de la maternité tiennent compte de l'éloignement des femmes avant de les laisser sortir et gardent plus longtemps celles qui allaitent (5 ou 6 jours).

Le dépistage psychologique est difficile lors des consultations. Le médecin ne prévient la PMI éventuellement qu'au coup par coup.

Il n'y a pas eu d'augmentation du nombre de lits de maternité sur l'hôpital ces 10 dernières années.

La surveillante de la maternité de l'hôpital de Brive.

Le service de maternité n'hésite pas à envoyer des patientes pour une surveillance à domicile au CPP, c'est même de plus en plus fréquent, ce qui est confirmé par l'augmentation des visites à domicile au niveau du CPP.

Les staff organisés depuis peu dans le service avec le service de pédiatrie permettent de dépister des femmes ayant des problèmes médicaux ou socio-psychologiques et d'étudier de concert la prise en charge la plus adaptée. Les sage-femmes du service sont déjà parfois sensibilisées par les assistantes sociales.

Les liens avec la PMI sont fréquents puisqu'une puéricultrice vient dans le service 2 fois par semaine. La maternité lui donne les certificats de santé du 8^e jour. Les sage-femmes font peu de fiches de liaison avec les puéricultrices du Lot, car celles-ci vont systématiquement voir les femmes dans leur chambre, ce qui n'est pas fait par les puéricultrices de la Corrèze. Lorsqu'une femme est suivie en alternance avec le médecin traitant, le médecin de l'hôpital lui envoie systématiquement un courrier de sa consultation. Dans les autres cas, le médecin généraliste n'est pas au courant du suivi de grossesse.

La pédiatrie qui regroupe 6 lits de néonatalogie⁷⁶ se trouve dans un pavillon différent de la maternité. Le projet est de réunir les 2 services. Actuellement, lorsque l'enfant est hospitalisé, la mère est transportée par les brancardiers d'un pavillon à l'autre. Si elle l'allaite, un système de tire-lait permet de continuer l'allaitement. Si la femme est sortante et que l'enfant est encore hospitalisé, il existe 2 lits dans le service de pédiatrie pouvant accueillir la mère.

Le sentiment de la sage-femme est qu'il y a une augmentation régulière du nombre de femmes qui allaitent. Le personnel du service a suivi ensemble une formation concernant l'allaitement, en 2001, permettant ainsi à chacun d'avoir le même discours et le même mode de prise en charge auprès de la femme.

Récemment, fin 2001, une personne du service a suivi une formation sur le thème des relations avec les parents en cas de décès de l'enfant.

Les relations avec la pédopsychiatrie sont de bonne qualité. Une psychologue du secteur de psychiatrie particulièrement intéressée par les relations précoces, intervenant facilement si on l'appelle. Il n'y a pas, par contre, de présence systématique dans le service, mais si une

⁷⁶ sans soins intensifs

femme est connue pour des antécédents psychiatriques, la psychologue est systématiquement invitée aux staff.

Un des gynéco-obstétriciens de la clinique St Germain à Brive.

La Clinique a toujours eu des patientes du secteur de Saint-Céré. Une augmentation globale des accouchements cette année était due à l'afflux des patientes d'un des médecins gynécologues de Brive décédé l'an dernier, aux dépens de l'hôpital. Le taux d'occupation des lits cette année a été proche de 100% avec une durée moyenne de séjour d'environ 5 jours.

Les contacts avec les sage-femmes du CPP sont assez fréquents de l'ordre de 1 à 2 par semaine.

Les déclenchements de travail sont parfois utilisés pour les femmes qui habitent loin de la maternité.

Une consultation d'anesthésie est prévue à la 34^e semaine.

Des sorties aux 3 ou 4^e jour sont de plus en plus fréquentes par manque de place, mais les femmes qui allaitent et les primipares sont préférentiellement gardées dans le service pendant 5 jours. Il y a fréquemment des discussions avec les sage-femmes qui estiment que les femmes ne doivent pas sortir trop tôt.

Il existe des périodes de « surbooking ».

Il n'y a pas eu d'augmentation du nombre de lits de maternité depuis très longtemps.

Peu de femmes sont en difficultés financières, celles qui vont à la clinique ont souvent des revenus correctes, quelques-unes ont la CMU.

Au niveau psychologique, ce sont les sage-femmes qui sont les plus attentives, mais les médecins insistent pour qu'avant leur sortie, les femmes puissent s'exprimer par rapport à l'accouchement pour diminuer leur anxiété et pour les soulager. Revivre ces instants permet de diminuer les problèmes psychologiques secondaires, a-t-il dit.

Une des difficultés est le manque de place fréquente pour les transferts des grossesses à risque ou des nouveau-nés par surpopulation des services de grossesse à risque et de néonatalogie. Avant les 2 décrets de 1998, la maternité gardait beaucoup plus de grossesses pathologiques.

Un des autres problèmes est le vieillissement des personnels médicaux, sur la clinique il y a 4 pédiatres dont 2 ont plus de 55 ans et 3 gynéco-obstétriciens dont un plus âgé, ils en cherchent un 4^e mais le recrutement est difficile, c'est une véritable inquiétude par rapport à l'avenir.

La surveillante du service de maternité de la Clinique St Germain à Brive.

Environ 11% des femmes qui accouchent viennent du secteur Nord du Lot.

Des fiches de liaison sont systématiquement faites pour les puéricultrices de PMI.

Un appel téléphonique à la PMI ou bien à l'assistante sociale est systématiquement effectué à la sortie de l'enfant s'il présente un petit poids, en particulier s'il y a allaitement avec un enfant de petit poids, si ce sont des jumeaux prématurés ou si le contexte familial est difficile.

Il existe des réunions de service une fois par trimestre mais pas de staff pendant lesquels on parle des dossiers, parfois des réunions de synthèse sont effectuées.

Un psychiatre libéral intervient au coup par coup si une femme a un traitement psychotrope, mais il n'y a pas de véritable modalité de dépistage des femmes en difficulté psychique.

Le carnet de maternité n'est pas rempli, il y a un dossier clinique informatisé dans l'établissement et les documents complémentaires sont donnés à la femme qui doit les conserver avec elle.

5 - ANALYSE ET PROPOSITIONS

La discussion autour de la prise en charge des femmes enceintes et des mères avec leurs nouveau-nés sur le secteur de Saint-Céré présente des particularités que nous allons décrire ici en prenant pour base les éléments qui ressortent après les entretiens que nous avons menés. L'idée est de présenter les points forts et les points faibles de la prise en charge des femmes et d'en tirer des propositions qui pourront être utilisées au niveau local. Des recommandations en lien avec la politique nationale actuelle pourront aussi faire partie de l'analyse de la situation locale afin d'améliorer le suivi et l'aide aux femmes dans le champ de la périnatalité à un niveau plus général.

5.1 Niveau local, secteur de Saint-Céré.

5.1.1 Les points forts autour de la périnatalité.

Après avoir entendu les différents intervenants, usagers et professionnels, il nous a paru intéressant de mettre en évidence les éléments positifs qui permettront de juger de l'efficacité du dispositif de soins.

Le CPP de Saint-Céré.

- 75% des femmes connaissent le CPP et 50% ont été à un moment ou à un autre prises en charge par cette structure.
- L'importance des visites à domicile dans les soins aux femmes présentant une grossesse à risque.
- La bonne coopération entre les sage-femmes du CPP et la gynéco-obstétricienne libérale de Saint-Céré surtout en ce qui concerne les prescriptions de surveillance des grossesses à risque.
- Les liens fréquents entre les sage-femmes du CPP et les sage-femmes des établissements de Brive.
- La disponibilité des sage-femmes du CPP.
- La participation aux gardes sur la maternité de Figeac par les sage-femmes de Saint-Céré, condition qui permet de maintenir une activité technique, qui évite au personnel du CPP de ne pas être déconnecté de la réalité des maternités et qui permet de resserrer les liens avec le personnel soignant de l'hôpital de Figeac.
- L'intérêt du CPP qui permet parfois d'éviter des hospitalisations pour surveillance, il peut être dans ce cas considéré comme une alternative à l'hospitalisation.

- Les relations fréquentes avec la PMI et la pédo-psychiatrie.
- Le rôle important des cours de préparation à la naissance dont les femmes sont très satisfaites.
- L'intérêt de mettre en place des consultations de planning familial au sein du CPP pour que chacun puisse facilement localiser ce service, en lien avec le Conseil général.
- L'investissement des sage-femmes qui font fonctionner cette structure.
- Le respect du libre choix des femmes concernant la maternité.

L'association Atout-Naître.

- Une très bonne appréciation des femmes qui ont participé aux réunions.
- L'intérêt d'un travail en collaboration, en multidisciplinarité, prouvant bien par là sa mission de coordination des acteurs.
- Des formations qui structurent le groupe et qui permettent au personnel de soin de s'exprimer de la même façon par rapport aux questionnements des femmes qui participent aux groupes de parole.
- Une volonté d'agir de tous les intervenants qui permet une progression dans les actions.

La PMI.

- La bonne connaissance, en général, du service par la population.
- Les visites en chambre à la maternité par la puéricultrice permettent un premier contact avec les mères facilitant les relations.
- Une bonne liaison avec les maternités.
- La participation des médecins et de la sage-femme du secteur de Cahors aux staff hebdomadaires de la maternité de Cahors, expérience qu'il conviendrait de développer.
- Une bonne gestion des modes de garde des enfants, assistantes maternelles et crèches, qui sont appréciés des femmes.

Les autres professionnels.

- La volonté d'agir du service de psychiatrie infanto-juvénile du secteur.
- Les bonnes relations médecins généralistes et gynéco-obstétriciens.
- La compétence reconnue par les médecins généralistes de tous les gynéco-obstétriciens du secteur.
- La présence des médecins aux accouchements à la clinique de Brive.
- Les staffs réunissant gynéco-obstétriciens et pédiatres à l'hôpital de Brive.

