

PLAN « périnatalité »

2005-2007

Humanité, proximité, sécurité, qualité

10 novembre 2004

PLAN « périnatalité »
2005 - 2007
humanité, proximité, sécurité, qualité

<i>présentation</i>	1
1. Plus d'humanité	2
1.1. Par la mise en place d'un « entretien individuel du 4 ^{ème} mois ».....	2
1.2. Par une meilleure prise en compte de l'environnement psychologique de la naissance	4
1.3. Par la participation des usagers.....	6
1.4. Par une information complète et continue.....	7
1.4.1. Au sein des réseaux de périnatalité	7
1.4.2. Grâce à un carnet de santé de la maternité actualisé intégré au dossier médical personnel.....	8
1.4.3. Grâce à une meilleure connaissance du parcours des usagers.....	10
1.5. Par un soutien renforcé aux femmes et aux couples en situation de précarité	11
1.6. Par l'accompagnement spécifique des femmes enceintes et des couples faisant face à un handicap ou une maladie invalidante.....	14
1.7. Par un suivi et une prise en charge à long terme des nouveau-nés en risque de développer un handicap.....	15
1.8. Par une prise en charge rigoureuse des décès en maternité ou en néonatalogie.....	17
2. Plus de proximité	18
2.1. Par le développement des réseaux en périnatalité.....	18
2.2. Par le renfort et l'extension du rôle des Centres Périnataux de Proximité.....	20
2.3. Par le service de protection maternelle et infantile (PMI), acteur-clé du réseau de périnatalité...	21
2.4. Par la participation des sages femmes libérales et la création de places d'hospitalisation à domicile sur l'ensemble du territoire.....	23
3. Plus de sécurité	24
3.1. Par des maternités mieux équipées et mieux pourvues en personnels.....	24
3.2. Par des transports mieux organisés et renforcés.....	25
3.3. Par la mise en œuvre de schémas régionaux des services de réanimation pédiatrique.....	26
3.4. Par l'amélioration de la prise en charge des urgences maternelles (risque obstétrical)	27
3.5. Par une implantation des sites d'accouchement garantissant qualité et sécurité.....	28
4. Plus de qualité	29
4.1. Sur la promotion des démarches qualité et de la gestion des risques dans les réseaux de périnatalité.....	29
4.2. Sur l'échographie	29
4.3. Sur l'assistance médicale à la procréation	31
5. Mieux reconnaître les professionnels de la naissance	32
5.1. Par la prise en compte, à leur juste valeur, des activités de périnatalité dans la tarification à l'activité.....	32
5.2. Par la valorisation des compétences des professionnels de la naissance.	32
5.2.1. Sages-femmes	32
5.2.2. Puéricultrices	33
5.2.3. Médecins (gynécologues obstétriciens, pédiatres, anesthésistes réanimateurs, généralistes).....	34
5.3. Par une expérimentation de « maisons de naissance » attenantes à des plateaux techniques,	36
5.4. Par une étude approfondie sur la responsabilité médicale	37
6. Suivi et évaluation du plan	38
6.1. Un suivi attentif... ..	38
6.2. ...grâce au développement d'un système d'information performant en périnatalité.	38
<i>Annexe 1 - Etat des lieux et objectifs</i>	40
<i>Annexe 2 – Fiche financière</i>	42

présentation

Les événements survenant pendant la grossesse, l'accouchement et la période néonatale influencent considérablement l'état de santé de l'enfant et de sa mère ainsi que leur avenir.

La France est l'un des pays les plus avancés au monde en matière de protection médicale et sociale, et des progrès très importants y ont été observés dans le domaine de la naissance. C'est ainsi que ces trente dernières années, la mortalité périnatale est passée de 35 à 6,5 décès pour 1 000 naissances et la mortalité maternelle de 25 à 9 décès pour 100 000 naissances.

Le plan « périnatalité » de 1994, s'était notamment donné comme objectif de diminuer la mortalité liée à la naissance d'un enfant, en abaissant la mortalité maternelle de 30 % et la mortalité périnatale de 20 %. Un objectif supplémentaire était ajouté visant à diminuer de 35 % la mort subite du nourrisson par la mise en place d'un programme de prévention (une chute de plus de 70% est observée aujourd'hui).

Les objectifs ont été atteints pour les indicateurs de mortalité, mais des progrès sont encore nécessaires et possibles, comme le souligne le rapport remis au Ministre de la Santé en septembre 2003¹. En effet, la position de la France en Europe reste toujours moyenne par rapport aux indicateurs de périnatalité², et le dernier rapport du Comité national d'experts sur la mortalité maternelle souligne que plus d'un tiers des décès maternels analysés sont évitables.

La mise en œuvre du plan périnatalité de 1994 a permis d'améliorer nettement le fonctionnement des maternités en développant les transferts in utero et les pratiques de travail en réseau. Toutefois, les ressources consacrées aux maternités n'ont pas permis à ce jour de parachever ce plan et doivent être significativement complétées pour permettre leur mise aux normes.

Enfin, si l'augmentation du nombre de césariennes (de 14 % en 1991 à 18 % en 2001³) correspond à une certaine forme de progrès, elle témoigne également d'une « surmédicalisation » de la grossesse et de la naissance, en oubliant de restituer à cette période de la vie son état naturel. Une diversification de l'offre de soins pourrait répondre à ce souhait, souvent exprimé par des associations d'usagers et des professionnels de santé.

Philippe Douste-Blazy, Ministre de la Santé et de la Protection sociale, a donc décidé de mettre en œuvre **un plan d'actions ambitieux pour moderniser l'environnement de la grossesse et de la naissance.**

Ambitieux dans le montant des moyens accordés (**plus de 270 millions d'€uros en 3 ans**).

Ambitieux, aussi, dans sa volonté de mobiliser tous les acteurs pour sa mise en œuvre concrète, qu'ils soient professionnels de santé, usagers ou élus.

Ce plan doit permettre d'atteindre en 2008 les objectifs fixés par la Loi relative à la politique de Santé Publique : **réduire la mortalité périnatale à un taux de 5,5 pour 1000 et la mortalité maternelle à un taux de 5 pour 100 000.**

Il comporte un ensemble de mesures visant à améliorer la sécurité et la qualité des soins, tout en développant une offre plus humaine et plus proche. Il vise également à améliorer la connaissance du secteur et à mieux reconnaître les professionnels qui y travaillent.

¹ Rapport rédigé par G. Bréart, professeur de Santé Publique, F. Puech, professeur d'obstétrique et J.C. Rozé, professeur de néonatalogie.

² cf. tableau page 41

³ Etudes et Résultats DREES n°275 - décembre 2003

1. Plus d'humanité

Les futurs parents expriment un réel besoin d'écoute et d'information que les professionnels de la naissance doivent être en mesure de leur apporter, notamment pour le choix de la maternité, les modalités de suivi de la grossesse et le contexte de l'accouchement. Le développement des réseaux de santé facilite la coordination de l'accueil et du suivi, ainsi que le partage de l'information.

1.1. Par la mise en place d'un « entretien individuel du 4^{ème} mois »

26 M€ sur 3 ans

Contexte

Actuellement, le suivi de la grossesse est axé sur un bilan général et obstétrical, réalisé par le médecin ou la sage-femme dans le cadre des sept examens prénataux obligatoires fixés par le décret du 14 février 1992. Ce suivi médical est complété par une préparation à la naissance au cours de séances collectives (« *séances préparatoires à l'accouchement psycho-prophylactique* »), dont l'objectif est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé des femmes enceintes, des accouchées et des nouveau-nés par une approche éducative et préventive. Quarante-sept pour cent des femmes enceintes, principalement des primipares, suivent cette préparation qui est le plus souvent assurée par des sages-femmes.

Toutefois, la sécurité émotionnelle des femmes enceintes et des couples ne fait pas l'objet d'une attention suffisante, d'après les usagers du système de soins et certains professionnels-

Un accord de bon usage des soins (AcBUS), visant à mettre en place une démarche qualité sur les modalités de réalisation des séances de préparation à la naissance, a été conclu entre les caisses nationales d'assurance maladie et les représentants des sages-femmes en décembre 2002⁴. Par ailleurs, les caisses nationales d'assurance maladie et les représentants des sages-femmes ont engagé une réforme de la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) qui prévoit notamment une réforme des séances de préparation à la naissance en vue d'en préciser les objectifs et le contenu.

Objectif

- Mettre en place précocement les conditions d'un dialogue permettant l'expression des attentes et des besoins des futurs parents.

Mesures

- Un entretien **individuel et/ou en couple** sera **systématiquement proposé** à toutes les femmes enceintes, aux futurs parents, **au cours du 4^{ème} mois**, afin de préparer avec eux les meilleures conditions possibles de la venue au monde de leur enfant. Cet entretien aura pour objectif de favoriser l'expression de leurs attentes, de leurs besoins, de leur projet, de leur donner les informations utiles sur les ressources de proximité dont ils peuvent disposer pour le mener à bien et de créer des liens sécurisants, notamment avec les partenaires du réseau périnatal les plus appropriés. Il doit être l'occasion d'évoquer les questions mal ou peu abordées avec la future mère lors des examens médicaux prénataux : questions sur elle-même, sur les modifications de son corps, sur son environnement affectif, sur sa vie professionnelle, sur l'attitude à adopter vis-à-vis des autres enfants de la famille, sur la présence ou non de supports familiaux après la naissance, etc...

Il sera réalisé sous la responsabilité d'une sage-femme ou d'un autre professionnel de la naissance disposant d'une expertise reconnue par le réseau de périnatalité auquel ils appartiennent.

⁴ Avenant n°4 à la convention nationale des sages-femmes.

Ces entretiens pourront avoir lieu en maternité ou en secteur libéral. Leur financement s'inscrit d'une part dans le cadre de mesures financières pour les établissements et d'autre part dans le cadre de la réforme de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) des sages-femmes concernant notamment les séances de préparation à la naissance, qui incluront cet entretien individuel.

Cette nouvelle prestation n'ayant pas un caractère obligatoire, l'information devra être relayée notamment par les réseaux sociaux de proximité, la PMI, les permanences d'accès aux soins de santé (PASS), les généralistes, ou encore s'appuyer sur les réseaux de parents, femmes relais, afin que toutes les femmes en bénéficient, notamment celles les plus vulnérables ou isolées, qui souvent consultent et déclarent tardivement ou pas du tout leur grossesse.

- Des **recommandations de bonnes pratiques cliniques en matière de préparation à la naissance** ont été dorénavant et déjà demandées à l'Agence nationale pour l'accréditation et l'évaluation en santé (ANAES) et devraient être rendues publiques en 2005. Elles permettront d'accompagner la mise en œuvre de cette réforme.

Coût

Coût de l'**entretien individuel** du 4^{ème} mois : **26 M€ sur 3 ans**

Calendrier

Mise en œuvre dès la publication de l'avenant à la convention des sages-femmes en libéral, et à partir de 2005 pour les établissements de santé.

1.2. Par une meilleure prise en compte de l'environnement psychologique de la naissance

18M€ sur 3 ans

Contexte

Les professionnels de la naissance s'accordent sur la nécessité de considérer les vulnérabilités personnelles et familiales particulières à cette période comme un facteur influençant le bon déroulement du processus naturel de la naissance, comme l'a souligné Françoise Molénat dans les conclusions de sa mission sur l'approche psychologique de la naissance. Ces vulnérabilités sont en effet de nature à perturber l'instauration du lien attendu entre les parents et l'enfant, dysfonctionnements qui peuvent être un facteur de problèmes psychopathologiques ultérieurs chez l'enfant jusqu'à l'adolescence et au-delà, voire de maltraitance.

Il faut également souligner la prééminence de la sécurité médicale qui rend plus difficile une attention aux émotions ou une écoute dès le début de la grossesse, attention et écoute qui nécessitent un accompagnement ajusté à chaque étape du processus de la naissance, de la période anténatale à celle du retour au domicile.

