

L'organisation autour de la grossesse et de la naissance

Les Plans périnatalité ont relevé plusieurs défis : baisse de la mortalité périnatale dans un premier temps, amélioration de la sécurité à la naissance puis réorganisation de la prise en charge du couple et de l'enfant. Cette dernière devant être plus humaine, plus proche et plus sûre.

Le Plan de périnatalité 2005-2007

Francis Puech

Président de la Commission nationale de la naissance

Remerciements aux agents de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (bureau de l'organisation générale de l'offre régionale de soins) ainsi qu'aux agents de la Direction générale de la santé (bureau santé des populations) qui contribuent largement au fonctionnement de la Commission nationale de la naissance.

Le Plan de Périnatalité 2005-2007 propose un changement de la politique suivie depuis plus de trente ans, concernant la prise en charge des femmes enceintes et de l'accouchement. La notion de risque a été à la base de la publication des décrets successifs, au point que l'on a assisté à une médicalisation de plus en plus importante de la prise en charge de toutes les femmes enceintes et à une généralisation des mesures préconisées pour les grossesses à haut risque. Ce changement se fait au profit d'une plus grande prise en compte des attentes des couples, d'une humanisation de nos pratiques. Il est le fruit d'une évolution de la société, mais ce changement n'est possible aujourd'hui que grâce aux formidables progrès dans l'organisation des « soins périnataux ».

Les trois grandes priorités proposées dans le rapport de la « Mission périnatalité » sont : assurer la sécurité émotionnelle, médicale et sociale des femmes enceintes et de leur enfant, permettre une égalité d'accès à des soins adaptés et enfin répondre aux différentes attentes des usagers. Il s'agit d'un véritable défi auquel le Plan Périnatalité 2005-2007 a l'ambition de répondre.

On assiste à une évolution de la pratique périnatale, de la nécessaire technique, garante de la sécurité des professionnels et des patientes à l'introduction de la dimension émotionnelle de la naissance.

Historique

Avant 1970, le système de soins est peu structuré et la loi hospitalière du 31 décembre 1970¹ va mettre en place une planification à travers la création d'une carte sanitaire.

La même année, la périnatalité, dont le concept émerge à peine en France, va bénéficier de la priorité donnée aux problèmes de la naissance, en raison de résultats médiocres en terme de mortalité périnatale, proche de 26 pour 1000 naissances, alors qu'il était en Suède de 14 pour 1000 naissances.

Ce premier plan 1971-1976 s'appuiera sur une méthode de rationalisation des choix budgétaires [84] substituant un budget d'objectifs à un budget de moyens. La notion de risque est très présente dans la loi du 15 juillet 1970² qui crée l'obligation des certificats de santé et l'arrêté de 1971³ « *Lorsqu'un examen décèle un facteur de risque médical ou obstétrical...* ». En 1976, le Plan sera reconduit pour une période de cinq ans, jusque 1981.

1. Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

2. Loi n° 70-633 du 15 juillet 1970 relative à la délivrance obligatoire de certificats de santé à l'occasion de certains examens médicaux préventifs.

3. Arrêté du 27 août 1971 relatif aux examens médicaux pré- et postnataux (art. 1 à 4, 7 et 10).

Les références entre crochets renvoient à la bibliographie p. 96.



L'amélioration de la surveillance prénatale, l'amélioration de la surveillance de l'accouchement et la réanimation des nouveau-nés en salle de travail, la création de centres de réanimation néonatale constituaient les principaux axes de ce plan. Les résultats seront satisfaisants puisque la mortalité périnatale sera de 12,3 pour 1000 en 1980 mais nous laissera en retard sur nos voisins européens.

Dans la période 1980-1992, les lois de décentralisation confirment la structure départementale de la PMI [28]. La loi hospitalière du 31 juillet 1991⁴ va entraîner une planification plus qualitative, avec la mise en place des schémas régionaux d'organisation des soins (Sros), des projets d'établissements en même temps que les contrats d'objectifs et de moyens.

C'est, pour la périnatalité, une période de développement de nouvelles techniques : de l'échographie aux nouvelles méthodes de prélèvements fœtaux. Mais les résultats ne sont pas ceux escomptés, comme le montrait en 1993 le rapport du Haut Comité de la santé publique [49].

L'intérêt majeur de ce rapport est d'analyser l'ensemble des problèmes posés par une mise en perspective d'une pluralité de contextes et d'aborder les questions qui nous intéressent aujourd'hui : Qu'est-ce qu'une bonne naissance? Et quelles sont ses conditions du point de vue des femmes, de la famille et des professionnels?

Il évoque d'abord un certain nombre de références qui tendent à prouver les corrélations existant entre les caractéristiques de la grossesse, de la naissance et du futur état de santé du nouveau-né durant l'enfance puis la vie adulte, en particulier sur le plan psychique. Il insiste beaucoup, et il nous semble à juste titre, sur les enjeux psychologiques liés à la grossesse et à la naissance, qu'il s'agisse de l'enfant naissant et de son avenir psychique mais aussi de celui de sa mère, voire de son père et des conséquences pour la famille.

Au-delà des exigences de sécurité à la naissance dans les maternités, le Haut Comité de la santé publique insiste sur la nécessité de poursuivre la réflexion dans deux directions :

- les conditions du suivi et de la surveillance de la grossesse, de l'accouchement et de la naissance ;
- l'organisation des filières et l'amélioration de l'accessibilité de la prise en charge, notamment pour les femmes les plus défavorisées.

C'est ainsi que la périnatalité devient à nouveau prioritaire et qu'un nouveau Plan de périnatalité de cinq ans fixe 4 objectifs à atteindre en 16 mesures, mais qui resteront du domaine du risque : diminuer la mortalité maternelle de 30 %, abaisser la mortalité périnatale de 20 % au moins, réduire le nombre des enfants de faible poids de naissance de 25 %, réduire de moitié le nombre de femmes enceintes peu ou pas suivies au cours de la grossesse.

4. Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991. Loi portant réforme hospitalière.

Pour ce faire, sont fixées par un texte réglementaire, une réforme des établissements accueillant des femmes enceintes et l'organisation de filières de prise en charge « mère-enfant » suivant les conventions établies entre les divers établissements.

Mais ce n'est qu'en 1998 que sont promulgués les décrets sur la sécurité des naissances définissant les normes des établissements et les exigences en matière de personnel et de locaux⁵.

Quatre types d'établissements se distinguent, en fonction du risque qu'encourent la mère et/ou l'enfant à naître, selon leurs possibilités de prise en charge du nouveau-né dans l'établissement où elles sont implantées. Si l'établissement dans lequel est né l'enfant ne peut assurer sa prise en charge adaptée, il organise son transfert vers un autre établissement apte à délivrer les soins appropriés.

- Les maternités de type I assurent, tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, les accouchements ainsi que les actes de chirurgie abdomino-pelvienne liés à la grossesse, à l'accouchement et à la délivrance.

- Les maternités type II A et II B sont situées dans un établissement disposant d'un service de médecine néonatale et/ou de pédiatrie.

- Les maternités de type III sont situées dans un établissement (centre hospitalier universitaire ou non) disposant d'une unité individualisée de soins intensifs ou d'un service de réanimation pédiatrique ou néonatale.

Dans le même temps seront créés un Comité national d'experts sur la mortalité maternelle (CNEMM), des centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal (CPDPN); des textes réglementaires fixent leur activité et leur fonctionnement.

Le plan mis en place en 1994, puis les décrets d'application en 1998 modifient la vision maximaliste qui prévalait jusqu'alors pour une gestion différenciée du risque fondée sur un dépistage précoce des pathologies et une orientation des femmes vers le niveau de soins approprié. L'organisation des « transferts *in utero* » a permis de proposer une offre de soins plus cohérente.

En 2002, la situation de la périnatalité, bien qu'en constante amélioration, est loin d'être optimale : les résultats en termes de mortalité et de morbidité sont moyens, les gynécologues obstétriciens, les néonatalogues et les anesthésistes ne sont plus assez nombreux pour répondre aux exigences des décrets de 1998, les sages-femmes sont insatisfaites et manifestent pour une meilleure reconnaissance statutaire et financière, les médecins généralistes ont été exclus de la prise en charge de la grossesse.

Par ailleurs, les usagers sont insatisfaits et le font savoir, car ces évolutions et ces « progrès » ne se sont pas faits sans modifier l'environnement de la naissance

5. Décrets n° 98-899 et n° 98-900 du 9 octobre 1998 relatifs aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie et la réanimation néonatale.

et souvent, comme il a déjà été dit, au prix d'une hyper-technicisation et sans qu'aient été instaurés un dialogue, une écoute suffisante avec les couples. C'est la raison pour laquelle une partie d'entre eux manifestent de plus en plus le décalage entre leurs aspirations et ce que l'on leur propose.

C'est dans ce cadre que le ministre de la Santé (J.-F. Mattei) donne pour mission à trois professionnels — un épidémiologiste (G. Bréart), un néonatalogue (J.-C. Rozé) et un gynécologue-obstétricien (F. Puech) — de faire un état des lieux de la situation de la périnatalité. Le rapport est rendu en juillet 2003 et se résume en 20 propositions qui seront reprises dans leur quasi-totalité dans le Plan de périnatalité 2005-2007 souhaité par le ministre [21].

Dans le même temps, les ordonnances du 4 septembre 2003⁶ et du 2 mai 2005⁷ vont déterminer les Sros sur des objectifs quantifiés de l'offre de soins qui seront basés sur les besoins de la population avec des projets médicaux de territoire fixés par des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

Au total, alors que l'état d'esprit depuis les années soixante-dix/quatre-vingt était dominé par la notion de risque, voire de haut risque, c'est le caractère physiologique et naturel de la grossesse et de la naissance qui a été mis en avant dans le Plan périnatalité.

Le Plan de périnatalité 2005-2007

Il imprime un changement fondamental dans la philosophie de la prise en charge de la grossesse et de la naissance en intégrant la notion de sécurité émotionnelle dans la prise en charge des futurs parents.

Il prend à son compte le constat fait dans le rapport de la « mission » : «... à la fois faire plus et mieux dans les situations à haut risque, et moins (et mieux) dans les situations à faible risque. Il s'agit certainement là d'un défi pour l'organisation des soins périnataux dans les années à venir... »

Il permet aux professionnels de la naissance de mieux répondre aux besoins d'écoute et d'information qu'expriment les parents, notamment pour le choix de la maternité, les modalités de suivi de la grossesse et le contexte de l'accouchement.

Et dans le même temps il assure, par un financement important (270 millions d'euros), l'application des décrets de 1998, c'est-à-dire la mise aux normes des établissements.

La totalité du plan étant disponible sur le site, nous n'en développerons que les mesures principales.

Les quatre mots clés sont : humanité, proximité, sécurité, qualité.

L'humanisation de la naissance

La première partie du plan est centrée sur l'humanisation, c'est-à-dire « recentrer » la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement sur la femme, le couple, l'enfant.

La mesure phare de cette première partie est la mise en place, mais surtout le financement de l'entretien prénatal précoce (entretien du 4^e mois)

Il permet l'instauration, très tôt, des conditions d'un dialogue permettant l'expression des attentes et des besoins des futurs parents.

Il a pour objectif aussi 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. Il est réalisé par une sage-femme ou un autre professionnel de la naissance disposant d'une expertise reconnue par le réseau de périnatalité auquel ils appartiennent. Cette mesure a bénéficié d'un financement de 21 millions d'euros sur trois ans, 16,7 millions d'euros ont été financés à ce jour ; le complément est prévu sur l'année 2008.