- La mise en place du pôle mère-enfant à l'hôpital de Brive.
- Pas d'incitation aux sorties précoces après l'accouchement tant qu'il n'y a pas de service pouvant assumer les soins du postpartum à domicile.
- Le personnel des maternités, en général, très apprécié.
- L'accueil des parturientes en hospitalisation même urgente.
- Le respect du libre choix de la maternité pour les femmes.
- Les suivis fréquents de nourrissons par les médecins généralistes.
- Le bon taux d'analgésie.
- Des césariennes et des déclenchements effectués à juste titre, d'après les éléments que nous avons.
- Un suivi des grossesses correct pour les femmes interrogées (en nombre de consultations)
- Un faible taux de prématurité.

5.1.2 Les points à améliorer.

Ces points sont ceux pour lesquels une réflexion au niveau local en multipartenariat doit être engagée afin de mettre en place des solutions adaptées.

Le CPP

- L'information auprès des médecins généralistes doit être développée.
- L'amélioration de la coordination avec les médecins de l'hôpital de Figeac et de l'investissement de ceux-ci dans la structure.
- La mise en place conjointe avec la maternité de référence de protocoles, de formations conjointes (dépistage psychologique, allaitement...) et de réunions d'équipe systématisées avec les autres sage-femmes.
- La coopération avec le service des urgences de l'hôpital de Saint-Céré principalement en terme de communication.
- L'amélioration des conditions des consultations des gynéco-obstétriciens en lien avec les sage-femmes du CPP qui devraient s'effectuer dans les locaux du CPP avec une gestion sur place des dossiers médicaux, comme cela s'effectue au CPP d'Issoudun.
- Améliorer la lisibilité des horaires des consultations médicales.
- Remettre en place des consultations de pédiatrie, conformément au cahier des charges du CPP, au besoin en faisant appel à un établissement de Brive et recentrer les consultations du gynéco-obstétricien de Saint-Céré sur le CPP.

- Coordonner l'utilisation de l'échographe de l'hôpital de Saint-Céré entre la radiologue et les obstétriciens de Figeac.
- L'agrandissement des locaux pourraient permettre d'accueillir les consultations et continuer à accueillir les réunions de l'association Atout-Naître.
- L'amélioration des conditions de gestion de l'accueil et des rendez-vous, éventuellement par le financement d'un poste à temps partiel d'aide-soignante qui pourrait dans le même temps s'occuper de l'archivage et seconder les sage-femmes.
- Mettre en place un poste informatique pour permettre une meilleure gestion des dossiers, des rendez-vous, des archives et des bilans.
- Ne pas valoriser outre mesure les actes de rééducation périnéale qui peuvent être effectués par d'autres professionnels en dehors du CPP aux dépens des visites à domicile et des suivis de grossesse.
- Mettre en place une véritable politique en faveur de l'allaitement maternel qui semble, malgré l'impression générale, être moins développé dans ce secteur par rapport aux données nationales et maintenir l'aide après le retour à domicile.
- Mettre en place des cours de préparation à l'accouchement à domicile pour les quelques femmes qui sont dans l'impossibilité de se déplacer.
- Prévoir un bilan annuel qui ne soit pas uniquement un bilan de l'activité du centre mais qui puisse être l'objet d'une réflexion des professionnels autour de projets en fonction des besoins objectifs de la population.
- Enfin, un dernier point : faire en sorte que le temps de sage-femme soit effectivement mis en place (1,5 ETP au lieu de 0,8+0,5 ETP actuellement)

L'association Atout-Naître.

- Améliorer l'information auprès des femmes et des médecins.
- Elargir les horaires pour permettre aux femmes qui travaillent le lundi de participer aux groupes de parole.
- Rechercher un local plus adapté au sein du CPP si possible.

La PMI

- Mettre en place une véritable politique en faveur de l'allaitement maternel en coordination avec le CPP si possible.
- Effectuer des visites à domicile systématiques dans le cadre du postpartum pour toutes les primipares quel que soit le niveau socio-culturel de la femme.

- Une sage-femme de PMI sur le secteur nord du Lot permettrait des suivis à domicile de grossesses en partenariat avec les sage-femmes du CPP et du postpartum précoce.
- Favoriser le développement d'aides à domicile pour le retour à domicile des femmes qui viennent d'accoucher, parfois en grande difficulté.

Les autres professionnels

- Favoriser l'utilisation du carnet de maternité qui permettrait à la femme enceinte d'avoir tous les renseignements médicaux la concernant avec elle, en cas d'urgence lors des consultations auprès de son médecin généraliste ou lors de ses déplacements.
- Favoriser le retour d'information du service des urgences vers le CPP et la maternité référente et de Brive vers le service des urgences lorsqu'une parturiente est transférée.
- Mettre en place une formation spécifique pour les médecins urgentistes de l'hôpital de Saint-Céré, même si l'accouchement inopiné est une éventualité rare.
- Veiller à la bonne coopération entre les établissements en surveillant les transferts qui devraient s'effectuer (mère et/ou nouveau-né), dans le cadre de la complémentarité de l'offre de soins préconisée par le réseau MATERMIP.
- Mettre en place une aide psychologique adaptée lorsqu'il est prévu une amniocentèse pour anomalie biologique ou/et échographique.
- Mettre en place une véritable politique de dépistage des femmes en situation psychique difficile dans les établissements et lors des consultations prénatales en raison de l'importance des dysfonctionnements des interactions précoces pour l'avenir de l'enfant⁷⁷.
- Vérifier la bonne gestion du nombre de sage-femmes qui paraissent être en sous-effectif dans certaines maternités.
- Proposer des formations sous forme d'enseignement post universitaire concernant la technicité du suivi de grossesse pour les médecins généralistes qui le souhaitent.

⁷⁷ « la prévention des troubles psychiques chez l'enfant et l'adolescent : quand faut-il intervenir ? », Boshi R., 2000

5.2 Au niveau national.

L'importance des structures de soins primaires a été rappelé par le Pr Lévy lors de la journée nationale des CRN, le CPP de Saint-Céré en est un bon exemple car, malgré ses imperfections, il est évident qu'il rend un grand service aux femmes et doit servir d'exemple aux établissements qui n'ont pas prévu de mettre en place une telle structure après la fermeture de leur service de maternité.

Ces CPP permettent, surtout en milieu rural, des suivis de grossesse de bonne qualité et font parfois office d'alternative à l'hospitalisation.

Les endroits où ce type de prise en charge n'a pas été mis en place, surtout dans des secteurs géographiques éloignés des maternités, sont en difficulté et l'égalité dans l'accès aux soins ne semble alors pas respectée⁷⁸, les femmes et les nouveau-nés pouvant en pâtir comme cela se passe sur le secteur de Font Romeu dans les Pyrénées Atlantiques.

Veiller à la pérennité des CPP par la mise en œuvre de financements ciblés pour les structures qui n'ont pas encore d'aide publique, inquiétude par rapport au CPP de Lunel.

L'expérience d'une association comme Atout-Naître doit pouvoir être développée car elle permet le dépistage des jeunes parents en difficulté psychique et permet de résoudre beaucoup de soucis quotidiens qui sont parfois à la base de pathologies plus chroniques s'ils s'installent dans la continuité (troubles de l'alimentation, troubles du sommeil, anxiété exacerbée etc...)

Le dépistage au sein des maternités par les sage-femmes et les médecins des personnes à risque de trouble psychique doit être développé par des actions de formation des personnels. Par ailleurs, l'intervention des équipes de pédo-psychiatrie dans les services de maternité mérite d'être étendue à tous les établissements comme cela commence à se mettre en place sur l'hôpital de Cahors.

La coordination doit être favorisée de manière encore plus intense qu'ailleurs dans les petites structures comme les CPP qui ne peuvent bien fonctionner que si tous les correspondants participent à leur action en faveur de la mère et de l'enfant⁷⁹.

Le problème de la démographie des médecins, professionnels de la périnatalité, et des sage-femmes est encore plus aigu dans un milieu à faible population. Les mesures en cours actuellement seront-elles suffisantes pour éviter la pénurie des professionnels ? Une solution serait de favoriser le suivi des grossesses sans pathologie par les sage-femmes des CPP, ce qu'elles ne font pas actuellement sur Saint-Céré et par les médecins généralistes mais la publicité actuelle faite dans tous les journaux ne va pas dans ce sens.

⁷⁸ Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé, soins et proximité.

⁷⁹ Pr Levy

Le nombre de places en hospitalisation spécialisées pour les grossesses à risque et la néonatalogie semble poser des problèmes aux médecins qui envoient ces patientes en hospitalisation. Une augmentation des lits, même si elle n'est pas d'actualité sera peut-être à envisager dans un proche avenir.

Les sorties précoces après un accouchement ne peuvent se concevoir sans un cadrage précis avec des soins de suite bien établis⁸⁰, l'avenir est peut-être à imaginer de cette façon mais une véritable politique de suivi, d'aide à domicile éventuellement dans le cadre de l'hospitalisation à domicile est à prévoir avant que cette façon de faire ne se développe.

Les soins liés au postpartum doivent être développés comme le dit le Pr Mattei en favorisant les alternatives à l'hospitalisation en maternité soit par le développement des aides et des suivis à domicile soit par la création de maisons maternelles ou la mise en place de lits d'hospitalisation du postpartum dans le cadre de CPP comme ce qui se fait au CPP de l'Arbresle en ciblant précisément les besoins, ce qui n'est pas prévu dans les décrets d'octobre 1998.

Favoriser les actions de suivi à domicile par les sage-femmes des services de maternité lorsqu'il existe une pénurie de sage-femmes libérales ou de PMI sur un secteur géographique, comme cela s'effectue à l'hôpital de Tulle.

La reconnaissance au niveau tarifaire des actes de suivi du postpartum par les sage-femmes est en cours de réflexion au niveau national.

Une politique en faveur d'une diminution du temps de travail au moment de la reprise d'activité après un accouchement pour les femmes qui le désirent pourrait favoriser les liens mère-enfant en diminuant l'anxiété liée à cette étape et en laissant à la femme et à l'enfant un temps supplémentaire d'adaptation à la situation.