Concrètement, chacun des professionnels de la naissance peut être à l'écoute d'une parole exprimée par un parent révélant une fragilité. L'expression des attentes des parents, de leurs besoins et des vulnérabilités éventuelles ne peut se dégager qu'au travers de relations directes, qui permettent aux parents de confier leurs angoisses, leurs traumatismes actuels ou anciens et d'être suffisamment en confiance pour se tourner vers les aides dont ils pourraient bénéficier. L'enjeu consiste à aider les professionnels, dans l'exercice de leurs pratiques respectives et collectives, à apporter la réponse la mieux adaptée aux besoins de cette mère ou de ce père en difficulté, avec éventuellement le soutien d'un psychiatre et/ou d'un psychologue. Ce doit être, évidemment, particulièrement le cas lors de la survenue d'un décès survenant à la maternité ou en néonatalogie.

Objectifs

Cette démarche qui vise à renforcer la prévention des troubles du développement psycho-affectif des enfants, en améliorant dès la grossesse la sécurité émotionnelle des parents et en mobilisant leurs ressources, repose sur la mise en place :

- de véritables collaborations médico-psychologiques en maternité,
- de l'entretien individuel du 4^{ème} mois (cf. mesure précédente 1.1),
- de formations interprofessionnelles regroupant l'ensemble des professionnels de la naissance dont l'objectif est de faciliter la réflexion commune, notamment autour de la reprise de cas, et d'améliorer ainsi la cohérence des interventions,
- et d'un réseau de professionnels centré sur chaque famille qui le souhaite, s'appuyant sur l'expression de ses besoins propres, agissant dans une cohérence suffisante de l'ante au post-natal.

Mesures

- Rédaction d'une **circulaire** d'ici fin 2004 (en s'inspirant des recommandations du rapport de Françoise Molénat), afin de :
 - Procéder à un **état des lieux des collaborations médico-psychologiques** en lien avec la naissance (cliniques privées et professionnels libéraux compris). Ceci pourra se faire dans chaque région sous l'impulsion des CRN, en utilisant le questionnaire élaboré dans le cadre de la Société de Médecine Périnatale.
 - **Mieux définir les conditions d'intervention des psychologues en maternité** et prévoir leur recrutement après concertation entre les différents services concernés (obstétrique, pédiatrie et pédopsychiatrie), tout en articulant leur travail avec ces services pour la continuité des soins.

- Organiser avec les organismes de formation pour les professionnels hospitaliers et libéraux la mise en place de formations interdisciplinaires, pluri-professionnelles et ville-hôpital-PMI.

Coût

- pour l'amélioration de l'environnement psychologique : **Recrutement de psychologues dans les maternités** en fonction des résultats de l'état des lieux des collaborations médico-psychologiques : **18 M€ sur 3 ans** (dont 12 M€ pour les hôpitaux publics, 6 M€ pour les cliniques privées)

- pour la formation : financements à mobiliser principalement dans le cadre des organismes de formation pour la rémunération des formateurs et en complément dans le cadre de la dotation régionale pour le développement des réseaux.

Calendrier

- Elaboration de la circulaire avant la fin 2004
- Déploiement des psychologues et organisation des formations : 2005-2006-2007

1.3. Par la participation des usagers

Contexte

La participation des usagers à l'élaboration, au suivi et à l'évaluation de la politique périnatale doit être favorisée au sein des instances régionales et nationales.

Suite au plan Périnatalité 1995-2000, les commissions régionales de la naissance (CRN), au sein desquelles les usagers sont représentés, ont été créées par l'arrêté du 8 janvier 1999 modifié par l'arrêté du 16 novembre 2001.

Par ailleurs, l'ordonnance du 4 septembre 2003 prévoit la représentation d'usagers au sein des conférences sanitaires. Les usagers seront ainsi appelés à donner leur avis, dans ce cadre, lors de l'élaboration et de la révision des SROS. La circulaire du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération invite les ARH à associer étroitement les usagers à leur mise en œuvre.

Objectif

Assurer, au plan national, une plus grande participation des usagers et des professionnels à la définition et l'évaluation de la politique périnatale.

Mesure

Création d'une « commission nationale de la naissance » (CNN).

Cette commission pérenne sera un lieu de discussion, d'élaboration et de recommandations en matière de périnatalité. Elle travaillera notamment à partir du retour d'expérience des réseaux. Elle comprendra notamment des représentants des professionnels de la naissance dans leur ensemble (gynécologues-obstétriciens, anesthésistes-réanimateurs, pédiatres, sages-femmes, puéricultrices,...) et des représentants des usagers.

Elle aura notamment pour mission le regroupement et la mise à disposition des professionnels et des usagers d'indicateurs reconnus, fiables et actualisés en matière de santé périnatale.

Calendrier

L'arrêté de création de la commission nationale de la naissance aura lieu avant fin 2004.

Coût

La mise à disposition de la logistique et du secrétariat se fera dans le cadre du ministère chargé de la santé.

1.4. Par une information complète et continue

1.4.1. Au sein des réseaux de périnatalité

Contexte

Les futurs parents ont besoin de savoir à qui s'adresser, au sein du système de soins, pour obtenir des éléments sur le choix d'une maternité et des réponses sur toutes les questions que l'on se pose en particulier lorsqu'il s'agit d'un premier enfant.

Les réseaux de santé en périnatalité regroupent l'ensemble des professionnels concernés par la prise en charge de la grossesse, de la naissance et de la petite enfance, hospitaliers, libéraux, du champ sanitaire et médico-social. Parmi les missions de ces réseaux figure l'information des parents tout au long de la grossesse.

Objectif

Il s'agit de **garantir une information précise et optimale aux usagers sur les modalités de prise en charge offertes au sein du réseau** : ainsi, tout réseau de périnatalité doit préciser dans le document d'information à destination des patients un certain nombre d'indications claires et détaillées sur les modalités de prise en charge de leur maternité (taux de césariennes, durée moyenne d'hospitalisation...), ainsi que des renseignements sur les niveaux de soins néonatalogiques des maternités (niveaux I, II ou III) et les missions dévolues à chacun de ces niveaux. Au-delà de ce document, les professionnels doivent assurer une réponse aux questions posées par les parents.

Mesures

- Saisine au plan national des **sociétés savantes** - Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), Société Française de Médecine Périnatale (SFMP), Fédération Nationale des Pédiatres Néonatalogistes (FNPN), Collège national des sages-femmes - pour définir quelles sont les informations les plus pertinentes à diffuser (groupe de travail à constituer) ;
- Recours à un **consultant extérieur** afin de déterminer les modalités et les supports d'une communication performante et ciblée (plan de communication) ;
- Rédaction d'une **circulaire**, après avis de la Commission Nationale de la Naissance, permettant de diffuser ces informations minimales à adapter au plan régional à partir des préconisations des Commissions Régionales de la Naissance (CRN).

Calendrier

Début des travaux : Premier semestre 2005 ;
rédaction de la circulaire : Second semestre 2005.

Coûts

35 K€ en 2005

1.4.2. Grâce à un carnet de santé de la maternité actualisé intégré au dossier médical personnel

Contexte

Il est donné gratuitement un carnet de grossesse à chaque femme enceinte lors du 1^{er} examen prénatal. Le Président du Conseil général est tenu de faire délivrer ce document au début de la grossesse et finance son achat et sa diffusion, effectuée soit directement par le service de protection maternelle infantile (PMI), soit par voie de convention avec les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) ou les caisses d'allocations familiales (CAF).

- Le carnet est peu utilisé

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

- Le carnet comporte peu de messages d'éducation à la santé

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

Objectifs

- Le carnet de santé de maternité contiendra les **informations nécessaires à la femme enceinte et au couple pour garantir le suivi de la grossesse** conformément aux recommandations actuelles et le bon développement de l'enfant.
- Le partage des informations nécessaires aux différents professionnels impliqués dans les réseaux de périnatalité doit constituer une garantie de sécurité pour la femme enceinte et son enfant, en **améliorant la cohérence du suivi de la grossesse** et l'adhésion de la femme enceinte et du couple aux prescriptions médicales.

Mesures

- **Le carnet de santé de maternité actuel sera refondu.** Trois étapes sont nécessaires pour aboutir au document définitif :
 1. Enquête d'évaluation du carnet actuel pour dégager les orientations souhaitables pour le nouveau carnet (forme, circuit de diffusion, intérêt du contenu éducatif, informations concernant le suivi médical nécessaires et suffisantes pour les différents professionnels...). Cette enquête pourra être réalisée par un prestataire extérieur. Elle consistera en questionnaires semi-directifs recueillis auprès d'un échantillon de femmes venant accoucher et de professionnels (notamment réseaux, PMI, généralistes, spécialistes) ; 4 mois dans 3 régions.
 2. Mise en place d'un groupe de travail pluri-institutionnel comprenant des usagers pour élaborer le contenu ;
 3. Réalisation de la maquette du carnet.

- Les informations personnelles du carnet de santé de maternité seront **intégrées à la définition du dossier médical personnel** ;
- Ce carnet contiendra, dès la première page, un **message annonçant les risques pour le développement du fœtus et de l'enfant en cas de consommation par la femme enceinte d'alcool, même en faible dose, de tabac et de drogue** ; les conséquences du syndrome d'alcoolisation fœtale seront rappelées.

Calendrier

- Rédaction du cahier des charges/choix du prestataire/enquête d'évaluation : premier semestre 2005
- Nouveau carnet prêt pour l'édition : début 2006.
- Pour leur intégration au dossier médical personnel : calendrier du dossier médical personnel.

Coût

- Enquête d'évaluation du carnet : 40 000 €
- Réalisation de la maquette du carnet : 12 000 €

1.4.3. Grâce à une meilleure connaissance du parcours des usagers

Contexte

Les besoins des usagers constituent maintenant un élément essentiel des textes régissant l'organisation des soins ; ils sont un des axes importants du plan Périnatalité. Or, ces besoins sont souvent mal connus et évalués de manière indirecte par des indicateurs d'état de santé ou de recours aux soins. L'élaboration et **l'évaluation de la politique périnatale nécessite que les comportements de recours à une maternité donnée soient connus et expliqués**. La DREES a développé, ces dernières années, un système d'enquêtes auprès d'échantillons représentatifs d'usagers afin, précisément, de connaître les circonstances et les motivations de leur recours à un service de santé. Des enquêtes de ce type ont été réalisées auprès des usagers des consultations externes ainsi que de ceux des urgences hospitalières.

Objectifs

Dans ce cadre, il est proposé de documenter, à l'aide d'une enquête directe auprès des usagers, la décision de recours à une maternité en fonction des caractéristiques socio-économiques et culturelles des femmes, des conditions médicales de leur grossesse, des préconisations perçues par elles en provenance de leur médecin ou de leur entourage, la qualité ressentie de l'accueil et de la prise en charge en termes de suivi de la femme et de son enfant.

Mesure

Réalisation d'une enquête de grande envergure

L'enquête sera réalisée par téléphone auprès d'un échantillon d'environ 3000 femmes à une quinzaine de jours de distance de leur sortie de la maternité. Cette enquête sera doublée d'un bref questionnaire auprès des équipes médicales des maternités, permettant de fournir des éléments médicaux de cadrage sur le déroulement de la grossesse et sur l'accouchement. Pour la préparation de cette enquête, la DREES sera assistée d'un groupe d'experts du domaine. Le comité de pilotage de l'enquête regroupera les fédérations hospitalières, les professionnels et sociétés savantes, un représentant des usagers, des représentants des URML, des caisses d'assurance maladie et des différentes directions du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale.

Calendrier

La collecte des données aura lieu en **2005**.

Coût

300 000 € pour la sous-traitance de la collecte téléphonique et la logistique de la collecte auprès des équipes de soins.

1.5. Par un soutien renforcé aux femmes et aux couples en situation de précarité

Adapter l'offre de soins aux besoins des femmes et des couples les plus démunis.