La deuxième mesure vise à une meilleure prise en compte de l'environnement psychologique de la naissance

Françoise Molénat, pédopsychiatre, fait le constat dans son rapport [70] de la nécessité de considérer les vulnérabilités personnelles et familiales particulières à cette période comme un facteur influençant non seulement le bon déroulement du processus naturel de la naissance, mais aussi l'instauration du lien attendu entre les parents et l'enfant. Ces vulnérabilités peuvent entraîner des dysfonctionnements qui peuvent être un facteur de problèmes psychopathologiques ultérieurs chez l'enfant jusqu'à l'adolescence et au-delà, voire de maltraitance.

Chacun des professionnels de la naissance peut être à l'écoute d'une parole exprimée par un parent révélant une fragilité et lui permettre de confier ses angoisses, traumatismes actuels ou anciens et d'être suffisamment en confiance pour se tourner vers les aides dont il pourrait 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.

Cette démarche repose sur la mise en place de collaborations médico-psychologiques en maternité, de l'entretien individuel prénatal précoce, de formations interprofessionnelles 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 continuité et une cohérence suffisante de l'ante au postnatal.

La circulaire du 4 juillet 2005 est précisément destinée à initier une meilleure prise en compte de la dimension psychologique, et à atteindre un objectif global de conti-

6. Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation.

7. Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé ; ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille.



Le projet de naissance

Le projet de naissance est un document écrit qui peut revêtir plusieurs formes. C'est l'expression des souhaits de la femme, du couple concernant la naissance de leur enfant. Ce document écrit sert de base de négociation avec les équipes de la maternité choisie.

En France, nombreuses sont les femmes enceintes qui souhaitent se réapproprier le moment de la naissance de leur enfant avec leur conjoint. Les femmes veulent réinscrire cet événement dans leur vie affective et familiale. La naissance ne peut être réduite à un événement hospitalier et médicalisé.

Les associations françaises d'usagers se sont inspirées de l'expérience anglo-saxonne « *Changing childbirth* », rédigée en 10 points fondamentaux en 1993. Le *birth plan* est un document écrit dont la mise en forme est standardisée. Il a, lors de sa diffusion, montré ses limites ; les femmes enceintes ont rédigé des *birth plans* revendicatifs, voire directifs à l'égard des équipes de maternité.

L'absence d'un mode d'expression des usagers avait réussi à déposséder le couple de ce moment de la naissance, en imposant une médicalisation ou une surmédicalisation. L'effet de balancier a mis à mal les professionnels de la naissance en les obligeant à remettre en cause certaines de leurs pratiques obstétricales et leur comportement professionnel.

Au Royaume-Uni, le concept de santé est dans son maintien, il n'est pas uniquement envisagé sous l'angle de la maladie. Le maintien de la santé des femmes pendant leur grossesse est un objectif de la politique de santé.

Les usagers ont pris appui sur la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades, pour que les femmes enceintes qui ne sont pas, *a priori*, malades mais enceintes, communiquent avec les professionnels de santé : médecins et sages-femmes. « *Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les*

décisions concernant sa santé. [...] Aucun acte médical ni aucun traitement ne peuvent être pratiqués sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. »

La loi du 4 mars 2002 place la personne soignée au centre du dispositif médical et soignant, obligeant de fait les professionnels de santé à abandonner la conception paternaliste de la relation dissymétrique soignant-soigné. Dès lors, le soignant sait et prend la responsabilité de ses actes médicaux, le soigné sait de plus en plus et prend la responsabilité de décider et de faire confiance au soignant.

Le projet de naissance encourage les femmes à se sentir davantage responsables et moins démunies et soumises face au pouvoir médical.

Les femmes enceintes élaborent le projet durant toute leur grossesse, avec les professionnels de santé qui répondent à leurs questions. C'est un outil de communication entre le couple et les

Françoise Nguyen,
Directrice de
l'école de sages-
femmes Jeanne
Sentubery, Poissy,
présidente de
l'ASFEF, membre
de la Commission
d'évaluation des
stratégies de santé
- HAS

nuité et de cohérence impliquant le renforcement des partenariats et la poursuite de l'évolution des pratiques dans le sens d'un travail en réseau renforcé entre les différents acteurs concernés : sanitaires (quels que soient le mode d'exercice et la discipline), sociaux et médicaux-sociaux⁸.

Si la sécurité affective de l'enfant passe par celle de ses parents, la sécurité des parents passe notamment par celle des professionnels qui les entourent. La formation, en particulier collective, est un moyen essentiel pour que les professionnels développent une confiance mutuelle nécessaire au développement du travail en collaboration.

Le financement dédié à cette mesure est de 18 millions d'euros sur trois ans ; l'intégralité des moyens prévus ont été distribués.

La troisième mesure est la participation des usagers à la définition, au suivi et à l'évaluation de la politique périnatale, ainsi qu'une optimisation de l'information donnée aux usagers sur les modalités de prise en charge offertes au sein du réseau de périnatalité

Cette participation a été mise en place au sein des commissions régionales de la naissance depuis un arrêté du

8 janvier 1999 ; elle est confirmée par leur participation à la Commission nationale de la naissance⁹.

Les besoins des usagers constituent un élément essentiel des textes régissant l'organisation des soins ; ils sont l'un des axes importants du Plan de périnatalité. Il est demandé que soit précisé, 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.

L'élaboration d'un carnet de santé de la maternité actualisé, intégré au dossier médical, fait partie de ces mesures ainsi que sa diffusion par le conseil général¹⁰.

Dans ce cadre, il a été proposé de documenter, à l'aide d'une enquête directe de grande envergure auprès des usagers (environ 3 000 femmes, financement de 300 000 euros), 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.

9. Arrêté du 8 janvier 1999 relatif aux commissions régionales de la naissance.

10. Arrêté du 21 juin 2007 relatif au modèle et au mode d'utilisation du carnet de grossesse dit « carnet de santé maternité », JO 173 du 28 juillet 2007.