Une attention particulière doit être portée à la problématique des soins en milieu rural, peu étudiée, qui est celle de l'isolement, du manque d'information et de formation des populations⁸¹.

Enfin, une véritable politique en faveur de la natalité devrait permettre une certaine souplesse dans les possibilités financières et favoriser les expériences innovantes.

5.3 Le rôle du MISP.

La coordination entre les acteurs dans le domaine de la périnatalité est un point important sur lequel le MISP peut avoir une action en favorisant les rencontres, en mettant en œuvre les réglementations, en impulsant une volonté d'échanges.

⁸⁰ recommandations de l'association des pédiatres québécois, annexe 5

⁸¹ "la santé de l'homme", V. Halley Des Fontaines, 1998.

Il est un acteur central de la coordination lors des contrats d'objectifs et de moyens que les établissements doivent passer avec l'ARH en favorisant la réflexion des acteurs sur des projets d'établissements réalistes en fonction des préconisations des SROS.

Il a un rôle de conseil auprès des établissements et peut soutenir des projets locaux en mettant en avant sa connaissance des besoins en santé publique, par ailleurs il peut aider par un soutien méthodologique des innovations locales utiles pour la population afin d'obtenir des financements adéquats.

Il peut jouer un rôle dans les coopérations entre les services décentralisés de l'état et le Conseil général en replaçant les objectifs discutés dans une optique de santé publique.

Sa mission dans le domaine du respect de la qualité, la sécurité et la continuité des soins doit le conduire à faire respecter la réglementation et ses compétences techniques doivent pouvoir être entendues pour améliorer la situation des soins.

Son avis technique quant aux risques de la mise en place de dispositifs inadaptés, sorties précoces sans service de suite approprié, restructurations d'établissements sans souci des besoins locaux dans un unique but financier, non respect de procédures approuvées par les experts...lui permet de recadrer certaines situations.

Dans le cadre de la périnatalité, son écoute quant à la remontée des besoins des populations et des dysfonctionnements existants doit lui permettre de participer activement à une politique en faveur de la mère et de l'enfant.

L'implication dans des groupes de travail relatifs aux politiques nationales de santé, démographie médicale, problématique santé en milieu rural, alternatives à l'hospitalisation, volet périnatal des SROS... est un moyen de faire entendre la voix des usagers des dispositifs de soins.

CONCLUSION

La fermeture d'une petite maternité dans une zone géographique à faible densité de population est toujours problématique dans la mesure où elle s'accompagne souvent d'une incompréhension de la population locale.

Néanmoins, la mise en place d'une structure de soins primaires pouvant assurer les prises en charges pré et postnatales participe à la continuité des soins et doit s'effectuer en collaboration avec les professionnels qui interviennent dans le secteur.

L'objectif de ce mémoire était de mettre en parallèle les résultats d'une enquête effectuée au niveau local avec les possibilités de soins offertes par un centre périnatal de proximité.

Les résultats ont été analysés à la lueur des avis et recommandations d'experts nationaux et de dispositifs locaux expérimentés dans d'autres régions.

Les enjeux de santé publique de ce travail sont multiples et concourent à une meilleure prise en compte des attentes et des besoins des usagers du dispositif de soins.

Les notions de soins de proximité, de prévention, d'aide à la parentalité sont au cœur du sujet. Les fils conducteurs sont d'ordre public, ils emmènent la réflexion tout au long du mémoire autour des deux préoccupations que sont la santé de la mère et celle de l'enfant dans une période cruciale pour ces deux êtres intimement liés l'un à l'autre.

Nous pouvons ainsi reprendre les hypothèses émises de la façon suivante:

- Le suivi de la grossesse est bien pris en charge.

Le taux de couverture du CPP, le suivi des grossesses à risque par les visites à domicile, le développement de l'activité de la structure montrent bien l'aide apportée par ce dispositif de soins .

L'enquête qualitative permet de noter des suivis de bonne qualité et l'enquête quantitative des taux bas de prématurité et d'hypotrophie fœtale.

- L'impact psychologique et socioprofessionnel de la fermeture de la maternité n'est pas bien pris en compte.

Si l'anxiété des femmes par rapport à l'éloignement du lieu d'accouchement existe bien, un dépistage des difficultés sociales est déjà en place au niveau du CPP et des maternités grâce à la coordination des différents partenaires.

Une prise de conscience autour de la parentalité commence à émerger avec la mise en place d'interventions plus systématisées des professionnels de la pédopsychiatrie dans les services de soins.

Quant à l'activité professionnelle des femmes enceintes, il semble y avoir un nombre non négligeable d'arrêts de travail plus prolongés que les six semaines réglementaires du congé prénatal.

- Il existe des besoins non satisfaits.

L'analyse de l'organisation du dispositif de soins périnatal fait apparaître des défauts de coordination entre les acteurs qui pourraient facilement être levés par la mise en place d'actions locales et d'information auprès des médecins du secteur.

Par ailleurs des actions plus ciblées répondant aux attentes formulées par les femmes ou les professionnels locaux sont possibles et doivent être proposées aux populations qui fréquentent le centre (actions en faveur de l'allaitement maternel, cours de préparation à l'accouchement à domicile pour les femmes au repos strict, aide psychologique ponctuelle pour les mères en attente d'amniocentèse ...).

Le rôle d'une structure de soins primaires comme un centre périnatal de proximité ne saurait être remis en cause en raison de l'utilité de son action reconnue par les usagers de ce service.

Les missions du médecin de santé publique sont, dans ce cadre, de veiller à la continuité des soins, à leur qualité et à la coordination des professionnels œuvrant en faveur de la population.

Des améliorations sont à apporter au dispositif local mais l'importance de l'enjeu doit pouvoir motiver l'énergie que chacun mettra à lutter pour une meilleure prise en compte des attentes et des besoins des familles, dans le cadre de la politique nationale en faveur de la mère et de l'enfant.

Bibliographie

OUVRAGES.

- 1- BOSHI R. *La prévention des troubles psychiques chez l'enfant et l'adolescent. Quand faut-il intervenir ?* Collection Technologie de l'action sociale, Paris, janvier 2000.
- 2- BYDLOWSKI M., CANDILIS D. *Psychopathologie périnatale*. Monographies de psychopathologie. Presses universitaires de France, Paris, novembre 1998.
- 3- DAYAN J. *Psychopathologie de la périnatalité*. Collection les âges de la vie, éditions Masson, octobre 1999.
- 4- La Protection Maternelle et Infantile. *Recueil de textes*. 2^o édition, édition Berger-Levrault, Paris, juin 1998.
- 5- L'état de la France 2001-2002. *Un panorama unique et complet de la France*. Éditions la découverte, mai 2001.
- 6- MATTEI J.F. *Santé sociale : ces absurdités qui nous entourent*. Collection Conviction, éditions Anne Carrière, Paris, octobre 2001.
- 7- SOUTOUL J.H., SEGUIN C.. *La sage-femme face aux juges*. Les professions de santé face à la justice Ellipses, Paris, 1996.

MEMOIRES.

- 8- CARADEC A. *Impact d'une mise en réseau entre structures de soins dans le département de la Charente. Une illustration : les complémentarités en gynécologie-obstétrique*. Mémoire de formation d'inspecteur des affaires sanitaires et sociales, promotion 1993-1995, École nationale de santé publique.

- 9- DANZON A. *De l'état planificateur aux réseaux d'acteurs. La politique de santé en faveur des femmes enceintes et des nouveau-nés au prisme des territoires (Côtes d'Armor et Ille et Vilaine)* DEA « Action publique et territoires en Europe ». Année universitaire 1999-2000. Institut d'études politiques de Rennes.
- 10- DEVELAY A. *Évaluation du dispositif de consultations avancées en gynécologie-obstétrique du département de l'Indre. Perspectives d'évolution.* Groupe Image : École Nationale de Santé Publique, mars 1999.
- 11- Mémoire inter professionnel. *Les femmes peu ou pas suivies pendant la grossesse.* MIP 1995, École nationale de santé publique.
- 12- MORISSET P. *L'hôpital à l'heure de la restructuration de ses activités cliniques : enjeux médico- économiques et réalités contingentes. L'exemple de la mise en place d'une sortie précoce des parturientes à la maternité Boucicaut (AP-HP).* Mémoire d'Élève Directeur d'Hôpital 3^e classe : École Nationale de Santé Publique, décembre 1994.

RAPPORTS

- 13- Agence régionale de l'hospitalisation Midi-Pyrénées. *Sécurité de la naissance. Rapport d'étape.* septembre 1997.
- 14- Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. *Indicateur statistique : résultats 1999.* 25^e édition, décembre 2000.
- 15- Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé. *Les soins de proximité : une exception française ?* Biblio n° 1354, juillet 2001.
- 16- Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec. *Évaluation des risques et bénéfices du congé précoce en post-partum.* CETS, décembre 1997.
- 17- Direction de l'action sociale. Sous la direction de D. HOUZEL. *Les enjeux de la parentalité.* Ministère de l'emploi et de la solidarité Éditions Erès, 1999.
- 18- Direction générale de la santé. *L'hospitalisation à domicile en France, bilan et propositions.* MAURY Brigitte. Bureau EO2, mai 2000.

- 19- Direction générale de la santé. *Mortalité maternelle*. DGS, bureau de la qualité du système de santé, juillet 2001.
- 20- Haut comité de santé publique. *La santé en France 2002*. Janvier 2002.
- 21- Haut comité de santé publique. *La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance. Pour un nouveau plan périnatalité*. Janvier 1994.
- 22- Institut national de la statistique et des études économiques. *Recensement de la population 1999*. INSEE.
- 23- Institut national de la santé et de la recherche médicale. *Enquête nationale périnatale 1998*. BLONDEL B., NORTON J., MAZAUBRUN du C., BREART G, Unité de recherches épidémiologiques sur la santé des femmes 11-149.

REVUES.