Contexte

C'est à la suite du rapport du Haut Comité de Santé Publique en 1998 (« la progression de la précarité en France et ses effets sur la santé ») que les politiques ont pris conscience que les écarts de santé se creusaient entre les classes favorisées et les classes défavorisées alors que paradoxalement le système de santé français était classé comme le meilleur par l'Organisation Mondiale de la Santé. C'est pourquoi la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions a créé les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS), dans une logique d'équité en matière de santé, plus généralement de cohésion sociale.

Le PRAPS est un outil d'aide au changement. Il vise à décloisonner les politiques sectorielles ayant un impact sur la santé des plus démunis et les pratiques professionnelles, en particulier dans le domaine de la périnatalité.

Les mesures d'amélioration de la prise en charge des personnes en situation de précarité, préconisées ci-dessous, s'inscriront dans ce cadre.

Les inégalités sociales commencent dès la naissance

Des suivis médiocres ou inexistantes des grossesses, sont particulièrement associés à la précarité et la pauvreté, et responsables d'une plus grande fréquence des pathologies périnatales. Un certain nombre de femmes en situation de précarité, seules, avec un faible niveau scolaire, sans revenu autre que celui des aides publiques, n'ont pas accès à un suivi de leur grossesse conforme aux normes prévues par la législation. Il s'agit notamment de femmes à la rue, de femmes migrantes en situation irrégulière, mais aussi parfois de femmes de foyers polygames, de femmes tsiganes, manouches, roms...de femmes détenues et de mineures. Les risques médicaux encourus par l'enfant sont bien connus : retard de croissance intra-utérin, prématurité, syndrome d'alcoolisation fœtale, syndrome de sevrage, infections (tuberculose – VIH - hépatite...), etc...

Outre les enjeux médicaux, l'insécurité, ainsi que la non-reconnaissance des qualités et du rôle propre à la mère et au père peuvent non seulement compromettre les relations avec l'enfant, mais encore les relations mêmes au sein du couple. Pour l'enfant comme pour la fratrie, une grande part de leur avenir se joue dans cette période cruciale.

Il existe donc des enjeux *médicaux* - dans la mesure où ces perturbations peuvent retentir fortement sur le développement psychomoteur et la santé physique et mentale de l'enfant - *socio-économiques* par l'aggravation de la situation familiale notamment et *psychologiques* pour la mère, le père, l'enfant, la fratrie et leurs relations mutuelles.

Objectif

- améliorer simultanément l'accès au droit, l'accès aux soins et l'accompagnement psychosocial, afin de permettre aux parents en situation précaire de mieux assumer leurs responsabilités, notamment de protection de leur enfant. Il importe donc de mieux mobiliser en période périnatale des dispositifs existants, comme les PRAPS, et de les adapter aux enjeux de la naissance et de la parentalité.

Mesures

◆ Améliorer l'accès aux droits

Pour accroître la sécurité matérielle et affective des parents et de l'enfant, il s'agit en particulier de :

- **Faciliter et simplifier l'ouverture des droits sociaux pour les grossesses à risque**, notamment en appliquant la notion de « soins urgents » aux grossesses des femmes étrangères résidant depuis moins de trois mois en France, afin d'en permettre la prise en charge financière. Une circulaire sera publiée dans ce sens avant la fin de l'année ;
- **Renforcer le dispositif des permanences d'accès aux soins de santé (PASS)** pour répondre aux besoins des femmes en situation de précarité par la création de nouvelles PASS dans les zones déficitaires ou le renforcement de PASS existantes en fonction des besoins et des contextes déterminés dans les PRAPS et les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS). Il s'agit dans tous les cas de mettre en œuvre des modalités d'intervention diversifiées en activant les réseaux de santé et sociaux dans des partenariats adaptés et novateurs : PASS mobiles, postes mutualisés, conventions avec les acteurs de soins de ville ; le financement sera prévu dans la circulaire budgétaire 2005, diffusée aux directeurs d'établissements de santé ;

◆ Adapter les pratiques des professionnels par l'information et la formation de l'ensemble des réseaux professionnels et associatifs

- Mise en place avec le concours de l'Institut National pour la Prévention et l'Éducation en Santé (INPES) d'un **programme de sensibilisation aux enjeux d'un accompagnement approprié des futurs parents et des parents** vivant dans les milieux exposés durant la période périnatale. Il concernera tous les acteurs de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion, les réseaux locaux et des programmes régionaux de santé, notamment dans le cadre du PRAPS. Il associera l'expérience des services de PMI qui ont un rôle majeur dans le soutien aux familles en situation de vulnérabilité en prenant en compte les besoins des personnes notamment celles liées à leur isolement. Il débutera dès 2005 ;
- **Favoriser l'intervention d'interprètes** dans les dispositifs de prévention et de soins. Le FASILD (fonds d'actions de soutien pour l'intégration et la lutte contre les discriminations) consacrera une part de son budget pour soutenir des actions dans le domaine de l'interprétariat (domaine sanitaire et médico-social).
- **Mener une enquête qualitative et quantitative sur l'adéquation de l'offre d'hébergement et d'accueil** (centres d'hébergement d'urgence, CHRS, centres maternels...) aux besoins spécifiques des femmes enceintes. Cette étude sera réalisée en 2005 ;
- **Mise en place d'un groupe de travail interministériel** sur la problématique particulière de l'accueil et de la prise en charge des femmes enceintes et des couples d'origine étrangère.

◆ Accompagner les personnes dans les démarches de soins

- **Mise en place d'un groupe de travail** pour étudier et envisager un dispositif pour inciter les futurs pères en situation de précarité à une démarche de prévention, auprès d'un médecin généraliste, au cours du premier trimestre de la grossesse de leur épouse ou compagne.
- **Renforcer et adapter les mesures de médiation** – 20 médiatrices de santé publique seront formées par an pendant 3 ans dans les régions à forte présence étrangère – et s'appuyer sur le dispositif « adultes relais » mis en place dans le cadre de la politique de la ville ;
- **Développer le réseau des agents sanitaires de base** - 5 agents seront formés par an dans chacune des régions à population jeune fortement isolée ;

- **Renforcer la vigilance dans les points de rencontre les plus fréquentés par les femmes enceintes en situation de précarité** (SAMU social, gares, plates-formes d'accueil) pour assurer une prise en charge rapide et adaptée ; des conventions seront établies entre l'Etat et les organismes concernés (associations, SNCF, RATP, Samu Social,...).

Coût

975 K€ par an

◆ **mesures nouvelles**

- Mise au point de matériel pédagogique par l'Institut National pour la Prévention et l'Education en Santé (INPES) : 70 000 €
- Campagnes régionales de sensibilisation : 600 000 €(DGS)
- Etude de l'offre d'accueil et de prise en charge des femmes et des couples en situation de précarité pendant la période périnatale : 35 000 €- (DGAS)
- Formation d'agents sanitaires de base : 50 000 €par an de 2005 à 2010 (DGS)

◆ **dispositifs existants à renforcer**

- Formation des médiatrices : 70 000 €par an de 2005 à 2007 (DGS – DPM)
- Mise à disposition d'interprètes : FASILD (fonds d'actions de soutien pour l'intégration et la lutte contre les discriminations)
- Renforcement des PASS : 150 000 €par an de 2005 à 2010 (DHOS)

1.6. Par l'accompagnement spécifique des femmes enceintes et des couples faisant face à un handicap ou une maladie invalidante

Contexte

Mener à bien sa grossesse, accueillir la venue au monde de son enfant dans les meilleures conditions possibles est le vœu de tout parent. Pendant toute la période périnatale, les femmes ayant un handicap ou porteuse d'une maladie invalidante, ainsi que les pères, doivent faire l'objet d'un accompagnement attentif pour faciliter leur vie, dans les domaines où ils sont mis en difficulté du fait de leur handicap.

Objectif

- Organiser l'accessibilité physique à l'information, aux consultations, à la préparation à la naissance, à la prévention et aux soins et leur offrir le soutien psychologique nécessaire,
- Sensibiliser, former et soutenir les professionnels de santé impliqués dans le suivi de la périnatalité à l'accueil, à l'écoute et à l'accompagnement des personnes handicapées
- Apporter des aides humaines et matérielles aux difficultés rencontrées pendant la grossesse et après la naissance,
- Sensibiliser la société aux enjeux de la sexualité, de la maternité et de la parentalité pour toute personne handicapée, en tant que personne et en tant que citoyen.

Mesures

- Diffuser auprès des services concernés les recommandations relatives à l'accompagnement des femmes enceintes handicapées, à partir d'un recensement des actions et documents d'appuis ou d'outils spécifiques à concevoir,
- Elaborer le cahier des charges de la formation destinée aux professionnels de la naissance, en application de l'obligation de formation sur le handicap des professionnels de santé, (article L 1110-1-1 nouveau du code la santé publique, introduit par l'article 1^{er} quater du projet de loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées)
- Rendre accessibles l'ensemble des établissements recevant du public liés à la naissance et à la petite enfance (maternité, PMI, crèches et haltes garderie), en application de l'article 21 du projet de loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
- Intégrer le besoin d'accompagnement des parents handicapés dans les besoins pris en charge par la nouvelle prestation de compensation

Calendrier

- mise en place d'un groupe de travail fin 2004 sur la formation des professionnels et la diffusion des bonnes pratiques
- élaboration des textes réglementaires au 1^{er} semestre 2005

1.7. Par un suivi et une prise en charge à long terme des nouveau-nés en risque de développer un handicap

Contexte

15 000 enfants naissent avec un handicap chaque année, dont 7500 avec des « déficiences sévères ». Près de la moitié de ces handicaps est d'origine périnatale (soit 3000 à 4000 naissances par an). Les autres sont d'origine génétique.

Les diverses situations périnatales ayant un impact significatif sur la survenue de handicaps ou déficiences peuvent être classées en trois grands groupes :

- La prématurité, et surtout la grande prématurité (naissance avant 32 semaines d'âge gestationnel).
- Les accidents neurologiques du bébé à terme, avec en premier lieu l'anoxie périnatale.
- Les autres pathologies menaçant le développement cérébral.

Les nouveau-nés en risque de développer un handicap ne bénéficient pas toujours d'un suivi et d'une prise en charge adaptée à long terme. Or, outre le soutien indispensable qu'elle constitue pour les parents, une action médico-sociale précoce peut permettre de limiter la survenue d'un handicap ou son aggravation (notion de sur-handicap).

Objectifs

- Favoriser un diagnostic précoce, dans les trois premières années de vie,
- Aider l'enfant à développer toutes ses potentialités et à se construire dans la confiance grâce à une action précoce et globale
- Accompagner et soutenir les parents sur le long terme, notamment au moment de l'annonce du handicap de l'enfant pour leur permettre d'exprimer leur détresse et leur angoisse, les aider à découvrir les capacités et les difficultés de leur enfant, les informer sur les aides matérielles possibles,
- Améliorer la formation et le soutien des professionnels impliqués dans le suivi des enfants.