8. Circulaire Dhos/DGS/02/6 C n° 2005-300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité : Périnatalité et prévention en santé mentale.

professionnels de santé. Il établit un lien pour construire une relation de confiance, une écoute mutuelle entre usagers et professionnels, il prévient les conflits, met à plat les craintes et les incompréhensions. « *Le projet de naissance est la conjonction entre les aspirations de la femme et du couple et l'offre de soins locale. Il inclut l'organisation des soins avec le suivi médical et la préparation à la naissance et à la parentalité, les modalités d'accouchement, les possibilités de suivi pendant la période postnatale, y compris les conditions d'un retour précoce à domicile, le recours en cas de difficulté.* »

Ce projet de naissance rédigé par la femme, par le couple, est un outil de communication. Il perd toute son utilité et son efficacité s'il n'est remis qu'au moment de l'accouchement à la sage-femme qui le découvre à ce moment-là. Certaines demandes, voire exigences du couple ne pourront être réalisées. Cette situation provo-

que inévitablement des situations de conflit et de tension qui ne sont pas souhaitables. Il est essentiel que ce projet de naissance soit un outil de dialogue et de négociation tout au long de la grossesse.

En France, le projet de naissance est encore souvent la traduction et la formalisation de l'expression collective des usagers. L'ignorance ou la méconnaissance alimentent les peurs ; le projet de naissance est un excellent outil de médiation entre le professionnel et les femmes enceintes.

Le projet de naissance doit être un projet personnel. Le document écrit peut revêtir plusieurs formes : ce peut être l'expression écrite des souhaits de la femme, du couple quand tout se déroule normalement et en cas de problème. Ce document écrit sert de base de négociation avec les équipes de la maternité choisie.


La rédaction personnelle du projet de naissance passe par une réappropriation forte et individualisée de la

maternité par la femme. Le projet de naissance n'est pas un contrat de soin au sens juridique du terme. Il ne place pas les professionnels de la périnatalité en position d'obligation. Il est important que les professionnels puissent également apporter une réponse écrite aux couples, avant l'entrée en travail, sur les choses qui sont possibles de mettre en œuvre et dans quelle mesure et celles qui ne le sont pas.

Les informations doivent être claires et loyales, elles tiennent compte des réalités professionnelles locales indépendantes de la volonté des professionnels en présence. Cependant, et c'est heureux, les professionnels de santé sont capables de progresser (postures, diminution des indications d'épisiotomie, accueil du nouveau-né, respect de l'intimité) et de rassurer honnêtement et humainement les femmes enceintes. Des travaux sont menés sur le jeûne imposé aux parturientes en salles de naissance. La

France est un des seuls pays à l'imposer dans beaucoup de maternités.

En France, nous sommes au balbutiement de la définition des objectifs du projet de naissance.

Il est plus que souhaitable qu'il ne devienne pas un instrument de chantage médico-légal. Quelle va être son utilisation réelle et comment les usagers vont-ils recevoir en retour des améliorations de prise en charge et d'accompagnement humain ? Comment les professionnels vont-ils prendre le virage de plus d'humanité, de plus d'actes raisonnés et pesés pour les près de 80 % des femmes dont le processus de la naissance se déroulera sereinement dans un environnement capable de respecter une sécurité affective et relationnelle, et d'assurer une sécurité efficace de veille médicale présente mais non envahissante ? 

La quatrième mesure est l'amélioration de la prise en charge des femmes enceintes en situation de précarité

La loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions¹¹ a créé les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) ; la périnatalité doit être un des champs d'action de cet outil et ainsi les adapter aux enjeux de la naissance et de la parentalité.

Un groupe de travail réunissant les principaux acteurs (État, collectivités territoriales, professionnels, associations) a démarré le 12 octobre 2005.

Ses objectifs étaient de définir des mesures à prendre dans trois champs concernant des futures mères ou jeunes mères très démunies, françaises de souche ou non, et leurs enfants : prise en charge du suivi de la grossesse et de la petite enfance ; sensibilisation et formation des professionnels de santé sur les enjeux que cela représente pour ces mères et leurs enfants ; médiation de santé et éventuellement interprétariat pour ne laisser personne de côté.

Depuis la parution du plan, différentes actions ont été menées :

- la circulaire du 16 mars 2005 relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant

en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'aide médicale d'État (AME) qui inclut le suivi de grossesse, du nouveau-né, l'interruption médicale de grossesse et l'interruption volontaire de grossesse (IVG) dans la notion des soins urgents¹² ;

- la création de PASS dédiées aux femmes enceintes : 10 en 2006 et 2007 ;
- les propositions du groupe de travail, Direction générale de l'action sociale (DGAS) aboutissant à un certain nombre de recommandations présentées au Conseil interministériel de lutte contre les exclusions (Cile) en mai 2006, qui se résument ainsi :
 - ◆ Facilitation des démarches administratives et mise en place d'un partenariat avec les collectivités territoriales (ARF, ADF),
 - ◆ Consultations sans rendez-vous à jours fixes,
 - ◆ Recours à des interprètes ou médiateurs de santé publique,
 - ◆ Aménagement de la TAA et des Migac,
 - ◆ Sensibilisation de tous les professionnels concernés (santé et social) aux conditions de vie de cette population : documentation et campagne par l'INPES, formations continues par l'ANFH et l'ENSP,

12. Circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 141 du 16 mars 2005 relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'Aide médicale d'État.

11. Loi 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.



- ◆ Renforcement de la prévention des effets nocifs de la précarité sur les femmes et les nouveau-nés,
- ◆ Accroissement de l'offre d'hébergement durable et de places adaptées pour les futures mères, les jeunes mères et les petits enfants (DGAS),
- ◆ Définition du « panier d'alimentation idéal » femme enceinte et aide à la mise à disposition de laits 1^{er} et 2^e âges (DGS).

Certaines de ces propositions ont été mises en place, comme la création de PASS dont le financement est de 150 000 euros par an de 2005 à 2010, mais il est difficile actuellement de faire un bilan objectif des résultats obtenus.

La cinquième mesure est l'expérimentation des maisons de naissance

Les maisons de naissance sont définies 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 ». Un certain nombre de femmes souhaitent accoucher dans un contexte moins médicalisé que celui 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 ».