- 24- Cahiers de sociologie et de démographie médicale. *Évaluation comparative des maternités en Auvergne : de la planification à la contractualisation*. GERBAUD L. , XXXVIII° année, n°4, octobre- décembre 1998, pp 297-317.
- 25- Courrier juridique des affaires sociales. *Dossier réforme en santé périnatale*. N° 18, janvier 1999.
- 26- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. *Annuaire des statistiques sanitaires et sociales 1999*. Etudes et statistiques, la documentation française.
- 27- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. *Les maternités de 75 à 96*. Études et résultats, n° 21, juillet 1999.
- 28- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. *Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 99*. Études et statistiques, la documentation française.

- 29- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. *A situation périnatale en France en 1998. Études et résultats*, n° 73, juillet 2000.
- 30- HCSP. Actualité et dossier en santé publique. *Dossier : Santé publique et aménagement du territoire*. Revue trimestrielle du Haut comité de santé publique, pp 23 à 27.
- 31- Hospitalisation nouvelle. *Dossier l'hospitalisation à domicile*. N° 283, décembre 2000.
- 32- Journal de santé publique. *Ruralité et santé*. La santé de l'homme. HALLEY DES FONTAINES V., n° 333, mars 1998, pp III-VIII.
- 33- La revue du praticien. Médecine générale. *Quelles difficultés à l'arrivée d'un bébé ?* Tome 13 n° 474, 25 octobre 1999, pp 1665-1668.
- 34- La revue du praticien. Médecine générale. *Surveillance de la grossesse : que font les médecins généralistes ?* Tome 13 n° 447, 1111° février 1999, pp 169-172.
- 35- La revue du praticien. Santé publique. *Protection prénatale*. PR LE COUTOUR X. 2001, n° 51, santé publique B 265, pp 1481-1487.
- 36- La revue des SAMU 2000. *Accouchement à domicile : prise en charge*. CHABERNAUD J.L. pp 110-114.
- 37- Le concours médical. *L'évaluation de la qualité des soins I et II*. GERBAUD L., 14 décembre 1996, 118-42 et 118-43.
- 38- L'information psychiatrique. *Pratique de réseau en psychiatrie périnatale*. LIBERT M. n°1, janvier 2001, pp 13-17.
- 39- Revue de gynécologie. *Pour une politique de la médecine périnatale en France*. PR PONTONIER G., tome 4, n° 10, décembre 1995, pp 391-398.

LOIS ET DECRETS.

- 40- Commissions régionales de la naissance
Arrêté du 8 janvier 1999

Circulaire 394 du 6 juillet 1999

41- Hospitalisation à domicile :

Loi hospitalière n° 70-1318 du 31 décembre 1970

Décret du 2 octobre 1992

Art. D 712-35 à 39 du CSP

42- Loi contre l'exclusion (PRAPS) :

n° 98-657 du 29 juillet 1998

43- Loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

n° 2002-303 du 4 mars 2001

44- Maternité :

Décret n° 98-899 et 98-900 du 9 octobre 1998

45- Rôle et missions de la PMI :

Art. L146 à L 150 du Code de Santé publique

Décret n° 92-785 du 6 août 1992 relatif à l'organisation de la PMI

46- Rôle des sage-femmes :

Art. L 369 et L 374 du CSP

Loi n° 82-413 du 19 mai 1982

Arrêtés du 17 octobre 1983, du 17 octobre 1985, du 3 octobre 1988, du 10 octobre 1989

Décret n° 91-779 du 8 août 1991 relatif au code de déontologie des sage-femmes

47- Réseau de soins

Circulaire DH/EO n°97-277 du 9 avril 1997

Liste des annexes

- 1- Liste des personnes rencontrées.
- 2- Les 16 mesures pour la périnatalité du plan national périnatalité de 1995.
- 3- Carte du Lot représentant l'attractivité des établissements sanitaires en 1998, vécue par les communes . **(annexe non fournie par l'auteur)**
- 4- Cartes du Lot représentant les établissements sanitaires et la densité de population. **(annexe non fournie par l'auteur)**
- 5- Le congé précoce, recommandations de l'association des pédiatres québécois.
- 6- Un exemplaire du certificat du 8^o jour **(annexe non fournie par l'auteur)**
- 7- Les certificats du 8^o jour, étude comparative des enquêtes périnatalité de 1995 et 1998, de l'étude Fiesta, de l'étude premier semestre 2001 et de l'échantillon de femmes choisi.
- 8- Guide d'entretien pour les femmes.
- 9- Les entretiens des femmes rapportés thème par thème.
- 10-Guide d'entretien pour les médecins généralistes.

Annexe 1

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES.

Entretiens téléphoniques

- 1- Médecin inspecteur en charge de la périnatalité en Languedoc Roussillon
- 2- Sage-femme faisant partie de la CRN en Languedoc-Roussillon
- 3- Sage-femme surveillante de la maternité de l'hôpital de Tulle
- 4- Sage-femme surveillante de la maternité de l'hôpital de Brive
- 5- Surveillante du service de néonatalogie de Brive
- 6- Sage-femme surveillante de la maternité de la clinique de Brive
- 7- Sage-femme surveillante de la maternité de la clinique Clémentville

Entretiens

- 1- Le médecin inspecteur régional en charge de la périnatalité en Midi-Pyrénées
- 2- Le médecin chargé de mission auprès de l'ARH Midi-Pyrénées
- 3- Le médecin pédo- psychiatre du secteur
- 4- Le médecin urgentiste de l'hôpital de Saint-Céré
- 5- Le médecin PMI du secteur
- 6- Le médecin PMI départemental
- 7- La puéricultrice du secteur
- 8- Une des assistantes sociales du secteur
- 9- Les sage-femme du CPP
- 10- Le directeur de l'hôpital de Saint-Céré
- 11- La sage-femme chef de circonscription du secteur de Font Romeu
- 12- Les 4 médecins gynéco-obstétriciens sur Brive, Figeac, Cahors, Saint-Céré
- 13- 8 médecins généralistes des cantons de Saint-Céré, Bretenoux, Gramat, Vayrac
- 14- Les 20 femmes échantillonnées.

Annexe 2

SEIZE MESURES POUR LA PERINATALITE

A- PRIORITE 1 : Accroître la sécurité lors de l'accouchement.

Mesures n°1 et 8 : Elaborer des normes minimales opposables de sécurité.

Mesure n°2 : Impulser une politique régionalisée favorisant la mise en réseau des divers acteurs et établissements concernés.

B- PRIORITE 2 : Améliorer le suivi de la grossesse

Mesure n°3 : Responsabiliser les femmes enceintes en les informant.

Mesure n°4 : Réduire le nombre de femmes ayant moins de 3 consultations pendant la grossesse

Mesure n°5 : Améliorer la qualité de la surveillance de la grossesse

Mesure n°6 : Améliorer la qualité des échographies obstétricales.

C- PRIORITE 3 : Améliorer les soins aux nouveau-nés

Mesure n°7 : Améliorer l'efficacité des techniques de réanimation à la naissance.

Mesure n°8 : Rendre obligatoire la présence d'astreinte ou d'un pédiatre.

Mesure n°9 : Eviter les transferts inutiles en pédiatrie.

Mesure n°10 : Valoriser le rôle des pédiatres en maternité.

D- PRIORITE 4 : Humaniser les conditions de l'accouchement.

Mesure n°11 : Lutter contre la douleur au cours de l'accouchement.

Mesure n°12 : Limiter la séparation mère-enfant

E- PRIORITE 5 : Evaluer la politique suivie.

Mesure n°13 : Renforcer le rôle des commissions techniques consultatives de la naissance.

Mesure n°14 : Mettre en place un système d'expertise des cas de mort maternelle.

Mesure n°15 : Améliorer la connaissance épidémiologique des causes de décès néonataux.

Mesure n°16 : Pouvoir disposer à intervalles réguliers d'indicateurs de santé fiables et actualisés dans le domaine périnatal.

Annexe 5

CONGE PRECOCE, RECOMMANDATIONS DE L'ASSOCIATION DES PEDIATRES QUEBECOIS.

1) Critères de sélection des candidats au congé précoce

- 1- grossesse et accouchement sans complication
- 2- capacité de la mère à assumer la responsabilité de son nouveau-né, habileté démontrée, capacité à évaluer l'état de l'enfant
- 3- les membres de la famille doivent assister à des cours prénatals pour pouvoir seconder la mère
- 4- le bébé doit être né à terme, de poids approprié, normal à l'examen clinique
- 5- le bébé doit avoir une bonne succion et avaler normalement
- 6- un rendez-vous pour une évaluation médicale dans les 48h après le congé précoce doit être donné
- 7- il doit exister une possibilité de soins continus
- 8- des examens de laboratoire doivent pouvoir être effectués

2) Paramètres de suivi.

- 1- un examen physique et une évaluation par un médecin au 2^o ou 3^o jour de vie
- 2- une révision et une évaluation des résultats des tests biologiques
- 3- un prélèvement de sang pour les maladies métaboliques
- 4- un plan pour la continuité des soins.

Annexe 7

RESULTATS DES CERTIFICATS DU 8° JOUR

Comparaison des études de 1995, 1998, Fiesta, 2001 et échantillon en pourcentage

Pour quelques variables, nous avons également les chiffres issus des certificats du 8° jour pour l'année 2000 au niveau national (DREES 24/01/02)

Les résultats sont obtenus en pourcentages.

1) Commune de naissance.

	FIESTA		2001		échantillon	
Brive	47,3		71,3		68	
Figeac	7,9	31,5%	8,3	28,7%	8	32%
Gourdon	13,1		9,3		20	
Aurillac	2,1		5,6		4	
Autre	8,4		5,5		0	
Saint-Céré	21,2					

2) Canton de domicile.

	FIESTA	2001	échantillon
Saint-Céré	17,7	24,1	36
Bretenoux	19,5	35,3	16
Sousceyrac	3,4	4,7	8
Vayrac	11,4	11,1	8
Gramat	18,1	23,1	28
Martel	10,7	1,8	0
Souillac	19,1		

3) Eloignement.