Mesures

La circulaire n°2002-269 du 18 avril 2002 relative à l'accompagnement des parents et à l'accueil de l'enfant lors de l'annonce pré et post natale d'une maladie ou d'une malformation a formulé des recommandations à destination des professionnels concernés par l'annonce d'une maladie ou d'une malformation. Elle doit être appliquée et complétée par les actions suivantes :

- **allonger le congé maternité pour les mères d'enfant très prématurés** (plus de 6 semaines avant le terme) **et d'enfants handicapés à la naissance nécessitant des soins**, en veillant à l'articulation nécessaire avec l'ensemble des dispositifs existants (congé de présence parentale...),
- **élaborer des protocoles standardisés d'évaluation des enfants présentant des risques de troubles du développement** et le diffuser auprès des professionnels de la petite enfance,
- **renforcer dès 2005 le soutien apporté à la campagne annuelle de sensibilisation placée sous l'égide du secrétariat d'Etat aux personnes handicapées et conduite par l'Association nationale des équipes contribuant à l'action médico-sociale précoce (ANECAMSP)** auprès des professionnels de santé « handicap agir tôt »
- **intégrer le suivi des nouveau-nés susceptibles de développer un handicap dans les réseaux ville-hôpital pour favoriser la continuité de la prise en charge à la sortie et après la maternité** : promouvoir un dossier médical partagé et améliorer les pratiques de collaboration entre les différents acteurs (équipes de néonatalogie, PMI, CAMSP, SESSAD, CMPP),
- **renforcer les capacités d'accueil dans les centres d'action médico-sociale précoce (CAMPS)** : poursuivre le plan 2003-2007, qui prévoit le financement de 22 projets de CAMSP par an, soit un total de 110 projets sur 5 ans, et **financer ainsi 66 nouveaux projets de création ou d'extension de CAMSP entre 2005 et 2007**,

- **améliorer l'accueil des enfants ayant un handicap dans le réseau des modes d'accueil** (crèches, haltes garderie, jardins d'enfants, écoles maternelles),
- **inscrire la prise en charge des très jeunes enfants handicapés et le soutien à leurs parents dans les formations des professionnels de la naissance et de la petite enfance** (collaboration avec le CNEFEI et les universités concernées),
- **Modifier les certificats de santé de l'enfant**
- **Mettre en place les outils de suivi aux fins d'études épidémiologiques** et des enquêtes de cohortes

Sur ce sujet, le plan périnatalité sera articulé avec l'action conduite à l'égard des **aidants familiaux**, mise en œuvre par le secrétariat d'Etat aux personnes handicapées dans le prolongement du projet de loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Coût

- Mise en place de réseaux de ville hôpital avec les partenaires sanitaires, sociaux et médico-sociaux : appel à projets de création de réseaux financés sur les enveloppes de crédits d'assurance maladie régionalisées et gérées par les URCAM et les ARH
- Poursuite des programmes de création de places en CAMSP : un projet coûte près de 270 000 € par an en moyenne. Au terme du plan 2005-2007, 66 nouveaux projets de création ou d'extension de CAMSP auront été financés (6 millions € par an soit 18,13 millions € en 2007).
- Formation des professionnels de la naissance : une formation portant sur l'annonce du handicap, mise en œuvre depuis la circulaire d'avril 2002, coûte 19.000 euros pour 120 personnes pendant deux jours.
- Estimation du coût d'une enquête de cohorte sur les prématurés sur la base d'une estimation d'une enquête de cohorte portant sur 1000 à 2000 personnes traumatisées crâniennes suivies sur cinq ans : 40 000€ pour l'élaboration d'un protocole et 1,5M€ pour les cohortes

1.8. Par une prise en charge rigoureuse des décès en maternité ou en néonatalogie

Contexte

Le décès d'un enfant est malheureusement un événement irréductible et particulièrement traumatisant. Une prise en charge rationnelle s'impose tant au plan du diagnostic que de l'accompagnement psychologique.

Les familles doivent pouvoir disposer en temps réel des informations nécessaires. Elles doivent être accompagnées et guidées tant pour leur deuil que dans la compréhension des causes du décès.

Objectifs

- Effectuer une analyse rigoureuse au sein du réseau des facteurs ayant pu conduire aux décès
- Assurer à la famille et aux professionnels les informations et la prise en charge psychologique adaptées.

Mesures

1. **Demander à la Haute Autorité de Santé d'élaborer un guide de bonne pratique en cas de décès** en maternité ou néonatalogie.
2. **Garantir la capacité d'une prise en charge psychologique rapide**, sur place pour les maternités disposant d'un service de néonatalogie, de soins intensifs ou de réanimation (*cf. fiche 1.2 18M€ sur 3 ans*), et dans le cadre du réseau pour les autres.
3. **Mettre en place dans chaque réseau un partage d'expérience systématique** sur les décès.

Calendrier

2005

2. Plus de proximité

La demande des parents s'exprime à la fois en termes de qualité, de sécurité et de proximité des soins. La sécurité peut impliquer dans certains départements que l'accouchement ne s'effectue pas en toute proximité. Il est alors indispensable d'organiser les conditions d'un suivi pré- et post-natal proche du domicile des parents tout en veillant à la complémentarité et la coordination entre les différents acteurs quel que soit leur lieu d'exercice, dans le cadre de réseaux de périnatalité.

2.1. Par le développement des réseaux en périnatalité

6 M€ (en 2005)

Contexte

Les réseaux se sont développés au cours de ces dernières années : une trentaine de réseaux de périnatalité fonctionnent aujourd'hui de manière formalisée et organisée. Il s'agit essentiellement de réseaux inter établissements qui permettent de réguler la coopération interhospitalière public/privé dans le domaine de la périnatalité.

Ils ont contribué à améliorer la sécurité en définissant notamment les situations justifiant un transfert, dont les conditions et l'organisation ont été ainsi améliorées. Les réseaux doivent en effet éviter les transferts inutiles, et favoriser ceux qui sont nécessaires, en respectant le principe de la graduation des soins selon les besoins de la mère et de l'enfant.

La fonction du réseau est également d'éviter des demandes des usagers inadaptées à leurs besoins. A ce titre, on peut noter l'effet contre productif de la « numérotation » qualifiant les différents niveaux de maternité, qui pourrait s'apparenter à tort à une hiérarchisation.

Mais cette coopération interhospitalière doit couvrir également l'amont et l'aval de la prise en charge hospitalière pour une prise en charge globale de la mère et de l'enfant dès la grossesse : organisation du suivi de la grossesse, dépistage et prise en charge du risque psychosocial en amont et suivi du nouveau-né présentant notamment une déficience d'origine périnatale susceptible de développer un handicap en aval.

Elle doit reposer sur des réseaux ville/hôpital qui permettent d'associer aux établissements de santé, les professionnels de santé de ville et ceux exerçant dans les services de PMI, d'une part, et les acteurs des champs médico-social et social d'autre part. La pédopsychiatrie doit également en faire partie.

Objectifs

Créer et développer des réseaux de santé de proximité ville/PMI/hôpital en amont et en aval de l'organisation inter-établissements, afin de garantir le meilleur accès aux soins pour l'ensemble de la population et améliorer la qualité de la prise en charge de la mère et de son enfant autour de la naissance :

- En orientant la femme enceinte vers le lieu le mieux adapté à sa surveillance ; la définition d'indicateurs nationaux doit permettre d'évaluer l'adéquation de l'orientation.
- En privilégiant, si possible, la proximité de son lieu d'habitation;
- En prenant en charge de façon adaptée la grossesse en cas de situation pathologique ou de risque psychosocial ;
- En informant et en respectant le libre choix de la patiente et de sa famille ;
- En **créant une « communauté périnatale »** correspondant à l'ensemble des professionnels de la naissance qui appartiennent au réseau.

Mesures

Obligation de couvrir tout le territoire par des réseaux de périnatalité d'ici fin 2005 :

1. Elaborer **un cahier des charges national** avec l'ensemble des professionnels concernés (Commission Nationale de la Naissance) avec la création d'un « **label** » **des réseaux de périnatalité**. Ce label sera octroyé régionalement après vérification du respect du cahier des charges.
2. Donner des **instructions aux ARH** dans le cadre d'une **circulaire pour mettre en place des réseaux de périnatalité** associant la ville, l'hôpital et les services de la PMI et permettant la couverture de l'ensemble du territoire. Ils seront financés sur la Dotation Nationale de Développement des Réseaux (DNDR) s'ils sont conformes au cahier des charges.

Coûts

6 M€ sur la Dotation Nationale de Développement des Réseaux (DNDR) en 2005 pour la périnatalité.

2.2. Par le renfort et l'extension du rôle des Centres Périnataux de Proximité

Contexte

Les décrets de 1998 prévoyaient que les maternités réalisant moins de 300 accouchements par an et ne pouvant justifier d'une exception géographique pouvaient être reconverties en centre périnatal de proximité. Plus d'une cinquantaine existent aujourd'hui et assurent des consultations pré- et post-natales, des cours de préparation à la naissance, de l'enseignement des soins aux nouveau-nés et des consultations de planification familiale. La signature d'une convention avec une maternité permet d'organiser notamment des équipes médicales et non médicales communes, ce qui permet le maintien des compétences des professionnels tout en garantissant aux femmes une prise en charge de qualité en proximité.

Objectifs

- Conforter et étendre le rôle et les missions des centres périnataux de proximité (CPP).
 - Assouplir les conditions de mise en place des CPP en permettant leur **création dans des établissements où il n'y a jamais eu de site d'accouchements** ;
 - **Elargir le champ couvert par les consultations** aux activités de gynécologie hors périnatalité, de rééducation périnéale, et de pédiatrie.
- Expérimenter, dans certains CPP, **l'hospitalisation en post-partum** des femmes et de leur nouveau-né.

Mesures

- **Modifier les décrets de 1998** pour étendre le rôle et les missions des CPP
- **Prendre une disposition législative permettant d'expérimenter** les hospitalisations dans les CPP.

Calendrier

Les textes seront publiés **au second semestre 2005**.

2.3. Par le service de protection maternelle et infantile (PMI), acteur-clé du réseau de périnatalité

Contexte

Le service de PMI est un service public, territorialisé, accessible sans aucune condition, gratuit et mis en place par les Conseils généraux. Il organise des consultations prénuptiales, prénatales et postnatales et des actions de prévention médico-sociale auprès des femmes enceintes, des actions de planification familiale et d'éducation familiale, ainsi que des actions médico-sociales préventives à domicile pour les femmes enceintes et les enfants de moins de six ans requérant une attention particulière. Il a également un rôle dans l'accompagnement des familles et des enfants susceptibles de développer un handicap, qu'il peut notamment orienter vers les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce. Son rôle en matière de suivi de la santé et du développement de l'enfant lui permet d'intervenir d'une manière appropriée lorsqu'il est menacé par des défauts de soins ou des mauvais traitements. Sous la responsabilité d'un médecin, le travail en équipe pluridisciplinaire lui permet de développer toutes sortes de collaborations pour réaliser sa mission.

Les moyens, dont il dispose (consultations, visites à domicile ou en établissements, séances de préparation à la naissance...), lui permettent d'agir le plus en amont possible sur les facteurs de risque médicaux, sociaux et psychologiques, notamment en facilitant l'accès aux soins. Il offre un service de proximité où les parents peuvent trouver l'occasion de se relier entre eux, et de se familiariser avec leur nouvelle fonction de parent.

Sa position privilégiée dans le système de suivi des nouveau-nés et des jeunes enfants en fait également un relais indispensable pour la connaissance de l'état de santé, de l'environnement socio-économique et des actions de prévention (vaccinations...). C'est pourquoi les PMI transmettent annuellement à la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) des statistiques issues des certificats de santé au 8^{ème} jour (prématurité, poids de naissance, âge de la mère, taux de césariennes et de transferts, allaitement maternel, anomalies de naissances). Ces données apparaissent cependant insuffisantes au regard des besoins d'informations nécessaires à l'élaboration et au suivi de la politique périnatale nationale et locale.

A cet égard, une réflexion destinée à améliorer ce système a été amorcée depuis quelques mois par la DREES en concertation avec la DGS, l'InVS, l'INSERM, l'Assemblée des départements de France et le syndicat des médecins de PMI pour refondre et mieux coordonner les sources existantes. Il est apparu souhaitable de substituer à ces remontées partielles et agrégées celle d'un échantillon anonyme de certificats de santé permettant d'établir, pour l'ensemble des variables et collectées lors de l'examen du 8^{ème} jour et non plus pour un sous-ensemble comme précédemment, de réaliser des statistiques agrégées plus complètes, comportant en particulier des possibilités multiples de croisement de variables, mais également de disposer de données permettant la modélisation individuelle des facteurs de risques et des comportements sur lesquelles les informations sont recueillies.