Les « maisons de naissance » sont attendantes aux services d'obstétrique, et fonctionnent avec des sages-femmes libérales et/ou hospitalières. « Attenante » signifie qu'un transfert de la maison de naissance vers la maternité peut avoir lieu en brancard et dans un délai compatible avec l'urgence.

L'objectif de cette expérimentation est de proposer un plus grand choix aux parents quant aux modalités de prise en charge, de permettre une moindre technicisation, tout en garantissant la sécurité de la mère et de l'enfant par la proximité immédiate du plateau technique (blocs opératoires). 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 elles sont bien sûr conditionnées à l'avis favorable des instances de l'établissement concerné.

Un groupe de travail associant toutes les parties prenantes a contribué à l'élaboration d'un cahier des charges établissant la définition et le périmètre d'activité de la maison de naissance, ses modalités d'organisation de la prise en charge et du suivi, son fonctionnement au sein du réseau, ses modalités de financement, de gestion des personnels, modalités juridiques, questions de responsabilité et d'assurance.

L'évaluation médico-économique et l'évaluation de l'impact en termes de santé publique de l'expérimentation des maisons de naissance au regard du cahier des charges sont des éléments importants de cette expérience.

Il s'agit d'un dossier complexe quant aux modalités de financement nécessaires pour que l'expérimentation puisse démarrer, mais aussi sur le plan juridique et

assurantiel. Le cahier des charges qui encadrera l'expérimentation est en cours de finalisation.

La sixième mesure a pour objectif l'accompagnement spécifique des femmes enceintes et des couples faisant face à un handicap ou à une maladie invalidante

- 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.

Les mesures proposées dans le plan sont :

- la diffusion auprès des services concernés des recommandations relatives à l'accompagnement des femmes enceintes handicapées, à partir d'un recensement des actions et documents d'appui, ou d'outils spécifiques à concevoir ;

- l'élaboration du 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 santé¹³.

Ces mesures n'ont pas encore fait l'objet d'un suivi de la Commission nationale de la naissance et il est à remarquer qu'aucun financement n'était associé à ces propositions.

Davantage de proximité

La deuxième partie du plan tient à l'organisation du suivi pré- et postnatal assurant la proximité 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.

Le développement des réseaux en périnatalité fait partie des objectifs importants du plan

Les réseaux qui se sont développés au cours des années 2000 sont essentiellement des réseaux interétablissements. Ils ont contribué à améliorer la sécurité en définissant notamment les situations justifiant un transfert, en respectant le principe de la graduation des soins selon les besoins de la mère et de l'enfant.

L'objectif spécifique du plan est de créer et développer des réseaux de santé de proximité ville/PMI/hôpital en amont et en aval de l'organisation interétablissements, afin de garantir le meilleur accès aux soins pour l'ensemble de la population et améliorer la qualité de la

13. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

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.

Le plan prévoit :

- de couvrir tout le territoire par des réseaux de périnatalité d'ici fin 2005 ;

- d'élaborer un cahier des charges national avec l'ensemble des professionnels concernés (Commission nationale de la naissance) et la création d'un « label » des réseaux de périnatalité. Ce label sera octroyé régionalement après vérification du respect du cahier des charges ;

- de donner des instructions aux agences régionales de l'hospitalisation (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.

En conformité avec le cahier des charges, ces réseaux sont financés sur la Dotation nationale de développement des réseaux (DNDR).

L'objectif est en grande partie atteint : le cahier des charges a fait l'objet d'une circulaire¹⁴, la Fédération nationale des réseaux en périnatalité a vu le jour en octobre 2007. Le financement des réseaux a été, pour la périnatalité, de 6 millions d'euros sur la Dotation nationale de développement des réseaux.

Le renfort et l'extension du rôle des centres périnataux de proximité (CPP) et l'expérimentation puis l'évaluation de CPP avec hébergement dans le post-partum

Ces CPP fonctionnent actuellement au titre de l'activité de soins de médecine d'urgence¹⁵ ; ils peuvent être financés par la Dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation.

Mais avant que la mesure annoncée dans le Plan de périnatalité soit mise en œuvre, un groupe de travail sous la responsabilité de la Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (Dhos) a entamé une réflexion sur les fonctions, activités et responsabilités des CPP. Il a

fait des propositions en juillet 2005, dont les conclusions ont été suspendues en raison de l'évaluation de l'expérimentation des CPP ayant des lits d'hébergement en *post-partum*.

L'évaluation est en cours et le rapport doit être rendu dans les premiers mois de 2008. Il devrait permettre d'avoir une vision plus claire sur leurs fonctions, activités et organisation au sein des réseaux de soin périnataux.

Le service de Protection maternelle et infantile (PMI)

Service public territorialisé, sans aucune condition d'accès, gratuit, décentralisé, la mission de la PMI se partage entre l'État et l'assurance maladie. La PMI suit 18 % des femmes enceintes. Les trois axes qui donnent une spécificité à cette institution sont :

- l'accessibilité géographique : la PMI compte 4600 lieux de consultation infantile et 1000 lieux de consultations prénatales ;

- une approche globale, à la charnière du sanitaire et du social, de l'individuel et du collectif : la PMI s'est massivement investie dans les difficultés de la parentalité ;

- un partenariat très ancré avec les services sociaux. Elle participe à des réseaux, sa présence dans les maternités est forte, et les relations avec les médecins de vie et les secteurs de psychiatrie sont réelles.

Des améliorations sont possibles : en particulier la communication et le partage d'information des acteurs autour de la PMI, notamment dans les réseaux de périnatalité, une meilleure connaissance des disparités des moyens entre les départements.

Les recommandations gravitent autour de trois idées : repositionner la PMI comme une politique sanitaire nationale ; recentrer la PMI pour qu'elle se concentre sur les populations vulnérables ; œuvrer pour la performance des services, grâce à des objectifs clairs, à une transparence des dépenses et des coûts, et une mise en place de démarches qualité.