	1998	2001	échantillon
<30 min	89,9	0	0
<45 min		22,2	28
31-60 min	9,3		
45-60 min		42,6	32
>60 min	0,8	35,2	40

4) Age.

	1995	1998	2001	échantillon
< 25 ans	21,4	17,6	14,8	16
25- 35 ans	66,1	67,6	67,6	68
>35 ans	12,5	14,7	12	12
NSP			5,6	4

En 1998, en Midi-Pyrénées, le taux de femmes enceintes de plus de 35 ans était de 15,4%

5) Profession de la mère.

	FIESTA	2001	échantillon
1-2-3-4	19,6	24,1	24
5-6	42,3	47,3	48
8	27,2	20,4	24
NSP	11	8,3	4

En 1998, 58,1% des femmes exerçaient une profession pendant leur grossesse,
24,7% des femmes étaient au foyer

6) Nombre d'accouchements avant la grossesse en cours.

	1995	FIESTA	1998	2001	échantillon
aucun	41,5	43,1	42,8	43,5	48
1	34,7	35,4	33,3	38	48
2	14,9	12	15,3	7,4	4
3 ou plus	8,9	4,2	8,6	2,8	0
NSP		5,3		8,3	0

7) Nombre de consultations prénatales.

	1995	FIESTA	1998	2001	échantillon
<7	9,5	14,3	9,7	14,8	16
>ou =7	90,5	52,2	90,3	62,1	64
>NSP		33,5		23,1	20

En 1998, en Midi-Pyrénées, le taux de femmes ayant eu moins de 7 consultations prénatales était de 9,7%.

8) Préparation à la naissance.

	1995	FIESTA	1998	2001	échantillon
oui	39	23,2	43	21,3	24
non	59	61,5	54	37	32
NSP		15,3		41,7	44

9) Nombre d'échographies.

	1995	FIESTA	1998	2001	échantillon
<3	9,6	4,2	3,7	0,9	4
3 ou plus	90,4	46,7	96,3	75	80
NSP		49,1		24,1	16

10) Hospitalisation pendant la grossesse.

	1995	FIESTA	1998	2001	échantillon
oui	19,9	14	21,6	14,8	12
non	80,1	84,2	78,4	75	84
NSP		1,8		10,2	4

En 1998, en Midi-Pyrénées, 19,4% des parturientes ont été hospitalisées.

11) Age gestationnel en semaines d'aménorrhée.

	1995	FIESTA	1998	2000 (France)	2001	échantillon
<37 Sem.	5,9	4,6	6,8	5,7	0,9	0
37 ou plus	94,1	90,9	93,2		88	96
NSP		4,5		16	11,1	4

En 1998, en Midi-Pyrénées, 3,9% des enfants sont nés à moins de 37 semaines.

12) Mode de naissance.

	1995	FIESTA	1998	2000 (France)	2001	échantillon
voie basse	70	61,9	70		60,2	64
extraction	14,1	14,3	12,5		13	20
césarienne	15,9	18	17,5	16,6	12	12
NSP		5,8		13	14,8	4

En 1998, en Midi-Pyrénées, le taux de césarienne était de 14,2%.

13) Analgésie.

	1995	FIESTA	1998	2001	échantillon
non	38,4	17,6	29,5	24,1	20
péridurale	48,6	34,6	58	54,6	64
autre	13	7,6	12,5	7,4	12
NSP		40,2		13,9	4

14) Transfert du nouveau-né.

	1995	FIESTA	1998	2000 (France)	2001	échantillon
oui	8,7	6,9	8,2	5,9	4,6	4
non	91,3	91,3	91,7		86,1	96
NSP		1,8		14	9,3	0

En 1998, en Midi-Pyrénées, le taux de transfert de nouveau-né était de 5,9%.

15) Groupes de poids du nouveau-né.

	1995	FIESTA	1998	2000 (France)	2001	échantillon
<2,5 kg	6,2	6,3	7,2	6,4	3,7	0
2,5 à <3 kg	20	21,5	19,9		22,2	24
3 à <3,5 kg	40,8	41,3	40,7		37	44
3,5 à <4 kg	26,1	23	25,4		21,3	16
>4 kg	6,9	5,4	6,9		7,4	16
NSP		2,6		16	8,3	0

En 1998, en Midi-pyrénées, le pourcentage d'enfants pesant moins de 2,500 kg à la naissance était de 7%.

16) Allaitement.

	1995	FIESTA	1998	2000 (France)	2001	échantillon
oui	51,6	39,2	52,5	52,3	40,7	44
non	48,4	59,1	47,5		53,7	56
NSP		1,7		15	5,6	0

CERTIFICATS DU 8° JOUR DES ENFANTS NES DURANT LE 1° SEMESTRE 2001

1) Les questions administratives et sociales

1- La commune de naissance.

L'étude Fiesta, portant sur 1326 certificats et une zone plus large qu'en 2001, relevait près de 50% des naissances sur Brive et 20% des naissances sur Saint-Céré ; sur les autres maternités, 1/3 des naissances avec en particulier, 8% sur la ville de Figeac.

L'étude du 1° semestre 2001, portant sur 108 certificats, notait environ 70% des naissances sur Brive et 30% sur d'autres maternités, en particulier 9% sur Figeac.

On peut déjà remarquer que le déplacement des accouchements ne s'est pratiquement pas effectué en faveur de la maternité de Figeac (+1%), pourtant référente du CPP mis en place mais plutôt sur les maternités autres en particulier celles de Brive. La maternité de Gourdon a également un peu bénéficié du report de charge : + 4% environ.

L'échantillon, 25 certificats, porte sur 68% de naissances sur Brive et 32% des naissances ailleurs.

2- Les cantons de domicile.

On note un plus grand nombre de femmes habitant sur Saint-Céré et surtout sur la zone de Bretenoux- Biars, petite commune active proche de Saint-Céré. Mais ceci est relatif car les populations sont différentes entre l'étude 2001 (zones Y et I) et l'étude Fiesta (zones Y, I et N), en particulier le canton de Martel n'est que très peu représenté dans l'étude 2001 et celui de Souillac pas du tout.

L'échantillon donne la primeur aux femmes de Saint-Céré et de Gramat, les cantons de domicile n'ayant pas été un des critères de l'échantillonnage.

3- L'éloignement.

L'étude nationale 1998 avait établi des groupages en fonction de la distance : un pourcentage prépondérant de femmes habitant à moins d'une demi-heure de leur maternité (90%)

Ce mode de découpage n'a pas pu être utilisé car dans l'étude 2001, aucune femme n'habite à moins de 30 minutes de la maternité, le plus grand nombre se trouvant à plus de 45 minutes de distance (81,5%) et même, plus d'1/3 des femmes habitant à plus d'une heure de route de leur lieu d'accouchement.

4- L'âge.

Les personnes les plus nombreuses avaient entre 25 et 35 ans lors de la grossesse dans les études nationales de 1995 et 1998, ce qui est retrouvé en 2001 (environ 68%).

En 2001, dans le Lot, on ne retrouve pas, contrairement à l'évolution entre 1995 et 1998, d'augmentation des femmes âgées de plus de 35 ans, par contre on peut noter une moindre proportion des moins de 25 ans, avec 6 certificats pour lesquels cette variable n'était pas renseignée.

L'échantillon reflète bien les proportions des 108 certificats 2001.

5- La profession de la mère pendant la grossesse.

En 2001, dans le Lot, il paraît y avoir un peu moins de femmes au foyer : 22% contre 25% dans l'étude 1998 et 27% dans l'étude Fiesta, dans la population totale des parturientes.

pourcentage de femmes ayant travaillé selon le type de travail pendant la grossesse

PROF.MERE	1995	1998	FIESTA	2001
	7654 femmes	8372 femmes	819 femmes	77 femmes
1 (agricultrice)	1,1	0,7	3	2,6
(commerç., artisan)	3,1	2,3	4	5,2
3 (cadre, prof. libérale)	10,4	12,4	6,6	6,5
4 (prof. intermédiaire)	21,6	24,8	18	19,5
5 (employée)	52,9	49,1	54,6	48
6 (ouvrière)	10,9	9,7	13,6	18

Une différence nette est notée entre les professions exercées dans les études de 1995 et 1998 et celle de 2001, en excluant les femmes sans emploi ou pour lesquelles cet item n'a pas été renseigné dans les études Fiesta (145 femmes) et 2001 (9 femmes).

($\chi^2 = 15,02$; $p = 0,01$)

La proportion d'agricultrices est un peu plus élevée dans le Lot par rapport au reste du pays, les cadres et les professions libérales sont largement sous-représentées, avec une importance accrue des professions ouvrières.

L'échantillon reflète bien cette population.

2) Les questions relatives à la grossesse et à l'accouchement

1- Nombre d'accouchements avant la grossesse en cours.

Le nombre de primipares représente la majorité des femmes dans toutes les études environ 43%, 48% sur le Lot, si l'on exclut les femmes pour lesquelles cette variable n'est pas renseignée. Par contre, en 2001 sur la population étudiée du nord du Lot, il apparaît que le nombre de femmes ayant accouché d'un troisième enfant (7,4%) est largement inférieur à celui des études de 95, de 98 (environ 15%) et même Fiesta (12%), la majorité des femmes étant des primipares ou des femmes ayant déjà 1 enfant.

L'échantillon est proche des pourcentages de l'étude mais ne comporte pas de femmes ayant 3 enfants ou plus

2- Nombre d'échographies.

Cette variable a été mieux remplie dans l'étude 2001 par rapport à l'étude Fiesta, et même s'il y a encore un taux de non-réponse de presque 1/4, on remarque que les femmes ayant eu moins de 3 échographies sont très rares, ce qui nous amène à penser que le suivi, même s'il n'atteint pas les 7 consultations est probablement effectué en grande partie.

L'échantillon est proche des données de l'étude.

3- Hospitalisation pendant la grossesse.

La grève des sage-femmes a entraîné un pourcentage accru de non-réponse à cet item (+ 8,4% par rapport à l'étude Fiesta). Néanmoins, le nombre d'hospitalisation dans l'étude 2001 (environ 14%), confirmé par l'étude Fiesta est inférieur aux chiffres nationaux (environ 21%) et régionaux (20%).