Objectifs/mesures

◆ Améliorer l'exploitation des remontées statistiques obligatoires

Le dispositif mis en place par la DREES évoluera ainsi :

- La remontée des statistiques issues des certificats de santé s'effectuera sous la forme de données individuelles anonymes prévue dans la loi relative à la politique de santé publique. Les modalités techniques de cette nouvelle remontée à la DREES seront étudiées avec les services départementaux. L'analyse comparée des disparités régionales ou départementales, à

partir des différentes sources disponibles, permettra de fournir à partir de ces certificats des estimations fiables.

- Le recueil de ces certificats servira également à réaliser périodiquement des enquêtes périnatales auprès des jeunes mères.
- Les données produites par la DREES seront mises à disposition, de manière anonyme, de l'ensemble des chercheurs et organismes intéressés au niveau national et régional et exploitées conjointement.

La première collecte rénovée pourrait avoir lieu et faire l'objet d'une publication en 2005.

◆ Améliorer la communication et le partage d'information des acteurs autour de la PMI

- Inscrire au programme de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) une enquête concernant l'exercice des compétences décentralisées et le respect des règles d'organisation et de qualification des personnels des services de PMI ;
- Valoriser et favoriser les échanges d'expérience, notamment dans le domaine de la parentalité et du soutien aux personnes les plus exposées, avec tous les partenaires publics et associatifs, afin de faire connaître le rôle et les initiatives de la PMI en période périnatale à tous les acteurs de la périnatalité. L'organisation régionale prévue par le projet de loi relatif à la politique de santé publique permettra de diffuser ces connaissances au travers de la conférence régionale de santé et des plans régionaux de santé publique, en lien avec les commissions régionales de la naissance ;
- Mettre en place, au niveau national, une rencontre biennale d'échanges et de promotion des initiatives locales entre les services de l'Etat et les services de PMI autour de la naissance, en associant les services de maternité, d'aide sociale à l'enfance (ASE) et de pédopsychiatrie selon les thèmes. Cette rencontre bénéficiera de la dynamique déjà installée sous la forme de la journée des commissions régionales de la naissance, en élargissant les thèmes et les participants à cette manifestation dès 2005. Ces rencontres seront organisées par la DGS en lien avec les collectivités territoriales qui soutiennent les activités de PMI ;
- Créer un support de liaison et de dialogue par Internet entre les différents services intervenant dans le domaine de la périnatalité. Ce dispositif sera complété par un bulletin de liaison périodique inter-services, faisant le point sur l'état d'avancement de la prise en charge des mères et des enfants.

Calendrier : 2005-2006

Coût de la remontée des statistiques issues des certificats de santé : 200 000 € en 2005 et 100 000 € par an ensuite.

2.4. Par la participation des sages femmes libérales et la création de places d'hospitalisation à domicile sur l'ensemble du territoire.

Contexte

Les sages femmes libérales assurent une mission de suivi à domicile en pré- et post-accouchement, particulièrement utiles pour les grossesses pathologiques et les retours précoces. L'hospitalisation à domicile (HAD) permet de mobiliser efficacement une équipe pluridisciplinaire pour les grossesses à risque et les retours de maternité après une naissance difficile.

Des conditions légales, réglementaires et financières favorables au développement de l'HAD ont été créées à travers l'ordonnance de simplification administrative du 4 septembre 2003 et la mise en œuvre de la tarification à l'activité : il n'existe désormais plus de « taux de change » pour créer des places et les modalités de financement seront en prise avec l'activité réelle des structures qu'elles soient publiques ou privées.

Par ailleurs, les conditions dans lesquelles les sages-femmes libérales peuvent intervenir à domicile en pré- et post-naissance existent déjà.

Objectif

Créer des places d'hospitalisation à domicile sur l'ensemble du territoire.

Mesures

- Instructions transmises aux Agences régionales d'hospitalisation (ARH) et aux Unions régionales des caisses d'assurance maladie, visant à **faciliter l'intégration des sages-femmes libérales dans les réseaux de périnatalité** ;
- **Développement de l'HAD** qui s'appuie notamment sur une circulaire en date du 4 février 2004, à l'attention des ARH et des promoteurs qui définit notamment un cahier des charges de la prise en charge en périnatalité (ante et post-partum). Sur la base de ce cahier des charges, des appels à projets seront conduits par les ARH pour permettre le développement de ce mode de prise en charge, particulièrement dans les zones qui en sont actuellement dépourvues.

Calendrier : 2005

3. Plus de sécurité

La sécurisation de l'accouchement passe par trois mesures principales : la mise aux normes des maternités, l'amélioration de la prise en charge du risque obstétrical et de la réanimation néonatale et pédiatrique, l'implantation des maternités et l'organisation des transports maternels et pédiatriques.

3.1. Par des maternités mieux équipées et mieux pourvues en personnels

130 M€ en 2005

Contexte

En application du plan « périnatalité » de 1994, les décrets d'octobre 1998 ont précisé les normes d'installation et de fonctionnement des maternités en définissant les activités d'obstétrique, de néonatalogie et de réanimation néonatale pour assurer aux femmes la prise en charge la plus adaptée à leur grossesse. Ces normes ont donc permis de structurer l'offre de soins en maternité en identifiant les sites nécessaires du point de vue de l'accès aux soins et dans lesquels la sécurité des mères et de leurs nouveau-nés pouvait être garantie.

Mais, aujourd'hui encore, tous les établissements autorisés ne remplissent pas les normes prévues par les décrets.

Ces besoins varient en fonction des niveaux de maternité et des régions. Ils ont été estimés à partir d'une vaste enquête réalisée en 2002, qui sera réévaluée pour la fin 2005.

Afin de permettre cette mise aux normes, le décret du 16 octobre 2003 a allongé de deux ans le délai pour une obligation de conformité, en 2006. **Il convient désormais de se donner les moyens de respecter ce nouveau délai.**

Objectif

Poursuivre de manière significative et adaptée les efforts budgétaires permettant de créer les postes médicaux et non médicaux nécessaires dans les maternités.

Mesures

- **Prévoir le financement dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) hospitalier public et privé, par le biais des tarifs** de la maternité et de néonatalogie (tarification à l'activité), et des **dotations complémentaires** pendant la phase de montée en charge de la tarification à l'activité.
- **Mettre en place un comité de suivi** composé de professionnels, qui assurera 3 missions :
 1. **vérifier sur le terrain la mise en œuvre concrète des mises aux normes**, et en rendre compte régulièrement au Ministre et à la Commission Nationale de la Naissance ;
 2. **évaluer l'impact sur les besoins** par une enquête nationale exhaustive
 3. **proposer**, à partir des deux constats précédents, d'éventuels **ajustements ou financements complémentaires**, pour 2006.

Coût

Le coût de la mise aux normes s'élèvera à **130 M€ en 2005**

[110 M€ pour les hôpitaux publics et 20 M€ pour les cliniques privées].

Ces financements correspondent à environ

- **480 Sages Femmes**
(360 pour les hôpitaux, 120 pour les cliniques privées)
- **370 Praticiens Hospitaliers**
(130 gynécologues obstétriciens, 140 pédiatres, 100 anesthésistes réanimateurs)
- **1300 Infirmiers**
(1200 pour les hôpitaux, 100 pour les cliniques privées)

Ces recrutements seront possibles grâce à l'anticipation des besoins en professionnels de la naissance dans les quotas de sages-femmes et d'infirmiers, et l'augmentation des postes d'internes pour les spécialités concernées

3.2. Par des transports mieux organisés et renforcés

27 M€ sur 2 ans (2005 – 2006)

Contexte

L'amélioration des transports des mères et des nouveau-nés passera par des mesures organisationnelles et financières.

Aujourd'hui, la particularité des transports d'enfants est peu prise en compte par le code de la santé publique. Les organisations mises en place dans les régions sont disparates (au 31 décembre 2002, il existait 24 Services Mobiles d'Urgences et de Réanimation (SMUR) de néonatalogie répartis dans 12 régions différentes). Des transports paramédicalisés interhospitaliers ont été mis en place dans certaines régions et sont pris en charge soit par des entreprises de transports sanitaires, soit par les établissements de santé eux-mêmes. Dans les régions où ces transports n'existent pas, il existe une surmédicalisation fréquente de ces transports par l'envoi d'un SMUR pour une pathologie ne justifiant pas nécessairement un accompagnement médical.

Objectifs

Les transports d'enfants devraient diminuer si la régionalisation des soins fonctionne bien. Mais, compte tenu de la nécessaire augmentation des transports suite au regroupement des plateaux techniques et des maternités, il devient primordial de mieux organiser les transports sanitaires des femmes enceintes, des nouveau-nés, nourrissons et enfants.

Le schéma organisationnel proposé repose sur une organisation graduée des transports néonataux ou pédiatriques allant du simple transport sanitaire réalisé par un ambulancier jusqu'au transport médicalisé, que cette médicalisation soit assurée par un SMUR ou un SMUR néonatal ou pédiatrique. Un niveau intermédiaire est instauré, reposant sur un accompagnement paramédical, pour certains transports interhospitaliers de nouveau-nés, nourrissons ou d'enfants. Les recommandations visent à favoriser l'existence **d'au moins un type de transport médicalisé spécialisé dans le transport des enfants par région.**

Mesures

- **Elaboration de textes** organisant les transports des mères, des nouveau-nés et des enfants, avec les professionnels de la naissance et les urgentistes des SAMU/SMUR ;
- **Etablissement de recommandations spécifiques sur les transferts in utero**, notamment concernant sa régulation, élaborées avec les professionnels concernés (professionnels de la naissance et des SAMU/SMUR) ;
- Mise en place d'un groupe de travail pour **clarifier et préciser les règles de financement et de facturation** des transports primaires et secondaires ;
- **Des aides financières immédiates et substantielles (27 M€), soit 9 M€ pour les SMUR (Services Mobiles d'Urgences et de Réanimation) et 18 M€ pour les transports inter-hospitaliers** qui permettront le recrutement de :
 - **50 praticiens hospitaliers,**
 - **30 infirmiers et 20 ambulanciers pour les SMUR,**
 - **300 infirmiers pour les transports inter-hospitaliers.**

Calendrier et coûts

- **2005 : renfort des SMUR** (50 médecins, 30 infirmiers et 20 ambulanciers), correspondant à un coût de 9 M€ en année pleine ;
- **2006 : renfort des transports infirmier inter-hospitaliers** (300 infirmiers) pour un coût de 18 M€
- **Premier semestre 2005 : élaboration des textes et établissement des recommandations** spécifiques sur les transferts in utero.

3.3. Par la mise en œuvre de schémas régionaux des services de réanimation pédiatrique

43 M€ sur 2 ans (2006-2007)

Contexte

Les services de réanimation mixte pédiatrique et néonatale représentent la moitié des services de réanimation néonatale (68 établissements autorisés en réanimation néonatale) et les trois-quarts des services de réanimation pédiatrique (43 unités concernées). Ces services sont soumis au décret relatif à la périnatalité pour l'activité de réanimation néonatale et au décret relatif à la réanimation pour l'activité de réanimation pédiatrique. Une enquête récente montre qu'**environ 80 % des services de réanimation pédiatrique et néonatale ne remplissent pas les normes prévues par ces deux décrets.**

Un groupe de travail s'est réuni pendant un an avec l'ensemble des services concernés et les représentants des professionnels de la réanimation néonatale et pédiatrique. Les recommandations de ce groupe consistent en un **schéma organisationnel de la réanimation pédiatrique en deux niveaux de prise en charge : la réanimation pédiatrique et la réanimation pédiatrique spécialisée.** Ce schéma d'organisation inclut également la structuration d'unités de surveillance continue en amont et en aval de la prise en charge dans des services de réanimation pédiatrique. Toutefois, à la différence de ce qui est prévu pour la réanimation adulte, il n'est pas créé de soins intensifs pédiatriques tant polyvalents que de « surspécialités ».

Objectifs

L'organisation-cible proposée devrait permettre

- l'émergence d'une dizaine de services spécialisés de réanimation pédiatrique offrant plusieurs prises en charge de suppléance,
- et un maillage du territoire garantissant une prise en charge de première intention, en surveillance continue ou en réanimation pédiatrique, partout où cela s'avère nécessaire pour les nourrissons et les enfants.

