

Périnatalité de demain: quel modèle voulons-nous?

Jacques Sizun¹, Charlotte Casper², Nathalie Ratynski¹, Gisèle Gremmo-Feger¹

¹Pôle de la Femme, de la Mère et de l'Enfant

Centre Hospitalier Universitaire, Brest, France.

² Pôle Enfant, CHU Toulouse, France

La médecine actuelle est soumise à de nombreuses contraintes et défis : économiques, scientifiques et éthiques. La périnatalité n'échappe pas à cette évolution, fragilisée par une démographie médicale particulièrement difficile dans les trois spécialités indispensables au fonctionnement des maternités : pédiatrie, obstétrique et anesthésie.

Il paraît intéressant de se pencher sur les modèles étrangers. Le modèle américain, leader dans ses capacités de recherche, apparaît peu performant avec des coûts élevés et des résultats décevants : par exemple un taux de prématurité de 12.3 %, atteignant 17.5 % dans la population noire.

Au sein de l'Union Européenne (Hope 2008), la Suède est souvent citée comme le modèle idéal et les données chiffrées semblent le confirmer :

Indicateurs de santé en France et en Suède (Source : www.statistiques-mondiales.com; <http://data.euro.who.int/>; www.who.int/whosis; www.europeristat.com)

Indicateurs	France	Suède
Financiers		
% du PNB consacré à la santé	11.2	9.2
Dépenses de santé <i>per capita</i> (PPP\$)	3601	3323
Structures et personnels		
Nombre hôpitaux /100 000h	4.68	0.9
Nombre de lits de soins aigus / 100 000h	376	282
Nombre de médecins pour 1000h	3.22	3.6
Nombre d'infirmières et de SF / 10 000h	80.0	109.0
Ratio infirmières et SF / médecin	2.3	3.3
% de naissances dans des maternités réalisant moins de 500 accouchements/an	4.6	1.6
% de naissances dans des maternités réalisant plus de 2000 accouchements/an	20-55	> 55
Nombre de maternités labellisées IHAB	8	64
Nombre d'unités de néonatalogie avec personnels certifiés NIDCAP	4	25*
Nombre d'unités de néonatalogie participant au réseau européen EuroNeonet	1	les unités du réseau national suédois
Résultats		
Espérance de vie (ans)	80.98	80.86
Mortalité maternelle/100 000 naiss.	8	3
Mortalité néonatale précoce /1 000	1.8	1.6
Naissance avec PN < 2500g (%)	7.2	4.2
Taux de césarienne pour 1000 naissances	18.8	15.7
Allaitement maternel (% à h 48)	55.4	89.4

Le système suédois semble donc moins coûteux, plus efficace et plus centré sur les usagers. Plusieurs éléments de ce système semblent pouvoir être transposés en France.

1- *L'organisation des maternités au sein des réseaux.*

Un regroupement des maternités aurait l'avantage d'accroître la sécurité des patientes et des nouveau-nés et de diminuer le nombre de praticiens de garde chaque nuit. Les multiples astreintes à domicile existant dans un territoire de santé pourraient être avantageusement remplacées par une garde unique sur place, plus compatible avec le délai d'intervention en salle de naissance.

Un transfert de tâche vers les sages-femmes, en particulier pour le suivi des grossesses à bas risque et de la phase post-natale, permettrait aux praticiens de se consacrer aux pathologies de la grossesse et de la naissance. Un nombre plus restreint de gardes grâce au regroupement des sites renforcerait aussi la disponibilité pour la recherche.

2- *La conception des soins.*

La suppression des gestes inutiles en salle de naissance, le rôle accru des familles y compris en unité de soins intensifs, une réelle promotion de l'allaitement maternel avec simplification des procédures concernant le don personnalisé de lait paraissent à notre portée.

Une approche plus respectueuse du nouveau-né et de sa famille pourrait être facilitée par l'adoption de programmes internationaux tels que l'Initiative « Hôpital Ami des Bébé » de l'OMS-UNICEF pour les enfants à terme (Marchand 2010) et le NIDCAP pour les nouveau-nés prématurés (Ratynski 2009) .

3-*L'évaluation des résultats*

Un benchmarking efficace requiert la mise en commun de données de façon permanente et prospective, d'où l'importance des réseaux nationaux ou internationaux. L'adhésion massive des unités de soins intensifs françaises au réseau européen Euroneonet, financé par la Communauté Européenne, permettrait ce type de comparaison.

Une mutation difficile ?

Cette transformation de l'organisation de la périnatalité en France peut se heurter à certains obstacles et résistances de la part des professionnels et des usagers. L'expérience réussie d'implantation du NIDCAP (Ratynski 2009), d'obtention du label IHAB dans plusieurs établissements hospitaliers français, de création d'une structure d'hospitalisation néonatale à domicile à Toulouse permettant la prise en charge à domicile de prématurés en cours d'autonomisation alimentaire (Montjoux-Régis 2009), démontre que les professionnels et les usagers sont prêts à vivre cette mutation .

Conclusion

Adopter le modèle suédois nécessite des modifications d'organisation et des changements de comportement individuels et collectifs. Tous ne sont pas du ressort des professionnels de pédiatrie. Certains sont pourtant à notre portée. Des recommandations claires de nos sociétés savantes influenceraient positivement ces changements.

Références :

Hope. European Hospital and Healthcare Federation. Les hôpitaux dans les 27 pays de l'Union Européenne. 2008. Disponible sur internet : URL: www.hope.be

Marchand MC, Laurent C, Lofgren K. L'IHAB... pour la qualité des soins en maternité . Arch Pédiatr 2010 ; 17 : 804-805.

Montjoux-Régis N, Raynal F, Chourré V et al. Hospitalisation à domicile pour les nouveau-nés. Arch Ped 2009, 16: 713-714.

Ratynski N, Jouquan J, Sizun J. NIDCAP et soins de développement : quelle stratégie d'implantation ? Arch Ped 2009 ; 16 : 830-2.

Valls-i-Soler A, Carnielli V, Claris O et al.; Scientific Steering Committee of EuroNeoStat. EuroNeoStat: a European information system on the outcomes of care for very-low-birth-weight infants. Neonatology 2008; 93 :7-9.

Ce thème est traité plus complètement dans l'article à paraître:

Sizun J, Casper C, Ratynski N, Gremmo-Feger G. L'avenir de la périnatalité en France. Le modèle suédois est-il possible ? Arch Pédiatr 2010.