L'échantillon reflète assez bien cette situation.

4- Nombre de consultations prénatales.

Les renseignements concernant cette variable ne sont pas bien remplis sur les certificats de santé du Lot, la comparaison est donc difficile à faire avec les études nationales. Cet item n'a pas été rempli lors de la grève des sage-femmes, ce qui a augmenté le taux de non-réponse. Néanmoins, si l'on exclut ces femmes pour lesquels nous ne savons rien, on constate qu'il y a environ 18% des femmes qui effectuent moins des 7 consultations prénatales réglementaires lors de l'étude 2001 et 21% des femmes lors de l'étude Fiesta, ces taux étant largement supérieurs à ceux des études nationales (environ 9,5%).

Cette question pose problème car peut-on, d'une part, extrapoler les résultats lorsque le nombre n'est pas connu pour 1/3 des femmes, et d'autre part, on peut se demander si cette variable n'est pas justement précisément remplie pour ces femmes qui ont eu un mauvais suivi.

Par ailleurs, les méthodes de remplissage sont peut-être à remettre en cause car c'est le service de maternité qui coche les cases et, s'il connaît bien les femmes qu'il suit, les renseignements manquent quand toute une partie de la grossesse est suivie par un autre intervenant, médecin traitant ou gynécologue libéral.

Néanmoins, si nous nous en tenons aux chiffres connus, un gros effort de prévention devrait être continué à ce niveau.

L'échantillon reflète bien la population de l'étude.

5- Préparation à la naissance.

Cette variable est également très mal renseignée sur les certificats de l'étude 2001 : 42% de non-réponse. Si, au niveau national, le nombre de femmes ayant suivi ces cours est d'environ 40%, les études Fiesta et 2001 ne dépassent pas 25%.

Une des hypothèses possibles est que du fait de la très faible relation entre le CPP de Saint-Céré, qui effectue aussi des cours de préparation à la naissance, et les maternités, celles-ci n'ont pas les renseignements concernant cette variable pour les femmes qui n'ont pas suivi cette formation dans leurs locaux au moment où elles remplissent les certificats.

Dans tous les cas un effort de motivation des femmes et de liaison entre les établissements paraît nécessaire.

L'échantillon reflète bien la population de l'étude.

6- Mode de naissance.

La voie basse sans instrumentalisation est le mode de naissance le plus courant, et, bien que 14% des certificats ne soient pas renseignés en 2001, on peut remarquer que le taux de césariennes est moins élevé que lors des études nationales (17,5% en 1998), de l'ordre de 12% ; 14% si l'on exclut les femmes pour lesquelles cette variable est inconnue.

L'échantillon reflète assez bien cette situation.

7- Analgésie.

Même problème quant au remplissage (taux de non-réponse de 14%) mais cet item est malgré tout beaucoup mieux rempli que lors de l'étude Fiesta (40% de non-réponse). L'étude 2001 montre un pourcentage correct de péridurales par rapport à l'étude de 1998, cette technique doit être plus souvent proposée car les chiffres nationaux de couverture ont augmenté depuis 1998. On remarque que le nombre de péridurales a franchement augmenté depuis l'étude Fiesta. Cela ne paraît pas être en relation directe avec une

diminution du taux de femmes qui n'ont pas eu recours à l'analgésie mais plutôt en lien avec une diminution des autres types d'anesthésie.

2) Les questions relatives à l'enfant

1- Age gestationnel.

Malgré le taux de non-réponse lié à la grève des sage-femmes, on peut remarquer que dans la population 2001, le nombre d'enfants nés prématurément avant 37 semaines est très rare, néanmoins, lorsque la limite est basée à 38 semaines, le taux se rapproche de celui de l'étude Fiesta soit 9% environ. A priori, de toute façon, le taux est proche de celui observé en Midi-Pyrénées.

Vu le petit nombre de l'échantillon, celui-ci n'a pas pris en compte les femmes ayant eu un enfant de moins de 37 semaines mais a par contre inclus des femmes dont l'âge gestationnel était de 38 semaines lors de l'accouchement.

2- Transfert du nouveau-né.

Dans l'étude 2001, peu de nouveau-nés ont été transférés, le taux (4,6%) étant inférieur même à celui de Midi-Pyrénées lui-même bas par rapport aux données nationales de 1998 (8,2%). Ceci est également à mettre en parallèle avec le petit nombre d'enfants nés prématurément avant 37 semaines de grossesse.

L'échantillon reflète assez bien cette situation.

3- Poids du nouveau-né.

Les groupes de poids suivent la moyenne nationale avec une faible représentation des petits poids inférieurs à 2500g. (4% pour une moyenne nationale en 1998 à 7% environ).

4- Allaitement.

Le nombre de femmes qui allaitent leur bébé est largement inférieur (41% avec 5,6% de non-réponse) aux taux des enquêtes nationales (52%),

Cette constatation pose le problème de l'information et de l'aide à apporter aux femmes à ce sujet.

L'échantillon est cohérent avec l'enquête.

5- Pathologie de l'enfant pendant la première semaine.

Les taux de l'enquête 2001 sont superposables à ceux de l'étude Fiesta, une minorité d'enfant présentant des pathologies. L'échantillon reflète bien cette situation.

Annexe 8

GUIDE D'ENTRETIEN

Pour les femmes qui ont accouché durant le 1^o semestre 2001.

Introduction

Présentation et cadre de l'entretien

Pourquoi j'ai choisi de m'entretenir avec elle, explication succincte de la méthodologie

Objectif de l'entretien : recevoir un avis personnel concernant les bons fonctionnements et les dysfonctionnements éventuels autour de la périnatalité et plus particulièrement autour du CPP et des maternités.

Thèmes à aborder

1) Questions administratives et sociales.

Etat civil : père de l'enfant, mère, enfants, adresse, lieu de naissance de l'enfant

Situation sociale : intégration dans la commune, travail du père, de la mère, avant, pendant, après la grossesse, habitat, motorisation, mode de garde de l'enfant

2) Suivi de la grossesse, accouchement, période post natal

antécédents familiaux et personnels

pathologie de la grossesse, autres accouchements, suivi de grossesse, préparation à l'accouchement

analgésie, type d'accouchement

pathologie de l'enfant, transfert

post-partum, allaitement, rééducation périnéale

suivi médical actuel du ou des enfants

3) Relations avec les professionnels

CPP, Atout Naître, PMI, aide à l'allaitement

Gynéco-obstétricien, médecin traitant, pédiatre

Maternité, encadrement, soins

Raisons du choix de la maternité, difficultés par rapport à l'éloignement

4) Questions qualitatives

Dysfonctionnements éventuels

Utilité de la puéricultrice de PMI, venue à temps, comment

CPP, Atout-Naître, intérêt, utilité

Besoins, manques, attentes, sentiments par rapport à la prise en charge

Annexe 9

ENTRETIENS AVEC LES FEMMES

Relatés thème par thème.

1) Ages

Les mères ont une moyenne d'âge de 30 ans, avec des extrêmes à 20 ans et à 39 ans.

Les pères ont une moyenne d'âge de 34 ans, avec des extrêmes de 27 et 45 ans, 2 femmes sont dites « parent isolé ».

Les bébés ont entre 6 mois et un an, l'âge des frères et sœurs s'étendant entre 2 et 14 ans.

2) Parité

10 femmes étaient des primipares au moment de leur grossesse, 9 avaient déjà un enfant, et une des femmes a accouché pour la 3^e fois. ,

Le plus souvent l'enfant était présent lors des entretiens (95% des cas), et parfois le père a aussi assisté et participé à la conversation (20% des cas) ; dans un cas, la mère de la jeune femme était là et a participé à l'entretien, il s'agissait de la plus jeune de l'échantillon, le père n'étant pas connu.

3) Lieu d'accouchement

10 femmes ont accouché à l'hôpital de Brive, 4 à la clinique St Germain à Brive, 4 à l'hôpital de Gourdon, 1 sur Figeac et 1 sur Aurillac.

4) Isolement

La majorité des familles est connue dans le secteur, connaît les voisins, a des parents proches ou est intégrée par le travail : 17 mères.

3 des femmes rencontrées sont depuis peu installées dans le coin, 2 en 99 et 1 en 2000, sans famille proche : l'une est infirmière salariée et a peu de contact sur le village, les 2 autres ne travaillent pas, l'une dont le mari exerce une profession libérale à laquelle elle ne coopère pas est très isolée, avec très peu de contacts avec l'extérieur, l'autre, malgré un bon niveau d'étude, est un peu isolée mais est proche du CPP et de l'association Atout-Naître qui la soutient.

5) Travail des parents

5 femmes ne travaillent pas, soit en raison d'un congé parental (3) soit en raison du choix du couple pour s'occuper des enfants. Une des mères qui ne travaillait pas pendant la grossesse a repris un emploi récemment.

La profession d'employée est sur représentée (8), 3 femmes sont ouvrières, 2 sont infirmières dont l'une est installée en libéral, une femme est commerçante et une est agricultrice.

Chez les pères, 5 sont ouvriers, 4 effectuent une profession intermédiaire, 3 sont agriculteurs, un ingénieur et une profession libérale, 2 sont des employés, l'un d'entre eux a une profession instable d'ouvrier intérimaire et le dernier est en congé parental.

Dans chaque famille, un des 2 conjoints travaille ; dans les 2 familles où la mère est seule, l'une travaille depuis peu mais a des parents proches, et l'autre est encore au domicile familial et ne travaille pas malgré une formation en sanitaire et social.

6) Habitat, motorisation

9 familles sont propriétaires de leur logement, la plupart du temps, ce sont des maisons neuves en milieu rural. 9 femmes habitent un logement en location, le plus souvent c'est un appartement dans un village. 2 habitent chez leurs parents mais l'une d'elle habite un appartement indépendant.

La plupart du temps, l'enfant a une chambre indépendante parfois en cohabitation avec un frère ou une sœur.