Mesures

- 1) **Elaboration de décrets** rendant obligatoire ce schéma organisationnel.
- 2) **Financement de la mise aux normes**

Calendrier

- Publication des textes : 1^{er} semestre 2005.
- Elaboration des schémas : 2005
- Financement : 2006 - 2007

Coût

43 M€(21,5M€en 2006 - 21,5M€en 2007)

3.4. Par l'amélioration de la prise en charge des urgences maternelles (risque obstétrical)

Contexte

On observe chaque année environ 70 décès maternels.

Le rapport du comité national d'experts sur **la mortalité maternelle** de mai 2001 rappelle que 50 % de ces décès sont évitables (30 % par une amélioration des pratiques, 20 % par l'amélioration de l'environnement de l'accouchement).

De façon plus spécifique on peut noter que les hémorragies du 3^{ème} trimestre, et en particulier de la délivrance, qui constituent 20% des décès maternels auraient pu être évités (dans 87 % des cas) s'il n'y avait pas eu de perte de temps liée à un diagnostic trop tardif ou à des lignes de conduite inadéquates. Une meilleure prise en charge des hémorragies pourraient donc à elle seule éviter 20% des décès.

Par ailleurs, les décrets de 1998 organisent une graduation de l'offre de soins périnatale fondée sur le risque néonatal. Cette graduation est liée à la présence ou non d'une unité de néonatalogie, avec ou sans soins intensifs ou de réanimation néonatale, elle n'est pas liée, à la prise en charge « des grossesses à risques maternels identifiés ».

Objectifs

Il convient de diminuer la mortalité maternelle, conformément aux objectifs de la loi relative à la politique de santé publique : **atteindre en 2008 un taux de 5 pour 100 000 naissances** (le taux actuel se situe autour de 9 pour 100 000).

Mesures

1. **Elaborer des recommandations opérationnelles** sur la prise en charge des hémorragies du post-partum, à destination des professionnels.

La Haute Autorité en Santé va élaborer des **recommandations de pratique clinique (RPC)** pour la prise en charge des hémorragies du post-partum. D'ores et déjà, des experts obstétriciens et anesthésistes-réanimateurs, sous l'égide du Collège des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), ont analysé les études pertinentes permettant de répondre aux différentes questions relatives à la prise en charge de ces urgences. Les recommandations seront prêtes en fin d'année 2004.

En 2005, les complications de l'hypertension artérielle, notamment l'éclampsie, feront l'objet de nouvelles recommandations.

A la suite de ces travaux, des arbres de décisions seront disponibles dans toutes les salles de naissance.

Le Collège des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) et la Société Française de Médecine Périnatale (SFMP) –proposeront des recommandations en matière de suivi des femmes enceintes, en prenant en compte le risque maternel et le risque fœtal, pour permettre d'adapter les soins au niveau de risque de la grossesse.

2. **Réaliser une étude sur l'adéquation de la prise en charge des mères dans les services d'obstétrique.** Les résultats de cette étude pourraient conduire à une réflexion avec les professionnels sur l'adaptation, le cas échéant, de l'offre de soins, en ce qui concerne la prise en charge des grossesses pathologiques, et plus généralement en fonction du risque obstétrical.

Calendrier

- | | |
|----------|---|
| fin 2004 | RPC sur les hémorragies du post-partum |
| - 2005 | RPC sur les complications de l'hypertension artérielle
Recommandations pour le suivi des grossesses par les sociétés savantes. |
| - 2005 | étude sur l'adéquation de la prise en charge des mères dans les services d'obstétrique |

3.5. Par une implantation des sites d'accouchement garantissant qualité et sécurité

Contexte

La sécurité de la naissance, pour la mère et l'enfant, suppose que l'obstétrique soit exercée dans une structure dont l'activité est suffisante pour disposer d'équipes compétentes, disponibles 24 heures sur 24 et réactives à l'urgence dans les disciplines de gynécologie obstétrique, chirurgie, anesthésie réanimation et pédiatrie.

Objectifs

Les ARH sont invitées, dans le cadre de l'élaboration des SROS de 3^{ème} génération qui devront être adoptés au plus tard le 31 mars 2006, **à réaliser une évaluation des risques à maintenir ou ne pas maintenir une activité**, notamment en obstétrique.

La phase de diagnostic qui précède cette évaluation doit associer étroitement les élus, les usagers, et les professionnels, par des actions d'information et des échanges approfondis sur l'état des lieux de cette activité [difficultés rencontrées, forces et faiblesses de l'offre concernée, contraintes, place dans l'environnement sanitaire, enjeux pour le territoire et la population].

La phase de diagnostic initial et la phase d'évaluation des risques à maintenir ou non cette activité doivent être le plus largement partagés. Dans ces deux phases, les professionnels de la naissance doivent jouer un rôle pédagogique auprès de tous les autres acteurs concernés.

Mesures

Des instructions ont été données aux ARH en ce sens dans la circulaire de mars 2004.

Calendrier

- Avant mars 2006 pour l'élaboration des SROS.
- La durée du SROS (5 ans) pour sa mise en œuvre.

4. Plus de qualité

Au-delà de la mise aux normes des maternités, la qualité de la prise en charge des mères et des nouveau-nés doit s'appuyer sur des études permettant de mettre en œuvre des dispositifs plus efficaces, mieux organisés en réseau et accompagnés financièrement.

Dans le cadre du **programme de travail de la Haute Autorité en Santé**, un certain nombre de demandes ont été formulées par les sociétés savantes et par le ministère, relatives à l'obstétrique, afin de bénéficier de référentiels permettant d'homogénéiser les pratiques et d'en améliorer la qualité. Ces demandes seront prises en compte sur la durée du plan.

Au-delà de ce programme, deux mesures spécifiques sont décidées :

4.1. Sur la promotion des démarches qualité et de la gestion des risques dans les réseaux de périnatalité

Contexte

Le réseau doit permettre de vérifier que les recommandations cliniques fondées sur un niveau de preuve suffisant, sont appliquées.

Il doit utiliser et contribuer à diffuser les méthodes d'évaluation de pratique professionnelle pour les métiers de la naissance en complémentarité avec la démarche d'accréditation des établissements.

Cette démarche qualité doit prendre naturellement la forme d'une gestion des risques dans le domaine du risque maternel et des souffrance fœtales.

Objectif

Au sein de chaque réseau, l'Agence Régionale de l'Hospitalisation veillera à ce que se mette en place des procédures adaptées de gestions des risques, éventuellement avec l'appui méthodologique de consultants externes experts en la matière.

Dans les domaines où les doutes persistent, le réseau peut être le lieu de recherche clinique pertinent pour établir de nouvelles recommandations et en prouver scientifiquement la justesse.

Mesures

- Intégration de ces objectifs dans le cahier des charges des réseaux.
- Instructions données aux Agences Régionales de l'Hospitalisation.

Sur l'échographie

Contexte

L'échographie fœtale est un outil clé en périnatalité. En effet, elle permet de repérer un risque ou de surveiller les femmes enceintes chez qui une pathologie a été reconnue (retard de croissance intra utérin, malformations curables ou incurables, diagnostic précoce des grossesses multiples, datation des grossesses, évaluation du risque d'accouchement prématuré).

L'échographie a connu un développement considérable (plus de 4 examens en moyenne par grossesse, près de 3 millions d'échographies obstétricales par an) ; elle est réalisée selon des modalités diverses :

- examens systématiques (dépistage) à 12, 22 et 32 semaines d'aménorrhée ;
- examens de référence ou de diagnostic (infirmerie ou confirmation d'anomalie suspectée lors du dépistage, établissement du pronostic d'une anomalie) ;

- examens focalisés (surveillance d'un retard de croissance intra-utérin, d'un dépassement de terme) ;
- examens pratiqués dans le cadre de l'urgence.

Les opérateurs sont des médecins (gynécologues-obstétriciens, radiologues ou généralistes) ou des sages-femmes.

L'échographie peut générer des craintes non fondées ou des interventions inutiles du fait d'imprécisions diagnostiques.

Objectif

Assurer un accès à des échographies de qualité à toutes les femmes

La qualité de l'échographie fœtale peut être améliorée en définissant :

- les modalités d'exercice de l'échographie fœtale et de ses objectifs,
- des pré requis de formation initiale et continue,
- le contenu des actes et de l'imagerie minimum à rendre,
- le contrôle de qualité des procédures et des actes par les professionnels eux-mêmes,
- les matériels nécessaires,
- l'information à donner aux patientes.

Mesures

Ces points seront mis en œuvre notamment sur la base de recommandations du comité technique national sur l'échographie de dépistage prénatal.

Ce comité, mis en place en décembre 2001, a pour mission d'émettre des avis sur les questions relevant de l'échographie de dépistage et la mise en place d'une politique d'assurance qualité, ainsi que le développement d'une stratégie d'information du public sur l'intérêt et les limites actuelles de cette échographie (Arrêté du 30 avril 2002). Présidé par le professeur Roger Henrion, il est composé, outre de représentants des administrations et agences concernées par cette pratique, de professionnels de santé, notamment de médecins généralistes, radiologues, gynéco-obstétriciens, de sages-femmes et d'usagers.

Depuis sa création, il a travaillé sur la qualité des échographies de dépistage (définition d'un compte-rendu, document d'information des patientes, contrôle de qualité des équipements, formation initiale et continue, expertise judiciaire en échographie...) et doit transmettre au ministre un rapport sur son activité et ses recommandations.

Ces recommandations seront diffusées auprès des professionnels par voie de circulaire et Internet. Elles pourront même être intégrées aux recommandations de l'AFSSAPS et relayées par le Conseil National de l'Ordre des Médecins et les sociétés savantes.

Calendrier

- Remise du rapport au ministre : Janvier 2005
- Publication de la circulaire : 2^{ème} trimestre 2005.

4.3. Sur l'assistance médicale à la procréation

Contexte

La loi relative à la bioéthique, révisée en août 2004, encadre les activités d'assistance médicale à la procréation, cliniques et biologiques. Les établissements de santé et les laboratoires exerçant ces activités doivent respecter des règles de bonnes pratiques (cf. articles R. 2142-6 et R. 2142-11 du Code de Santé Publique). Ces règles sont fixées par un arrêté du 12 janvier 1999.

L'évolution des techniques, des pratiques et des connaissances scientifiques a d'ores et déjà conduit la DGS à confier la révision de cet arrêté à un groupe de travail issu de la Commission nationale de médecine et de biologie de la reproduction et du diagnostic prénatal (CNMBRDP).

Près de 15 000 enfants naissent chaque année des différentes techniques d'assistance médicale à la procréation.

L'observation des données de la dernière enquête périnatale montre une augmentation du taux de naissances multiples et de prématurité dont l'hyperstimulation ovarienne est l'un des facteurs favorisant.

La loi relative à la bioéthique prévoit l'encadrement de la stimulation de l'ovulation par des recommandations de bonnes pratiques, y compris lorsqu'elle est effectuée hors assistance médicale à la procréation, et la création de **l'Agence de biomédecine**.

Objectif

Afin de réduire le nombre de grossesses multiples et par là même de prévenir la grande prématurité liée à ces grossesses multiples, il convient d'améliorer l'encadrement et la qualité des pratiques d'assistance médicale à la procréation et notamment l'encadrement de la stimulation de l'ovulation.

Mesures

- **Révision de l'arrêté** relatif aux règles de bonnes pratiques cliniques et biologiques en assistance médicale à la procréation (début 2005) ;
- **Rédaction d'un texte réglementaire encadrant la stimulation de l'ovulation hors AMP** sur la base des recommandations de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) de juin 2003 sur l'utilisation des médicaments inducteurs de l'ovulation (1^{er} semestre 2005) ;
- **Mise en place de l'Agence de biomédecine** (janvier 2005), qui permettra, en application de la loi de bioéthique, d'évaluer notamment les conséquences éventuelles de l'assistance médicale à la procréation sur la santé des personnes qui y ont recours et sur celles des enfants qui en sont issus ; l'agence mettra également en œuvre, dans ce domaine, un dispositif de vigilance en matière d'activités cliniques et biologiques.

