

Le fonctionnement des maternités en réseau : une organisation efficace à préserver, mais réfléchissons sereinement à la problématique de leur taille.

Dans notre pays, les soins en périnatalité sont organisés en réseaux de professionnels. Cela a plusieurs avantages : harmonisation des pratiques, discussion multidisciplinaire des prises en charge et surtout, orientation des mères et/ou des nouveau-nés dans les maternités et services de néonatalogie adaptés à leur problématique médicale. Dans chaque réseau, plusieurs niveaux de soins sont définis pour les maternités : celles dites de type 1 ne comportent pas d'unités d'hospitalisation pour les nouveau-nés malades et ont donc surtout vocation d'assumer des grossesses dites à bas risque médical pour la mère et le nouveau-né. En 2016 elles étaient 217 et assuraient 22.5% des naissances. Celles de type 2 comportent une unité de soins néonataux et peuvent donc prendre en charge des situations à risque intermédiaire : c'est le cas, par exemple, des soins pour un nouveau-né prématuré de 8 mois, sans a priori de risque vital (228 en 2016, 49,7% des naissances). Enfin, les établissements de type 3 bénéficient d'unité de réanimation néonatale et ont donc vocation à prendre en charge les situations à haut risque médical (67 en 2016, 27,8% des naissances). Cette organisation en réseau existe depuis la fin des années 90 à l'image de celle mise en place dans les années 70 au Canada. Elle implique des transferts des mères avant la naissance afin que la surveillance de l'accouchement et la prise en charge du couple mère bébé soient faites de la façon la plus sécuritaire possible. Cette communication entre les établissements est à la base de ce fonctionnement en réseau.

Régulièrement, des débats, parfois passionnels, existent sur le maintien de certaines structures et en particulier de certaines maternités de type 1. En effet c'est parmi ces maternités que l'on observe les structures de plus petite taille. En 2016 toujours, 60 établissements effectuaient moins de 500 accouchements (dont 25 moins de 300 et 35 entre 400 et 499), et 151 entre 500 et 999 accouchements. En 2019, les maternités de type 1 ont-elles leur place dans le paysage périnatal ? La réponse des professionnels de périnatalité signant cette tribune est clairement oui. Les maternités de types 2 et 3 ne pourraient pas absorber la totalité des accouchements à bas risque qui restent la majeure partie des cas. Mais il y a une nuance : comme tout établissement de santé, ces maternités doivent être accréditées. La qualité et surtout la sécurité des soins qui y sont dispensés doivent être garanties. Sinon, la question de leur pérennité peut se discuter. Le débat n'est finalement pas autour des maternités de type 1. Il est plutôt de discuter, souvent au cas par cas, du maintien ou non des structures avec une faible activité qui sont plus exposées à des difficultés de fonctionnement, et c'est là que le problème se complexifie.

- Ces structures de petite taille sont souvent situées dans des zones à densité de population faible, ont une activité médicale réduite. Les décrets de périnatalité de 1998 ont fixé un seuil d'activité de 500 accouchements annuels pour exister. S'il est difficile de déterminer le seuil exact d'activité pour entretenir des compétences professionnelles, on peut néanmoins s'interroger sur leur maintien avec moins d'un accouchement par jour et parfois même moins pour chaque sage-femme compte-tenu des séquences de travail. Cet aspect doit être pris en compte pour évaluer la sécurité de l'établissement car l'expérience professionnelle est indéniablement un gage de compétence.

- Les structures de petite taille sont possiblement éloignées des centres urbains. Elles sont donc à distance des centres de recours de type 2 ou 3, ce qui expose à certains risques lors d'une situation médicale grave imprévisible (dont la fréquence de survenue est de l'ordre de 1 pour mille accouchements dits à bas risque). La sélection des patientes à bas risque médical est certainement une des façons d'appréhender cette difficulté, mais en médecine périnatale, le risque zéro n'existe pas. On estime que dans 10% des grossesses, il survient un évènement ou complication qui n'était pas prévisible.
- Ces structures, de par leur localisation et leur activité peuvent ne pas être attractives pour le corps professionnel. Comment attirer de jeunes professionnels, sages-femmes, pédiatres, gynécologues-obstétriciens, anesthésistes-réanimateurs, avec la perspective d'une faible activité ? Se résoudre à fonctionner avec des « intérimaires », pas toujours compétents, pas toujours impliqués dans un projet à long terme, et fortement rémunérés n'est un gage ni de qualité, ni de sécurité. En outre, l'expérience démontre qu'il est parfois impossible de trouver l'un d'entre eux. Dans ce contexte, les équipes sont fragiles, parfois en nombre insuffisant, de ce fait épuisées ou avec un personnel instable, ce qui accroît l'insécurité des équipes. On tourne en rond.

Pour les professionnels que nous sommes, nous maintenons notre soutien pour les 3 types de maternité qui ont leur place dans le paysage périnatal. Elles proposent une offre de soin complémentaire pour des situations périnatales de gravité variable. En zone urbaine, on peut aussi suggérer leur regroupement afin d'assurer un volume d'activité conséquent favorisant la qualité offerte aux usagers. Les conditions difficiles d'exercice dans lesquelles se trouvent parfois certaines maternités, en particulier en zone rurale, ne doivent pas être ignorées. Et si la sécurité est compromise, cette réalité doit être reconnue avec les conséquences qu'elles impliquent.

En clair, nous nous interrogeons sur l'attractivité potentielle des maternités offrant un très petit nombre d'accouchements, et donc leur pérennité. Leur existence doit mesurer les risques pour l'enfant à naître et sa mère. Nous sommes responsables de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins. Nous ne pouvons pas accepter une prise de risques inutile, et parfois méconnue des usagers. Nous invitons les responsables politiques locaux et nationaux à engager une véritable concertation au cas par cas avec des acteurs de la périnatalité responsables et fidèles au serment d'Hippocrate.

Pr Thierry DEBILLON, Pédiatre Néonatalogue, CHU de Grenoble ¹

Pr Michel DREYFUS, Gynécologue Obstétricien, CHU de Caen ²,

Pr Olivier CLARIS, Pédiatre Néonatalogue, Président de la CME, Hospices Civils de Lyon ³

Pr Pascal GAUCHERAND, Gynécologue Obstétricien, Hospices Civils de Lyon ³

Pr Brune LANGER, Gynécologue Obstétricien, CHU de Strasbourg ³

Pr Jean Christophe ROZE, Pédiatre Néonatalogue, CHU de Nantes ³

¹Président de la Société Française de Médecine Périnatale

²Vice-Président de la Société Française de Médecine Périnatale

³Membre de la Société Française de Médecine Périnatale