19 familles ont au moins un véhicule à leur disposition soit personnel, soit dans la famille qui les accueille, 12 familles possédant 2 véhicules, une femme parent isolé n'a pas de véhicule mais habite à 500 m. de ses parents qui peuvent lui en prêter une.

7) Antécédents

- Les antécédents familiaux n'ont en fait que peu d'intérêt dans cette étude si ce n'est pour une des mères dont un des frères est handicapé mental, à priori, ne connaissant pas l'étiologie exacte de la pathologie, cela n'a pas semblé poser de problème durant la grossesse, malgré l'amniocentèse systématique effectuée pour âge supérieur à 38 ans.

- Les antécédents personnels graves avant la grossesse sont marqués par :
Une HTA nécessitant une césarienne pour la première grossesse sans récurrence mais avec césarienne pour le deuxième enfant pour défaut de dilatation.

Une femme ayant subi une césarienne prévue pour présentation du siège au premier enfant et ayant accouché par voie basse pour le second.

Une femme ayant présenté une endométriose avec nécessité de traitement.

Un asthme avec dilatation des bronches chez une femme de niveau social modéré ayant accouché d'un enfant de petit poids avec suivi de la grossesse renforcé.

Une femme ayant présenté un rhumatisme articulaire aigu dans l'enfance sans pathologie de la grossesse en rapport mais avec une césarienne pour anomalie de la présentation.

Enfin, une femme ayant présenté une fistule anale opérée 2 fois antérieurement avec des problèmes importants dans les suites de couches à type d'incontinence anale après déchirure au niveau du périnée, problèmes non résolus 8 mois après la naissance.

8) Suivi de grossesse.

La majorité des parturientes a été suivie par un gynéco-obstétricien, dans 5 cas, la gynécologue médicale de Saint-Céré a suivi les grossesses jusqu'au 6^e mois. Dans 4 cas, le médecin généraliste a suivi le début de la grossesse.

9) Pathologie de la grossesse.

2 femmes ont été hospitalisées pendant leur grossesse à 2 reprises chacune pour menaces d'accouchement prématuré, les 2 enfants sont nés 3 semaines avant terme, l'un était de faible poids (2,650kg), l'autre pesait plus de 3kg. Une 3^e a été hospitalisée pour surveillance d'un retard de croissance intra utérin chez une jeune femme de 20 ans, l'enfant est né 1 semaine 1/2 avant terme avec un faible poids : 2,700kg.

Aucune grossesse multiple n'est notée dans cette population, ni de traitement de la stérilité.

Une femme a présenté un diabète gestationnel avec HTA et prise de poids importante, elle a eu, 15 jours avant terme, un enfant de 3kg. Une femme a fait de l'hypertension traitée et surveillée de près en fin de grossesse ne nécessitant pas d'hospitalisation ni de césarienne.

5 femmes se sont plaintes de fatigue importante durant toute leur grossesse ayant nécessité un arrêt de travail supplémentaire dont une avait en plus des baisses de tension.

Concernant les arrêts de travail, sur les 15 femmes qui travaillaient, 3 femmes ont pris l'arrêt de travail des 15 jours pathologiques pour fatigue ou conditions de travail, 5 femmes ont arrêté de travailler plus tôt: 3 semaines avant l'accouchement pour hypotension, 2 mois et 3 mois avant pour contractions, au début du 2^e trimestre de grossesse pour MAP, durant presque toute la grossesse pour problèmes pulmonaires.

Au total, 8 femmes sur 15 ont dû s'arrêter de travailler avant les 6 semaines réglementaires du congé prénatal.

10) Les échographies

La plupart des femmes de l'échantillon sont incapables de dire combien d'échographies ont été réalisées durant la grossesse, la raison principale est due au fait que les gynéco-obstétriciens font parfois une échographie rapide pour s'assurer que tout va bien, auquel cas la femme ne sait plus bien quelles sont les échographies qui sont réglementaires et effectuées à fond.

On se rend compte ainsi que le nombre d'échographies effectuées est parfois supérieur au nombre indiqué sur les certificats du 8^e jour.

11) Amniocentèse.

3 femmes ont subi une amniocentèse pendant leur grossesse, l'une d'entre elles pour âge supérieur à 38 ans, les 2 autres pour anomalie des résultats biologiques sanguins et anomalie à l'échographie. Si dans le premier cas, l'acte a été bien supporté psychologiquement, dans les 2 autres cas, malgré une information complète effectuée par le médecin, l'attente de l'acte (15 jours) et des résultats (environ 15 jours après l'amniocentèse)

a été très mal vécue avec une impression d'être seule pour affronter cette difficulté car, à partir du moment où l'amniocentèse a été prévue, une remise en question de la grossesse elle-même est obligatoire, le geste n'étant effectué que si la décision des parents en faveur d'une IVG est préétablie.

12) Terme de la grossesse

9 enfants sont nés à terme complet. Un accouchement a été déclenché pour dépassement de terme.

6 enfants sont nés 1 semaine avant le terme prévu, 2 enfants 15 jours avant terme, et 3 enfants 3 semaines avant. Contrairement à ce qu'on pourrait penser 2 des enfants nés 3 semaines avant terme avaient un poids supérieur à 3 kg, ce qui pose peut-être la question de la datation de la grossesse par les examens complémentaires, le souvenir de la date prévue de l'accouchement étant très précis dans l'esprit des femmes.

Aucun des enfants de l'échantillon n'est né avant 38 semaines.

13) Le transfert à la maternité

Dans l'ensemble les femmes ont eu le temps d'arriver à la maternité, mais une fois les pompiers ont dû accompagner la parturiente (38 km) jusqu'à la maternité en raison de contractions non ressenties par une patiente multipare avec modification rapide du col utérin, et une autre fois, le SMUR a dû intervenir pour conduire la parturiente à Brive où elle est arrivée à dilatation complète. Cette personne de Bretenoux devait accoucher à Figeac (1h de route) pour des raisons familiales, mais le SMUR de Saint-Céré a préféré l'amener sur la maternité de Brive un peu plus proche (50 minutes) par des routes moins difficiles.

14) L'analgésie

Une péridurale a été pratiquée chez 11 patientes dont une « n'aurait pas fonctionné »

5 femmes n'ont pas bénéficié d'analgésie, dans 3 cas l'accouchement s'est effectué trop rapidement, une fois la parturiente n'en voulait pas, une fois c'était la nuit et la sage-femme n'a pas voulu apparemment déranger l'anesthésiste de garde, ce dont la parturiente en question est très fâchée car elle l'avait demandée expressément.

Une rachianesthésie a été pratiquée,

3 anesthésies générales dont une effectuée après péridurale.

Au total donc, sur cet échantillon aléatoire concernant l'analgésie, 75% des femmes ont bénéficié d'une analgésie, dans 15% des cas, l'accouchement était trop rapide pour en bénéficier, dans 5% la femme ne l'a pas souhaitée et dans 5% la femme ne l'a pas eue malgré son désir.

15) L'accouchement

Des césariennes ont été réalisées pour 3 femmes pour défaut de dilatation, anomalie de la présentation et non-début de travail sur déclenchement pour dépassement de terme avec HTA.

5 extractions instrumentales par ventouse(2), spatules (2) ou forceps (1)

11 accouchements par voie basse dont 1 déclenchement suivi d'hémorragie secondaire et 1 accouchement normal suivi d'un curetage pour placenta incomplet.

Des épisiotomies ont été effectuées dans la moitié des cas, et dans 2 cas il y a eu une déchirure du périnée, modérée avec des problèmes urinaires transitoires dans l'un des cas et des conséquences importantes pour l'autre parturiente en raison d'une fragilité particulière du périnée existant déjà avant l'accouchement.

On constate sur cet échantillon que peu d'accouchements ont été déclenchés médicalement : 2 sur 20 femmes soit 10%, à juste titre puisque pour l'un d'eux il y avait dépassement du terme et pour l'autre rupture prématurée de la poche des eaux.

16) Sage-femme ou médecin ?

Une sage-femme a effectué l'accouchement seule dans 8 cas sur 17 si l'on exclue les césariennes. Les 9 autres accouchements ont été effectués avec le médecin qui a pratiqué une extraction instrumentale dans 5 cas.

17) Poids des enfants

3 enfants avaient un poids supérieur à 4 Kg dans l'échantillon, dont un chez une primipare,

3 enfants faisaient plus de 3,5kg et moins de 4kg

9 moins entre 3kg et 3,5 kg dont 5 aux environs de 3,000kg

5 faisaient entre 2,5 et 3 kg, aucun ne pesant moins de 2,5 kg

18) Pathologie de l'enfant

1 seul nouveau-né a été transféré en service de néonatalogie pour infection, en fait l'enfant allait tous les jours dans le service de néonatalogie proche pour l'injection d'antibiotiques, la maternité où il est né étant celle de l'hôpital de Brive. La situation n'a pas semblé poser de problème à la maman hormis l'inquiétude liée à l'infection..

19) Allaitement

60% des femmes n'ont pas allaité leur enfant, le plus souvent par choix, quelquefois par fatigue ou du fait de l'enfant (tétées trop longues) ou pour une des femmes, manque de connaissance, elle n'avait pas non plus suivi la préparation à la naissance.

2 femmes ont essayé d'allaiter à la maternité mais ont abandonné très tôt pour fatigue pour l'une et problème technique pour l'autre.

Seulement 6 femmes ont allaité après le retour à domicile, soit 30% de l'échantillon, 2 femmes donnaient encore le sein 10 mois après la naissance. Bien que non extrapolable du fait de la petitesse de l'échantillon, cette situation pose le problème de l'aide à l'allaitement.

20) Connaissance du CPP

5 femmes ne connaissent pas du tout le CPP

15 femmes connaissent le CPP :

5 femmes n'ont pas pris contact avec ce service

2 femmes ont eu au moins un suivi de grossesse
3 femmes ont suivi la préparation à la naissance
1 femme a suivi une rééducation abdomino périnéale
1 femme a suivi la préparation à la naissance et a fait des séances de rééducation uro génitale
2 femmes ont bénéficié d'un suivi de grossesse et d'une préparation à la naissance
1 femme a été suivie, a fait la préparation et est revenue dans le post-partum pour des conseils concernant le bébé.