5. Mieux reconnaître les professionnels de la naissance

5.1. Par la prise en compte, à leur juste valeur, des activités de périnatalité dans la tarification à l'activité.

La mise en place progressive, à partir de 2004, de la tarification à l'activité dans les établissements de santé, qu'il soient publics ou privés, nécessite d'apporter une attention particulière pour développer **des effets incitatifs** par ce changement de financement.

Dans le domaine de la périnatalité, que ce soit pour l'obstétrique ou la néonatalogie, les tarifs actuels sont hétérogènes, sans lien direct avec les coûts estimés pour les activités les plus lourdes pour le secteur hors dotation globale. Pour celui-ci, seuls sont représentés les niveaux de soins de néonatalogie IIA et IIB (soins intensifs).

Dans le contexte de nécessaire mise aux normes de ces établissements, **les tarifs en cours de fixation, tiendront compte de la hiérarchisation des coûts en les rendant plus proches de la réalité de la mobilisation de ressources**, au 1^{er} mars 2005 pour le privé, au 1^{er} janvier 2005 pour le public.

Une attention particulière sera également portée au tarif applicable en matière de pédiatrie de manière à favoriser la prise en charge des enfants.

5.2. Par la valorisation des compétences des professionnels de la naissance.

5.2.1. Sages-femmes

Contexte

Pour permettre aux sages-femmes d'exercer réellement leurs missions auprès des femmes et des nouveau-nés, il apparaît indispensable d'actualiser les textes relatifs à leurs exercice en fonction des pratiques médicales actuelles. D'autre part, il est souhaitable d'étendre leurs champs de compétences à certains actes pour obtenir un meilleur équilibre entre les tâches relevant du médecin et de la sage-femme et de revaloriser le déroulement de leur carrière.

Mesures

- ◆ Pour **réaffirmer la place et le rôle essentiel des sages-femmes dans l'organisation des soins périnataux**, une réflexion sera engagée avant la fin de l'année avec les représentants de la profession pour conforter la spécificité de la profession de sage-femme au sein de la fonction publique hospitalière, notamment à travers le déroulement de leur carrière.
- ◆ **Les pouvoirs publics s'engagent à maintenir, voire à augmenter le nombre de places proposées au concours d'entrée dans les écoles de sages-femmes.** Depuis 2003, le quota d'entrée dans les écoles de sages-femmes a été régulièrement augmenté pour faire face aux besoins : 900 places en 2002, 940 places en 2003, 975 places en 2004, **il sera de 1000 en 2005.**

Dans le cadre des travaux menés par l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé, un groupe spécifique est chargé de faire de propositions concernant les conditions d'exercice et la démographie des sages-femmes.

En outre, une réflexion sera conduite avec le Ministère chargé de l'enseignement supérieur, en vue **d'intégrer la formation des sages-femmes dans un cursus Licence-Master-Doctorat (LMD).**

- ◆ Par ailleurs, plusieurs dispositions votées dans la loi de santé publique vont **permettre aux sages-femmes de réaliser le premier examen prénatal, l'examen post-natal et les prescriptions de contraceptifs.**

5.2.2. Puéricultrices

Contexte

L'article 11 du décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier marque la volonté des pouvoirs publics de reconnaître la profession de puéricultrice.

Il prévoit en effet que « les actes concernant les enfants de la naissance à l'adolescence et en particulier ceux ci-dessous énumérés, sont dispensés en priorité par une infirmière titulaire du diplôme d'Etat de puéricultrice et l'infirmier en cours de formation préparant à ce diplôme, comme :

- le suivi de l'enfant dans son développement et son milieu de vie,
- la surveillance du régime alimentaire du nourrisson,
- la prévention et le dépistage précoce des inadaptations et des handicaps,
- les soins du nouveau-né en réanimation,
- l'installation, la surveillance et la sortie du nouveau-né placé en incubateur ou sous photothérapie ».

Objectif

Mieux reconnaître les compétences des puéricultrices

Mesure

- Afin de tenir compte des missions incombant aux puéricultrices, les pouvoirs publics s'engagent à conduire une réflexion sur leurs **conditions d'exercice** et le **contenu de leur formation**, tenant compte de l'évolution des techniques et des pratiques professionnelles dans leur domaine d'activité. Le futur programme des études mettra l'accent sur les compétences à acquérir, ce qui conduira à la définition de modules de formation. **Cette approche devra s'inscrire dans le processus Licence-Master-Doctorat (LMD).**

5.2.3. Médecins

(gynécologues obstétriciens, pédiatres, anesthésistes réanimateurs, généralistes)

- **Renforcer les formations des généralistes et des pédiatres par la FMC (Formation Médicale Continue).**

1. *En néonatalogie*

Objectif

Renforcer la formation en néonatalogie **des pédiatres de ville** qui réalisent des vacations dans les maternités permettra de garantir une meilleure sécurité.

Mesure

Une formation, intitulée « **Prise en charge et réanimation du nouveau-né en salle de naissance** », sera proposée par le ministère de la santé comme prioritaire au comité de coordination des conseils nationaux chargés de fixer les orientations nationales de la formation médicale continue (FMC), en lien avec par la Fédération Nationale des Pédiatres Néonatalogistes.

2. *Sur le suivi de la grossesse*

Objectif

Renforcer la formation des **médecins généralistes en matière de prise en charge des femmes enceintes**.

Mesure

Une formation, intitulée « **Suivi d'une femme enceinte par un médecin généraliste** », sera également proposée comme thème prioritaire.

- **Améliorer l'exercice dans les établissements**

- Dans les établissements de santé publics, les mesures d'amélioration de l'exercice des professionnels médicaux de la naissance seront abordées dans le cadre des négociations statutaires engagées depuis début octobre avec les praticiens hospitaliers.
- Pour les médecins libéraux, ces mesures relèvent des accords conventionnels entre les syndicats de médecins libéraux et l'assurance maladie.

- **Préserver les compétences**

Améliorer les conditions de recrutement à l'hôpital de praticiens du secteur privé après restructuration.

Un arrêté permettra, notamment en gynécologie-obstétrique, de renforcer les équipes hospitalières confrontées à un surcroît d'activité lors de restructuration et d'améliorer la mobilité entre secteur public et privé.

Il s'agit d'offrir à des médecins libéraux qui souhaiteraient intégrer un établissement public suite à une restructuration de l'offre obstétricale, une rémunération tenant compte de leur exercice libéral antérieur. Cette mesure sera étudiée avec les syndicats de praticiens hospitaliers dans le cadre des négociations statutaires en cours.

- **Renforcer le « post-internat ».**

Contexte

Le nombre d'internes à former dans les disciplines de la naissance (obstétrique, anesthésie-réanimation et pédiatrie) est en augmentation constante depuis ces dernières années.

Pour renforcer les équipes déficitaires et améliorer l'attractivité des carrières hospitalières des médecins œuvrant dans le domaine de la périnatalité, il est donc logique et nécessaire d'augmenter le nombre de postes de post-internat.

Mesures

Un soutien sera notamment apporté à la création de postes de chef de clinique assistant en liaison avec le Ministère de l'Éducation Nationale.

5.3. Par une expérimentation de « maisons de naissance » attenantes à des plateaux techniques,

Contexte

Un certain nombre de femmes souhaitent accoucher dans un contexte moins médicalisé que leur offrent aujourd'hui la plupart des maternités. De nombreux pays voisins proposent déjà un type de prise en charge fondé sur une moindre médicalisation, considérée plus « naturelle ».

Objectifs

Les « maisons de naissance » se définissent comme le lieu d'accueil de femmes enceintes, du début de leur grossesse jusqu'à leur accouchement, sous la responsabilité exclusive des sages-femmes, dès lors que celui-ci se présente comme a priori normal.

Le rapport de la « mission Périnatalité » préconise la mise en place à titre expérimental de « maisons de naissance », attenantes ou au sein des services d'obstétrique, et fonctionnant avec des sages-femmes libérales et/ou hospitalières

Elles pourraient permettre une moindre médicalisation tout en garantissant la sécurité de la mère et de l'enfant par la proximité immédiate du plateau technique (blocs opératoires, soins intensifs, réanimation).

Les femmes pourraient donc avoir le choix de leur mode d'accouchement.

Ces pratiques nouvelles doivent en tout état de cause être totalement insérées dans un réseau de périnatalité, donner lieu à un protocole des pratiques professionnelles, et sont bien sûr conditionnées à l'avis favorable des instances de l'établissement concerné.

Ces « maisons de naissance » constituent un moyen de diversifier l'offre de soins pour les grossesses physiologiques tout en reconnaissant la compétence des sages-femmes dans la prise en charge des femmes concernées. Elles ne doivent, en aucun cas, être considérées comme des substituts à la fermeture des sites d'accouchement de certaines maternités.

Mesure

Elaborer les textes permettant d'expérimenter les maisons de naissance.

Calendrier

L'expérimentation pourrait commencer pour les projets déjà bien avancés, dès parution des textes.

5.4. Par une étude approfondie sur la responsabilité médicale

Contexte

Le Gynécologie-obstétrique est la spécialité la plus affectée par la judiciarisation de la médecine. Cette évolution produit un impact négatif sur les vocations des jeunes médecins, et sur les Gynécologues obstétriciens formés, qui peuvent être incités à rechercher un cadre d'exercice moins exposé, en s'éloignant des salles de naissances.

Le code de la santé publique prévoit explicitement que les professionnels de santé ne peuvent voir leur responsabilité engagée qu'en cas de faute. La procédure de règlement amiable auprès des commissions de conciliation régionales est de droit. Si la commission estime le professionnel de santé responsable, son assurance sera amené à jouer son rôle. Si sa responsabilité n'est pas établie, l'indemnisation relèvera de l'ONIAM (Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux). Dans le premier cas de figure, l'ONIAM intervient également, en cas de refus de l'assurance, en lieu et place de l'assureur, comme il intervient lorsque la responsabilité du professionnel de santé n'est pas établie.

Concernant la responsabilité civile professionnelle, la première préoccupation des professionnels sur la possibilité même de s'assurer est en cours de règlement. Alors qu'il y a encore un an, cette possibilité n'était pas acquise : les compagnies d'assurance réinvestissent le secteur, et le marché se rétablit.

Concernant le montant des primes, qui a fortement cru ces dernières années. La loi portant réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004 prévoit que les médecins soumis à l'obligation d'assurance et engagés dans une procédure d'accréditation peuvent bénéficier d'une aide à la souscription d'assurance. Le montant de cette aide, à la charge de l'assurance maladie, est fixé par décret.

Cette même loi a également prévu la création d'un observatoire de la sinistralité par l'ONIAM. Elle a chargé la haute autorité de la promotion de la gestion des risques.

Elle a prolongé l'aide financière des professionnels pour financer leur primes d'assurance.

Objectifs

- poursuivre l'aide à la souscription d'assurance
- inciter les assureurs à revenir sur le marché
- limiter l'augmentation des primes

Mesures

- 1) **promulguer le décret sur l'aide à la souscription d'assurance** : rédaction avant fin novembre – publication avant la fin de l'année.
- 2) **mettre en place un groupe de travail comprenant notamment les représentants des professionnels concernés, le ministère de la santé et de la protection sociale, et les organismes payeurs**, afin d'analyser les données fournies par l'observatoire de la sinistralité et les études de la haute autorité, afin d'inciter à la fixation des primes sur des données plus objectives.

6. Suivi et évaluation du plan

6.1. Un suivi attentif...

Le Ministre de la Santé et de la Protection Sociale mettra en place un **comité de suivi** du plan. Composé de professionnels, et des services du ministère de la santé, il assurera le **suivi et l'évaluation annuels** du plan en s'appuyant notamment sur les objectifs et les indicateurs qui figurent dans la loi relative à la politique de santé publique.