La PMI doit se positionner comme un acteur clé du réseau de périnatalité, comme le rappelle la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance¹⁶.

Plus de sécurité

La troisième partie du plan est capitale car, sans les mesures qui suivent, les précédentes n'étaient pas réalisables.

La sécurisation de l'accouchement, en particulier dans les établissements de type IIB et III, passait par trois mesures principales : la mise aux normes des maternités, l'amélioration de la prise en charge du risque obstétrical de la réanimation néonatale et pédiatrique, et l'organisation des transports maternels et pédiatriques.

La première mesure est la mise aux normes des établissements en équipement et en personnel

En application du Plan « périnatalité » de 1994 les décrets d'octobre 1998¹⁷ ont précisé les normes d'installation

14. Circulaire n° 2006-251 du 30 mars 2006 (Dhos/01/03 Cnamts) relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité.

15. Article R. 6123-50 du Code de la santé publique, Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 art. 2 *Journal officiel* du 23 mai 2006.

16. Loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance.

17. Cf. note 5.



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, en 2002, au moment où la mission était confiée aux trois experts, tous les établissements autorisés ne remplissaient pas les normes prévues par les décrets.

Ces besoins variaient en fonction des types de maternité et des régions. Ils ont été estimés à partir d'une vaste enquête réalisée en 2002. Afin de permettre cette mise aux normes, le décret du 16 octobre 2003¹⁸ a allongé de deux ans le délai pour une obligation de conformité, en 2006. Il convenait donc de se donner les moyens de respecter ce nouveau délai.

L'objectif était de poursuivre de manière significative et adaptée les efforts budgétaires permettant de créer les postes médicaux et non médicaux nécessaires dans les maternités.

Cela s'est traduit par le financement dans l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) hospitalier public et privé, par le biais des tarifs de la maternité et de néonatalogie (tarification à l'activité, T2A), et des dotations complémentaires pendant la phase de montée en charge de la tarification à l'activité.

Le coût de la mise aux normes était prévu à hauteur de 130 millions d'euros en 2005 (110 millions d'euros pour les hôpitaux publics et 20 millions d'euros pour les cliniques privées). Le point sur cette mesure est donné dans l'analyse du bilan financier.

La deuxième mesure consistait dans l'amélioration et le renforcement des transports

L'amélioration des transports des mères et des nouveau-nés était devenue une nécessité qui passait par des mesures organisationnelles et financières.

Suite au regroupement des plateaux techniques et des maternités, il devenait primordial de mieux organiser les transports sanitaires des femmes enceintes, des nouveau-nés, nourrissons et enfants.

Le schéma organisationnel proposé repose donc 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 par un Smur néonatal ou pédiatrique.

Un niveau intermédiaire est instauré, reposant sur un accompagnement paramédical, pour certains transports interhospitaliers de nouveau-nés, de 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.

18. Décret n° 2003-992 du 16 octobre 2003 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie, la réanimation néonatale ou la réanimation.

Les deux mesures préconisées étaient :

- l'élaboration 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 ;

- l'établissement 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).

Ces mesures ont fait l'objet de la création de groupes de travail qui ont abouti à la rédaction de deux circulaires^{19, 20}. Le financement prévu de (27 millions d'euros), soit 9 millions d'euros pour les Smur (Services mobiles d'urgences et de réanimation) et 18 millions d'euros pour les transports interhospitaliers, est à ce jour de 26,4 millions d'euros.

L'amélioration de la prise en charge des urgences maternelles (risque obstétrical)

On observe chaque année environ 70 décès maternels.

Les rapports du Comité national d'experts sur la mortalité maternelle (CNEMM) de mai 2001 puis de 2006 rappellent que 50 % de ces décès sont évitables [78].

De façon plus spécifique, on peut noter que les hémorragies du 3^e trimestre, et en particulier de la délivrance, qui constituent 20 % des décès maternels, auraient pu être évitées dans plus de 80 % des cas. Par ailleurs, les décrets de 1998 ont organisé 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, mais elle n'a pas été liée à la prise en charge « des grossesses à risques maternels identifiés ».

Il a donc été préconisé :

- d'élaborer avec la Haute Autorité de santé (HAS) des recommandations de pratique clinique (RPC) pour la prise en charge des hémorragies du post-partum (2004). En 2005, les complications de l'hypertension artérielle, notamment l'éclampsie, ont fait l'objet de nouvelles recommandations. À la suite de ces travaux, des arbres de décisions sont disponibles dans toutes les salles de naissance.

Le Collège des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) et la Société française de médecine périnatale (SFMP), de leur côté, ont élaboré 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.

- de réaliser, en 2005, 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

19. Circulaire DHOS/O1/2005/67 du 7 février 2005 relative à l'organisation de nouveau-nés, nourrissons et enfants.

20. Circulaire DHOS/O1 n° 2006-273 du 21 juin 2006 relative à l'organisation des transports périnatals des mères.

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.

Un groupe de travail regroupant des professionnels de l'unité Inserm 149, la DHOS, la DGS, la Cnam, a établi une grille d'exploitation à partir du PMSI. Cette étude a été réalisée par l'ATIH. Les conclusions sont en cours de finalisation et pourront être publiées en début d'année 2008.

Plus de qualité

Commission nationale de la naissance

Le plan prévoyait la création de la Commission nationale de la naissance : « Cette commission pérenne sera un lieu de discussion, d'élaboration et de recommandations en matière de périnatalité. » Sa composition, ses missions ont été définies par l'arrêté du 11 juillet 2005²¹, qui précise : « La Commission nationale de la naissance a été créée par le Plan de périnatalité 2005-2007. Elle est chargée de contribuer à la réalisation des objectifs de santé publique pour la périnatalité... Elle est un lieu de discussion en matière de périnatalité, un lieu d'échange entre professionnels et usagers, un lieu de retour d'expérience des réseaux, contribuant ainsi à l'élaboration et à l'évaluation de la politique périnatale. Elle doit apporter son concours à l'évaluation des actions engagées en la matière. »

Bilan de l'activité

Depuis deux ans, la Commission nationale de la naissance se positionne comme le comité de suivi de la mise en œuvre du Plan de périnatalité et joue son rôle d'alerte, d'échanges, d'évaluation. Elle se réunit quatre fois par an.