Au total, la moitié des femmes a utilisé cette structure pendant la grossesse.

21) La préparation à la naissance

10 femmes ont suivi une préparation à la naissance soit au CPP (7), soit à Brive (2), soit à Gourdon (1).

Parmi les 10 femmes qui n'ont pas suivi cette préparation :

2 l'avaient déjà suivi pour une 1^o grossesse,

4 n'ont pas voulu la suivre pour des raisons personnelles,

Pour l'une d'entre elles qui ne connaissait pas cette possibilité, cela ne lui aurait pas été conseillé.

1 aurait bien aimé mais habitait trop loin, en milieu très rural, il s'agit de la plus jeune des mères qui ne pouvait utiliser que le véhicule familial, de plus, se trouvant loin de toute maternité, il lui fallait faire 25 minutes de route pour aller au CPP.

Une autre femme n'avait pas de véhicule pour se déplacer.

Enfin, une des femmes n'a pu la faire car elle devait rester au repos chez elle.

L'une des femmes a trouvé ces cours sans intérêt et une autre, qui avait suivi ces cours lors d'une 1^o grossesse, a trouvé que la préparation était très différente d'un centre à l'autre.

On peut donc pointer 2 faits : l'utilité de ces cours d'une part et d'autre part, le manque qui se produit lorsque la femme ne peut y assister du fait d'une impossibilité de déplacement.

22) La rééducation périnéale

9 femmes ont suivi cette rééducation, 3 pour fuites urinaires et une femme pour incontinence anale : 7 patientes ont effectué ce suivi chez un kinésithérapeute en ville, et 2 l'ont faite au CPP.

23) L'association Atout-Naître

5 femmes disent ne pas connaître l'association.

15 femmes connaissent son existence sans toutefois savoir exactement quelle est son utilité, mais n'y sont jamais allées pour les raisons suivantes : manque de temps, horaires incompatibles, aucune utilité ; pour 2 mères, l'éloignement est la cause majeure de leur non venue aux réunions.

2 femmes sont allées aux réunions et ont été très satisfaites.

24) Choix de la maternité

8 femmes disent qu'elles auraient accouché à la maternité de Saint-Céré si elle existait encore, 4 n'y seraient sûrement pas allées, les autres ne savent pas.

En général, les femmes suivent leur gynéco-obstétricien ou bien elles demandent à leur médecin traitant. De toute façon, le choix de la maternité est toujours influencé par le « bouche à oreille », par les rencontres avec les autres femmes. Pour les plus averties, le fait qu'il y ait un service de néonatalogie sur l'hôpital de Brive est un critère prépondérant.

25) Satisfaction par rapport à la maternité

14 femmes ont été très contentes de la prise en charge effectuée à la maternité.

6 femmes ne sont pas satisfaites, dans 3 cas, il s'agit du manque de place dans la maternité avec des débordements concernant le nombre de femmes accueillies.

Dans ces 3 cas, la clinique St Germain est en cause pour le problème de place et de manque de disponibilité des sage-femmes, ce que confirme le nombre important d'accouchements en 2001 par rapport au nombre de lits.

Dans 2 cas, le manque de disponibilité des médecins hospitaliers a été noté et dans un cas, il y a eu un manque de communication entre la maternité et le gynécologue qui suivait la femme et qui, travaillant dans cette maternité n'a pas été mis au courant de l'accouchement. Pour une des femmes, un manque de cohérence au niveau des décisions a été noté entre le gynécologue qui voulait déclencher l'accouchement et les sage-femmes qui n'étaient pas du même avis, ce qui a exacerbé l'anxiété de la femme.

Quelques femmes ont aussi remarqué que le discours autour de l'allaitement était parfois différent d'un soignant à l'autre ce qui engendrait des difficultés pour les mères.

Enfin, certaines ont fait allusion à un manque d'écoute et de réponses aux questions par rapport à l'allaitement ou aux soins du bébé (régurgitations, alimentation, sommeil), parfois par manque de temps mais pas toujours...A priori, il n'y a pas eu de problème concernant la garde des enfants la première nuit après l'accouchement.

Les femmes sont restées en moyenne 5 jours, quelquefois 4 à la demande des parents, 7 ou 8 jours en cas de césarienne.

Il n'y a pas eu de congé précoce dans la population de l'échantillon.

26) L'éloignement par rapport à la maternité

7 femmes étaient vraiment anxieuses par rapport à leur éloignement, l'une d'elle très isolée avait même la hantise « d'accoucher dans les bois » sur le chemin menant à la maternité comme cela s'est déjà vu il n'y a pas longtemps. L'une d'entre elles, multipare, était inquiète car elle avait peur de ne pas sentir les contractions comme cela s'était passé pour le premier enfant, les autres surtout primipares savaient qu'elles avaient le temps d'arriver car un premier accouchement, c'est toujours long.

Le problème se pose donc essentiellement pour les multipares et les femmes très isolées.

27) Liens avec la PMI et les assistantes sociales.

2 femmes m'ont dit ne pas connaître la PMI, elles disent qu'elles auraient aimé avoir la visite de la puéricultrice. Sinon les 18 autres femmes connaissent son existence bien qu'elles ne sachent pas toujours comment faire pour entrer en contact, ayant perdu le numéro de téléphone qui leur a été proposé.

Le plus souvent, elles ont vu la puéricultrice à la maternité ou bien, celle-ci les a appelées.

4 personnes sont allées à une ou plusieurs consultations de PMI, 6 femmes ont eu des visites à domicile de la puéricultrice, la plupart des femmes sont plutôt contentes des contacts qu'elles ont eus et seraient prêtes à appeler la puéricultrice en cas de besoin.

Quant aux assistantes sociales, 12 femmes les connaissent même si seulement la moitié a déjà eu affaire à leur service pour des problèmes financiers ou de garde d'enfant.

28) Mode de garde de l'enfant

6 enfants sont gardés uniquement par leurs parents, tandis que 7 enfants vont chez une assistante maternelle, 4 en crèche et 3 sont gardés dans la famille.

Au total, plus de la moitié des enfants de 6 à 12 mois dans l'échantillon sont gardés en dehors de la famille proche.

Il existe parfois des difficultés pour trouver une assistante maternelle mais dans l'ensemble, les femmes ont le choix entre les 2 systèmes de garde : nourrice agréée ou crèche.

29) Suivi de l'enfant

Les nourrissons sont le plus souvent suivis par les médecins traitants dans 70% des cas. Il est vrai qu'il n'y a plus de consultations de pédiatrie au CPP, les pédiatres les plus proches étant sur Brive ou sur Figeac. Les mères vont parfois voir le pédiatre une ou deux fois par an pour « confirmation » du bon état de santé de leur enfant.

Le nouveau-né qui a été suivi en néonatalogie a continué à être suivi par le pédiatre de l'hôpital pendant quelques temps après le retour à domicile.

30) Le retour à domicile.

9 femmes ont présenté des difficultés importantes au retour à domicile, dans 1 cas il s'agissait des suites infectieuses d'une césarienne, dans 1 autre cas, de problèmes liés à l'incontinence secondaire. Certaines femmes étaient très anxieuses particulièrement celles dont le bébé avait des problèmes d'alimentation, de régurgitations ou de sommeil. Certaines auraient aimé être aidée pour les occupations ménagères. Souvent, l'aide du père s'est révélée très efficace, mais il n'en savait pas plus que la mère concernant les soins à l'enfant. Plusieurs pères ont pris des congés ou une disponibilité pour le retour à domicile de la mère et l'enfant, cela indique un changement dans la mentalité des jeunes pères de cette région.

Une autre inquiétude se posait quant à la reprise du travail car si quelques femmes ont pu prendre un congé parental ou bénéficier d'un temps partiel, plusieurs mamans ont fait part de difficultés pour assumer toutes les tâches.

Annexe 10

GUIDE D'ENTRETIEN

Pour les médecins généralistes.

Introduction

Présentation et Cadre de l'entretien : mémoire, stage MISp, Thème du mémoire

Pourquoi j'ai choisi ce médecin : géographique, compétences particulières, secteur précis...

Consigne initiale

- Suivez-vous des femmes enceintes, des nourrissons ?
- Connaissez-vous le CPP ?
- Quelles difficultés rencontrez-vous et de quels problèmes vous font part les femmes que vous suivez concernant la périnatalité ?
- Quelles solutions pourraient améliorer la situation des femmes enceintes dans votre secteur ?

Thèmes à aborder

- Depuis quand êtes-vous installé, suivez-vous autant de femmes enceintes actuellement que lors de vos premières années d'installation ?

Quels sont vos rapports avec les gynéco-obstétriciens ? Quand passez-vous la main ?

Remplissez-vous le carnet de maternité, si non comment faites-vous le lien avec les spécialistes ?

Avez-vous des problèmes quant au suivi lui-même, dépistage, échographies... ?

Y a-t-il, selon vous des sorties trop précoces et comment prenez-vous en charge ces femmes ?

Etes-vous prévenu suffisamment tôt des accouchements et des sorties des parturientes ?

Etes-vous confronté à un manque de place dans les structures hospitalières, maternité ou pédiatrie ?

Avez-vous déjà fait des accouchements, êtes-vous angoissé par rapport à la survenue possible d'un accouchement inopiné ?

- Avez-vous des liens avec le CPP, en quoi peut-il être utile ? et Atout-Naitre ?

Avez-vous des liens avec la PMI, avec le secteur social, avec le centre de planification ? ?

- Comment la femme effectue-t-elle le choix de la maternité ?

Les femmes vous font-elles part de leurs difficultés ou de leur anxiété par rapport à l'éloignement de la maternité ?

Besoins, dysfonctionnements

Connaissez-vous des dysfonctionnements, comment pourraient-ils être améliorés Y a-t-il des besoins non couverts, post-partum par exemple ? Avez-vous des propositions ?