Il vérifiera sur le terrain que **les moyens prévus notamment pour la mise aux normes des maternités et le renfort des transports soient bien délégués dans les temps et de façon appropriée.**

Il évaluera l'impact sur les besoins par une enquête nationale exhaustive.

Il **proposera** à partir des deux constats précédents, d'éventuels **ajustements ou financements complémentaires**, pour **2006**.

Il informera régulièrement le Ministre et la Commission Nationale de la Naissance de l'ensemble de ces éléments.

Le système d'information sur la périnatalité, pour fournir les indicateurs nécessaires au suivi et à l'évaluation, doit être complété et amélioré. La refonte du système de remontée statistique des certificats de santé mis en place par la DREES, présenté au chapitre 2.3, est un des éléments clés de cette amélioration. Il est également nécessaire d'améliorer la connaissance de l'organisation des accouchements telle qu'on peut l'évaluer à travers les grandes bases d'information hospitalières.

6.2. ...grâce au développement d'un système d'information performant en périnatalité.

18,3 M€ sur 3 ans

Contexte

La mise en œuvre d'un système d'information en périnatalité reposant sur l'informatisation et le partage des données est indispensable pour faire progresser la qualité de la prise en charge au niveau des acteurs du réseau eux-mêmes et au plan régional et national. Elle poursuit aujourd'hui trois types d'objectifs :

1. Deux sources d'information exhaustives, la statistique annuelle des établissements (SAE), et le PMSI rendent possible la construction d'indicateurs permettant d'évaluer le service rendu à la population, en particulier en termes d'adéquation entre les risques présentés par les mères et des enfants et le niveau d'autorisation de la maternité, en termes de procédures (taux de césariennes, de péridurales,...) ou de résultats (taux d'enfants morts nés,...). A travers la SAE, la DREES collecte des données exhaustives sur l'activité et les moyens de fonctionnement des maternités et le personnel dédié à la naissance. La DREES a également conduit des études à partir du PMSI, notamment sur la répartition des séjours hospitaliers liés à la maternité et ses relations avec les risques liés aux accouchements. Cependant, la qualité des indicateurs ainsi construits peut être améliorée, en particulier dans le PMSI où les données relatives à la mère (âge, terme, césarienne) et de l'enfant (poids) ne peuvent toutefois pas être reliées, et où les nouveau-nés hospitalisés ne peuvent pas toujours être facilement repérés.

L'objectif est de s'appuyer sur les outils existants en améliorant la qualité des informations transmises dans la SAE et le PMSI. Ces indicateurs, combinés en particulier à ceux issus des certificats de santé du 8^{ème} jour et des enquêtes périnatales, contribueront au pilotage national et régional de la politique périnatale, en particulier en termes d'offre de soins.

2. Le partage de données médicales permettrait de disposer d'indicateurs à même de mieux fonder les décisions en matière de prise en charge médicale et d'organisation de l'offre de soins. Deux objectifs seraient ainsi atteints :

Un système d'information auquel adhèreraient tous les professionnels de la naissance permettrait en effet à l'Etat et aux ARH de disposer de données épidémiologiques pour mieux adapter les actions destinées à améliorer la prise en charge des parturientes et des nouveau-nés. Cet objectif suppose la définition, d'une part, d'un « tronc commun » de données anonymisées le plus léger possible et, d'autre part les modalités de leur transmission sur un serveur où des évaluations définies par les professionnels de santé et l'Etat seront réalisées. Un cahier des charges national qui s'appuiera sur l'évaluation de l'existant dont les certificats de santé, doit être réalisé en 2004.

Différents dispositifs et outils de recueil d'informations⁵, s'ils sont compatibles avec la centralisation au niveau national, pourraient être adoptés.

3. La capitalisation des informations relatives à la parturiente et à son enfant sont dispersées dans diverses sources (dossier d'admission de l'établissement, dossiers médicaux de la mère et de l'enfant, ...). Le regroupement des informations et leur mise en commun éviteront les doubles saisies, souvent mal comprises par les usagers et faciliteront le travail des professionnels dans la recherche des informations utiles à la prise en charge de la mère et du nouveau-né.

Mesures

1. Le travail sur la cohérence et la complémentarité des données collectées dans la SAE et le PMSI sera poursuivi par la DREES, la DHOS, et l'ATIH (Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation) en lien avec les professionnels et les fédérations représentés dans les structures de pilotage des deux systèmes d'information. Il faut ainsi améliorer la qualité de la couverture du PMSI en ce qui concerne l'exhaustivité des séjours de nouveaux nés, évaluer la faisabilité d'établir un lien entre séjour des mères et séjours des nouveaux nés dans le PMSI, et **préparer le cas échéant des adaptations de ces outils aux nouveaux besoins de la politique périnatale.**
2. A côté du système d'information à l'échelon national il y a lieu de prévoir un **système d'information régional** dans chaque région. A cette fin, **un cahier des charges** précisera les données minimales qui doivent être contenues dans le système d'information de chaque région.
3. **Aide financière au déploiement des systèmes d'information.**

Calendrier

1. Le travail sur la cohérence et la complémentarité des données collectées dans la SAE et le PMSI pourrait être mené en continu à partir de début 2005.
2. Système d'information régional : 2005, 2006, 2007

Coût

1. pas de surcoût pour la mesure relative à la SAE et au PMSI.
2. **18,3 M€** (14,6 en investissement et 3,7 en fonctionnement), soit 6,1 M€ par an sur 3 ans pour le développement des systèmes d'information dans chaque région.

⁵ A ce titre, le système d'information de l'association AUDIPOG est une des options possibles.

1. Objectifs

	Données au moment du plan de 1994	Objectifs du plan de 1994	Données actuelles	Objectifs de la Loi de Santé Publique
Décès entre le 7 ^{ème} mois de grossesse et le 6 ^{ème} jour de vie	6 261 (taux de mortalité périnatale 8,2 pour 1000)	Diminuer de 18% <i>soit atteindre 6,7 pour 1000</i>	5036 (taux de mortalité périnatale 6,5 pour 1000)	Diminuer de 15% <i>soit atteindre 5,5 pour 1000</i> en 2008
Décès maternels	120 (13,9 pour 100 000)	Diminuer de 30% <i>soit atteindre 9,7 pour 100 000</i>	69 (9 pour 100 000)	Diminuer de 40% <i>soit atteindre 5 pour 100 000</i> en 2008
Morts subites du nourrisson	1291 (1,7 pour 1000)	Diminuer de 35% <i>soit atteindre 1,1 pour 1000</i>	348 (0,4 pour 1000)	

2. Autres indicateurs

Nouveaux nés vivants	759 000		774 782	
Morts nés	4 364 (mortinatalité 5,7 pour 1000)		3563 (mortinatalité 4,6 pour 1000)	
Décès avant le 7 ^{ème} jour de vie	1 897 (taux de mortalité néonatale précoce 2,5 pour 1000)		11627 (taux de mortalité néonatale précoce 2,1 pour 1000)	
Décès avant l'âge de 1 mois (28 ^{ème} jour)	2 660 (taux de mortalité néonatale 3,5 pour 1000)		2 324 (taux de mortalité néonatale 3 pour 1000)	
Décès avant l'âge de 1 an	5 511 (taux de mortalité infantile 7,3 pour 1000)		3719 (taux de mortalité infantile 4,8 pour 1000)	
Handicaps sévères liés à une cause obstétricale	850 (1,12 pour 1000)		stable environ 1,1 pour 1000	

Sources DGS – DHOS - DREES

3. Comparaisons internationales dans l'Union Européenne (avant élargissement)

<i>tableau 1</i> mortalité infantile		
P/ 1000	1991	2001
Finlande	5,8	3,2
Suède	6,1	3,7
Espagne	7,8	3,9
Italie	5,5	4,3
Allemagne	7,1	4,5
France	7,3	4,6
Autriche	7,4	4,8
Danemark	7,5	4,9
Belgique	8,4	5
Portugal	10,8	5
Pays-Bas	6,5	5,3
Royaume uni	7,4	5,5
Irlande	8,2	5,8
Grèce	9	5,9
Luxembourg	9,2	5,9
<i>Moyenne U.E.</i>	<i>7,6</i>	<i>4,7</i>

<i>tableau 2</i> mortalité périnatale		
P/ 1000	1991	2001
Allemagne	6 en 1990	
Autriche	6, 4	4, 8
Belgique	6, 5	5, 4
Danemark	8, 3 en 1990	7, 1
Espagne	7, 2	5, 6
Finlande	6, 8	4, 5
France	8, 2	6, 7
Grèce	11, 1	9, 5
Irlande	?	7, 4
Italie	?	6, 4
Luxembourg	?	6
Pays-Bas	9, 1	8, 1
Portugal	12, 1	6, 8
Royaume uni	8, 1	8, 1
Suède	6, 5	5, 6
<i>Moyenne U.E.</i>	<i>8</i>	<i>6, 6</i>

<i>tableau 3</i> mortalité maternelle	
P/ 100 000	
Irlande	2,8
Portugal	3,8
Finlande	4,4
Suède	4,6
Royaume uni	6
Autriche	6,5
Belgique	6,5
Grèce	6,5
Espagne	7,2
Danemark	8,5
France	8,8
Luxembourg	8,8
Allemagne	9
Pays-Bas	9
Italie	-
<i>Moyenne U.E.</i>	<i>7,5</i>

<i>tableau 4</i> hypotrophie	
P/ 1000	
Luxembourg	4,1
Finlande	4,3
Suède	4,4
Danemark	4,9
Irlande	5,0
Italie	5,9
Royaume uni	6,4
Allemagne	6,5
Pays-Bas	6,5
Belgique	6,6
Autriche	6,6
France	6,8
Portugal	7,1
Grèce	7,2
Espagne	8,5
<i>Moyenne U.E.</i>	<i>6,6</i>

<i>tableau 5</i> prématurité	
P/ 100	
Luxembourg	5,0
Italie	5,4
Grèce	5,8
Portugal	5,9
Finlande	6,1
France	6,2
Irlande	6,2
Danemark	6,4
Suède	6,4
Royaume uni	7,1
Pays-Bas	7,4
Allemagne	7,6
Espagne	7,7
Belgique	7,8
Autriche	10,2
<i>Moyenne U.E.</i>	<i>6,9</i>

La France conserve en 2001 sa position moyenne de **6^{ème} rang** sur 15. Sa mortalité infantile a diminué selon la même pente que la moyenne des pays.

La France occupe le **8^{ème} rang** sur 14 (contre le 13^{ème} en 1991)

La France occupe le **11^{ème} rang** sur 14 (données inconnues pour l'Italie).

La France occupe le **12^{ème} rang** sur 15.

La France occupe le **6^{ème} rang** sur 15.

Sources PERISTAT – OCDE - 2003

coût des principales mesures du plan
(en millions d'€uros)

mise en place d'un « entretien individuel du 4ème mois »	26 M€	sur 3 ans (2005-2007)
meilleure prise en compte de l'environnement psychologique de la naissance	18 M€	sur 3 ans (2005-2007)
soutien renforcé aux femmes et aux couples en situation de précarité	1 M€	par an
développement des réseaux en périnatalité	6 M€	en 2005
PMI, acteur-clé du réseau de périnatalité	0,4 M€	sur 3 ans (2005-2007)
maternités mieux équipées et mieux pourvues en personnels	132 M€	en 2005
SMUR et transports mieux organisés et renforcés	9 M€	en 2005 (SMUR)
	18 M€	en 2006 (transports)
mise en œuvre de schémas régionaux des services de réanimation pédiatrique	43 M€	sur 2 ans (2006-2007)
développement d'un système d'information performant en périnatalité.	18 M€	sur 3 ans (2005-2007)

soit au total 274 M€

170 M€ en 2005 – 61 M€ en 2006 - 43 M€ en 2007