Sont rapportés les points d'étapes des différents groupes de travail touchant à l'élaboration des mesures du Plan de périnatalité. D'autres thèmes ont fait l'objet de la constitution de groupes de travail pour résoudre, ou tenter de résoudre, des problèmes posés aux professionnels de la périnatalité, en particulier ceux relatifs au financement d'activités mais aussi plus largement au statut de la profession et à sa formation.

C'est ainsi que la Commission nationale de la naissance a abordé les problèmes de la prise en charge des urgences dans les services de gynécologie obstétrique, et la reconnaissance et la valorisation (mission d'intérêt général) de l'activité des CPDPN.

En ce qui concerne la prise en charge des urgences dans les services de gynécologie obstétrique, il a été proposé qu'un groupe de travail associant quelques professionnels, la Dhos et la mission T2A se mette en place afin de proposer des critères précis définissant l'activité non programmée pour envisager les réponses techniques qui pourraient être apportées, mais en respectant un cadrage précis et commun à l'ensemble

des activités de soins non programmées. La Cnam a été associée à ce groupe de travail, la réflexion devant également porter sur la valorisation des actes dans le cadre de la Classification commune des actes médicaux (CCAM).

Des solutions sont attendues afin de valoriser cette activité assumée par les services de gynécologie-obstétrique et de pouvoir continuer à répondre aux besoins de la population.

Après qu'un groupe de travail associant professionnels, Dhos, MT2A eut rendu un rapport sur l'activité des CPDPN, un arrêté en date du 9 octobre 2006 les a intégrés dans le financement Migac. Cette activité a été valorisée à hauteur de 9,8 millions d'euros.

La formation, la démographie des sages-femmes, la valorisation de leurs actes font l'objet de réflexions ; la DGS et le ministère de l'Enseignement supérieur ont apporté leur concours pour éclairer l'évolution de la profession. C'est ainsi que le financement de 24 postes de monitrices pour les écoles de sages-femmes a pu être obtenu.

Tous les problèmes ne peuvent pas être résolus au sein de la Commission nationale de la naissance, mais tous les sujets peuvent être abordés et ensuite faire l'objet d'un thème de travail.

Bilan de la mise en œuvre du Plan 2005-2006 et campagne 2007 : bilan financier

Le Plan de périnatalité fait l'objet d'un accompagnement financier important (274 millions d'euros qui se répartissent en 239 millions d'euros pour les établissements de santé, dont 209 millions d'euros pour les établissements publics et 30 millions d'euros pour les établissements privés, 30 millions d'euros pour des mesures spécifiques et 5 millions d'euros pour les soins de ville).

Les crédits délégués aux établissements ont permis de financer les mesures décrites (tableau 1).

Sont également financées par le plan les mesures suivantes : réseau et santé (DNDR, 6 millions d'euros),

tableau 1

Financement des mesures du Plan périnatalité

Mesures	Total plan	2005	2006	2007	Total financé
Établissements publics					
Mise aux normes	110	77,1	33,2	0	110,3
Entretien 1 ^{er} trimestre	17	5,7	6,7	4,3	16,7
Réanimation pédiatrique	43	0	10,5	21,3	31,8*
Transports	27	5,9	11,6	8,9	26,4
Environnement psychologique	12	2,7	3,2	4	9,9*
Total	209	91,4	65,2	38,5	195,1
Établissements privés anciennement financés sous OQN					
Revalorisation des tarifs CMD14 et 15	30	10	19	0	29*

* Complément prévu en 2008.

21. Arrêté du 11 juillet 2005 relatif à la composition de la Commission nationale de la naissance.



mise en œuvre d'un système d'information (18 millions d'euros), précarité et périnatalité (6 millions d'euros)

Bilan ciblé des financements 2005 et 2006

Les résultats présentés ci-dessous ont fait l'objet d'une enquête réalisée par la Dhos en avril 2007 auprès de l'ensemble des ARH portant sur les établissements publics et PSPH et recueillant les données au 31 décembre 2006. Des réponses ont été transmises par les 26 régions avec, toutefois, des réponses inexploitable pour 1 région et des informations partielles pour 2 régions (absence d'information sur les postes pourvus).

Le bilan général du financement depuis 2005 montre que le cadrage général du plan a été respecté et les financements distribués selon les engagements pris : pour les établissements publics, 195 des 209 millions d'euros prévus ont été distribués (soit 93,3 %). Pour les établissements privés, 29 des 30 millions d'euros prévus (soit 97 %). À ces financements d'ores et déjà versés s'ajouteront les mesures 2008.

Les résultats de l'enquête

- **Bilan des postes créés.** L'enquête révèle que 980 postes ont été créés en 2006. Ils viennent s'ajouter aux 1 608 postes créés en 2005. Au total ce sont 2 588 postes qui ont été créés sur les deux années. L'écart de volume entre les deux années s'explique par le phasage de la répartition des crédits essentiellement concentrés sur l'année 2005 (92,3 millions d'euros et 65 en 2006) (tableau 2).
- **Bilan des postes pourvus.** Il porte sur 23 régions. Ce bilan révèle que 60 % des postes créés en 2006 ont été pourvus, soit des données comparables à 2005 (61 %). L'analyse révèle des données contrastées selon les catégories de professionnels (tableau 3).

- **Bilan des mises aux normes.** 774 postes ont été créés en 2006 au titre des mises aux normes dans les établissements publics. Ainsi, 2 201 postes ont été créés à ce titre entre 2005-2006.

Pour mémoire, l'objectif du plan au titre des mises aux normes dans les établissements publics était de 1 930 postes. Il est ainsi largement dépassé. Ce constat s'explique par la création de postes dans des catégories professionnelles qui n'avaient pas été envisagées dans la définition initiale du plan (aides-soignants, auxiliaires de puériculture...) (tableau 4).

Enfin, en marge de ce financement la Commission d'orientation de prévention a défini les orientations stratégiques qui inscriront l'action publique dans la durée : 5 priorités et 15 mesures pour donner un nouvel élan à la politique de prévention (128,7 millions d'euros en 2007) [79]. Plusieurs actions ont pour cible la périnatalité et les jeunes ; c'est ainsi que l'engagement en matière de lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme concernera aussi les femmes enceintes : l'extension des maternités sans tabac dans les réseaux de périnatalité se poursuivra avec le soutien et l'expertise de l'Appri, un guide relatif à la prévention du syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF) pour les professionnels est en cours d'élaboration avec l'expérience du réseau Reunisaf de la Réunion ; divers outils d'intervention sont préparés par l'INPES : un outil destiné à la sensibilisation des professionnels de la périnatalité aux risques pendant la grossesse, un outil de promotion de l'allaitement maternel, un guide sur l'alimentation de la femme enceinte. L'arrêté du 23 mars 2006 place le médecin traitant au cœur du dispositif de coordination et de prévention, notamment

tableau 2

	Nombre de postes 2005	Nombre de postes 2006	Cumul (2005 et 2006)	% du total
Médecins, total	208,8	109,3	318,1	12,3 %
<i>Néonatal/Pédiatres/AR</i>	105,9	80,5	186,4	7,2 %
<i>Néonatal/Pédiatres</i>		60,9		
<i>Anesthésistes</i>		19,6		
<i>Gynéco/Obstétriciens</i>	102,9	28,9	131,8	5,1 %
Sages-femmes, total	468,2	278,0	746,2	28,8 %
<i>Mise aux normes</i>	347,5	184,3	531,8	20,5 %
<i>Entretien 4^e mois</i>	120,8	93,6	214,4	8,3 %
Puéricultrices	504,9	212,5	717,3	27,7 %
Infirmiers	153,0	112,0	265,0	10,2 %
Auxiliaires de puériculture	105,6	79,3	184,8	7,1 %
Aides-soignantes	33,7	28,5	62,1	2,4 %
Psychologues	60,9	68,2	129,0	5,0 %
Autres	72,9	92,5	165,4	6,4 %
Total créés	1 607,8	980,2	2 587,9	100,0 %

tableau 3

	Total postes créés (2006)	Nombre de postes pourvus 2006	% de postes pourvus 2006	Rappel : % de postes pourvus 2005
Médecins	99,0	50,0	51 %	58 %
<i>Néonatal/Pédiatres/AR</i>	72,9	38,1	52 %	52 %
<i>Néonatal/Pédiatres</i>	53,3	22,5	42 %	0 %
Anesthésistes	19,6	15,6	80 %	0 %
Gynéco/Obstétriciens	26,1	12,0	46 %	64 %
Sages-femmes	232,4	155,7	67 %	66 %
<i>Mise aux normes</i>	156,0	117,7	75 %	70 %
<i>Entretien 4^e mois</i>	76,4	38,0	50 %	53 %
Puéricultrices	157,5	90,5	57 %	56 %
Infirmiers	96,0	70,3	73 %	71 %
Auxiliaires de puériculture	75,8	50,4	66 %	56 %
Aides soignants	28,5	15,0	53 %	80 %
Psychologues	52,9	32,3	61 %	41 %
Autres	92,5	39,3	42,4 %	0,0 %
Total de postes	834,4	503,4	60 %	61 %

tableau 4

	Prévisions plan	Dont public	Nombre de postes 2005	Nombre de postes 2006	Cumul 2005-2006	% création/prévisions
Médecins	370	370	208,8	101,8	310,6	83,9 %
Sages femmes	480	360	347,5	171,6	519,1	144,2 %
Infirmiers(ères), puéricultrices	1300	1200	657,9	321,5	979,3	81,6 %
Auxiliaires de puériculture, aides soignants	0	0	139,2	91,7	230,9	
Autres	0	0	72,9	88,1	160,9	
Total créés	2150	1930	1426,2	774,7	2200,9	114,0 %

pour la prévention des facteurs de risque pendant la grossesse²².

Conclusion

Le Plan de périnatalité est l'expression d'un compromis entre l'attente des usagers et l'attente des professionnels : humanité et sécurité.

Il donne sa place au médecin généraliste, il offre plus de place et plus d'autonomie à la sage-femme dans la prise en charge de la grossesse à bas risque et l'accouchement normal, plus de place à l'écoute des femmes et des couples, plus de temps donné à la reconnaissance des vulnérabilités, plus de temps donné aux relais à prendre avec les autres professionnels en charge de la périnatalité (assistantes sociales, psychologues, psychiatres, pédopsychiatres) et les organismes.

Par les mesures qui sont en train d'être mises en place, il doit aider à donner ou redonner aux parents

22. Arrêté du 23 mars 2006 portant approbation de l'avenant n° 12 à la Convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes.

confiance en eux-mêmes : la mère, dans sa capacité à porter et à faire naître son enfant; le père, dans sa mission d'accompagnement; mais aussi confiance dans les professionnels.

Ces mesures doivent aussi aider les gynécologues obstétriciens à mieux appréhender les situations à risque. Elles doivent aussi aider à donner aux professionnels de la naissance les conditions financières et organisationnelles pour assurer leur mission de soins quel que soit le niveau de risque.

Les changements suscités dans le Plan de périnatalité engagent des modifications dans les comportements; la mise en place effective des réseaux de périnatalité est un facteur de décloisonnement et de communication majeur.

Il reste bien évidemment des problèmes, des freins, voire des obstacles qui doivent être analysés, exposés, argumentés, afin de se convaincre — professionnels, tutelles, usagers — que la mutation qu'est en train de vivre la périnatalité est physiologique et un signe de bonne santé. 