

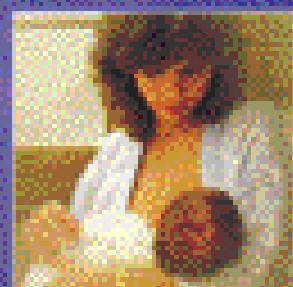
# ARH

Haute-Normandie

1999  
2004

## SROS

Schéma régional d'organisation sanitaire



## Périnatalité

# SROS Périnatalité

Haute-Normandie

**1999 - 2004**

## Préambule

### **1 - Élaboration du SROS Périnatalité ----- 3**

Le cadre réglementaire ----- 3

La méthodologie ----- 3

Les caractéristiques régionales ----- 4

*Arrêté fixant le SROS Périnatalité* ----- 9

### **2 - Objectifs et principes ----- 11**

Prise en charge pré-hospitalière ----- 11

Prise en charge hospitalière ----- 12

Prise en charge post-hospitalière ----- 14

Communication ----- 15

Évaluation ----- 16

### **3 - Répartition géographique ----- 17**

Le secteur sanitaire Eure-Seine ----- 17

Le secteur sanitaire Seine et Plateaux ----- 18

Le secteur sanitaire de l'Estuaire ----- 18

Le secteur sanitaire Caux Maritime ----- 20

SROS Périnatalité

Haute-Normandie

**1999 - 2004**

# Préambule

**D**ans le domaine de la sécurité de la naissance, des progrès considérables ont été observés depuis les années 70. Mais, si la France a pu ainsi rejoindre le groupe des pays «favorisés», elle ne se situait, en 1994, qu'au 10<sup>e</sup> ou 12<sup>e</sup> rang pour la plupart des indicateurs, notamment la mortalité maternelle. Cette année là, les conclusions du rapport du Haut Comité de la Santé Publique ont conduit à l'élaboration du Plan périnatalité (1995-2000). Objectifs prioritaires : diminuer la mortalité maternelle et périnatale et réduire le nombre de femmes peu ou pas suivies pendant leur grossesse. En effet, malgré une amélioration de la surveillance des grossesses, 6% encore des femmes n'avaient jamais consulté l'équipe de la maternité avant l'accouchement et 1% des femmes étaient insuffisamment suivies.

L'application de ce Plan a permis d'agir efficacement.

En Haute-Normandie, les indicateurs concernant la mortalité, la morbidité maternelle et infantile sont en constante amélioration, depuis plusieurs années, grâce au travail de tous les professionnels concernés.

Mais, beaucoup reste à faire.

## ■ SROS Périnatalité : cohérence et continuité

Afin d'améliorer encore la sécurité de la grossesse, de la naissance et de l'environnement périnatal de la mère et de l'enfant, il paraît essentiel aujourd'hui d'établir une cohérence et une continuité dans les pratiques des différents intervenants. C'est l'objectif principal du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire Périnatalité.

Conformément à la loi, celui-ci prévoit également de promouvoir la logique de réseau pluridisciplinaire ; une démarche déjà bien engagée par les acteurs de santé régionaux qui, depuis plusieurs années déjà, travaillent à la création du réseau périnatalité de Haute-Normandie. Conforté par le SROS, celui-ci devrait permettre une amélioration sensible - qualitative et quantitative - du suivi de la grossesse, de l'accouchement et du suivi des nouveau-nés.

L'enjeu est important.

La Haute-Normandie est l'une des régions françaises qui enregistrent les taux de natalité les plus élevés et la jeunesse de sa population reste l'un de ses atouts majeurs.

# 1 - ÉLABORATION DU SROS PÉRINATALITÉ

## Le cadre réglementaire

Le SROS Périnatalité s'inscrit dans un contexte réglementaire qui vient d'évoluer avec la parution de deux décrets relatifs aux établissements de santé pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale. Ces décrets visent à améliorer la sécurité de la mère et de l'enfant lors de l'accouchement et à assurer des soins de qualité aux nouveau-nés.

- **Le décret n°98-899 du 9 octobre 1998** pose le principe d'une organisation des structures en niveaux de soins selon les soins de néonatalogie que l'établissement est autorisé à pratiquer. Cette organisation vise à faire accoucher la femme enceinte dans l'établissement le plus adapté à prendre en charge d'éventuels risques afin de limiter les transferts des nouveau-nés. De plus, les établissements doivent s'organiser en réseau ou signer des conventions de coopération.
- **le décret n°98-900 du 9 octobre 1998** fixe les conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale. Il détermine les normes minimales visant à assurer, dans les établissements de santé, publics et privés, la sécurité de la mère et de l'enfant lors de l'accouchement et à organiser la prise en charge et les soins des nouveau-nés hospitalisés dans les unités de néonatalogie et de réanimation néonatale.

Ces décrets sont complétés par deux arrêtés :

- **l'arrêté du 8 janvier 1999**, relatif à la création d'une **Commission régionale de la naissance**, chargée de contribuer à la définition et à la mise en œuvre de la politique périnatale de la région. En Haute-Normandie, cette commission a été nommée par arrêté préfectoral du 7 juin 1999.
- **l'arrêté du 1<sup>er</sup> avril 1999**, paru au Journal Officiel du 2 mai 1999, fixant les indices de besoins nationaux afférents à la néonatalogie et à la réanimation néonatale.

Ces textes prévoient donc :

- **la graduation des soins en trois niveaux :**
  - **l'unité d'obstétrique** participe à la prise en charge des grossesses, à l'identification des facteurs de risques pour la mère et l'enfant, et assure l'accouchement et les soins de la mère et du nouveau-né ainsi que les actes de chirurgie abdominopelvienne liés à la grossesse ou à l'accouchement. Ce niveau accueille les nouveau-nés ne présentant pas de problèmes particuliers (soins de puériculture).
  - **l'unité de néonatalogie** assure la surveillance et les soins spécialisés des nouveau-nés à risques et de ceux dont l'état s'est dégradé à la naissance.
  - **l'unité de réanimation néonatale** assure la surveillance et les soins spécialisés des nouveau-nés présentant des détresses graves ou des risques vitaux.
- **la coopération entre les établissements de santé** : par adhésion à un réseau de soins ou signature de conventions entre les différentes structures.

## La méthodologie

L'Inspection Régionale de la Santé de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Haute-Normandie a réalisé une enquête avec visite sur place de toutes les maternités, services ou unités de néonatalogie et services de réanimation néonatale, au cours du deuxième semestre 1998. L'étude a porté sur :

- l'analyse des plateaux techniques des différentes structures : descriptif, activité, en particulier, nombre d'accouchements, de péridurales, de césariennes, de transferts de nouveau-nés et de transferts in-utéro...
- les personnels médicaux et non médicaux (nombre et qualification des praticiens, sages-femmes, infirmières diplômées d'Etat...), fonctionnement des gardes...

Les résultats de cette étude concernent l'année 1997 et sont détaillés dans l'annexe 5 de l'état des lieux.

## Les caractéristiques régionales

### Contexte général

#### Un contexte démographique dynamique

La région se caractérise par la relative jeunesse de sa population et une fécondité plus élevée qu'au plan national. Au 1<sup>er</sup> janvier 1997, elle comptait 453 000 femmes de 15 à 49 ans, dont 137 500 dans l'Eure. En 1996, le taux de fécondité pour 100 femmes de 15 à 49 ans s'élevait à 5,1 % en Haute-Normandie, contre 4,9 % en France (source : INSEE).

5

#### Nombre moyen d'enfants par femme

	Haute-Normandie	Eure	Seine-Maritime	France
1996	1,79	1,81	1,78	1,72

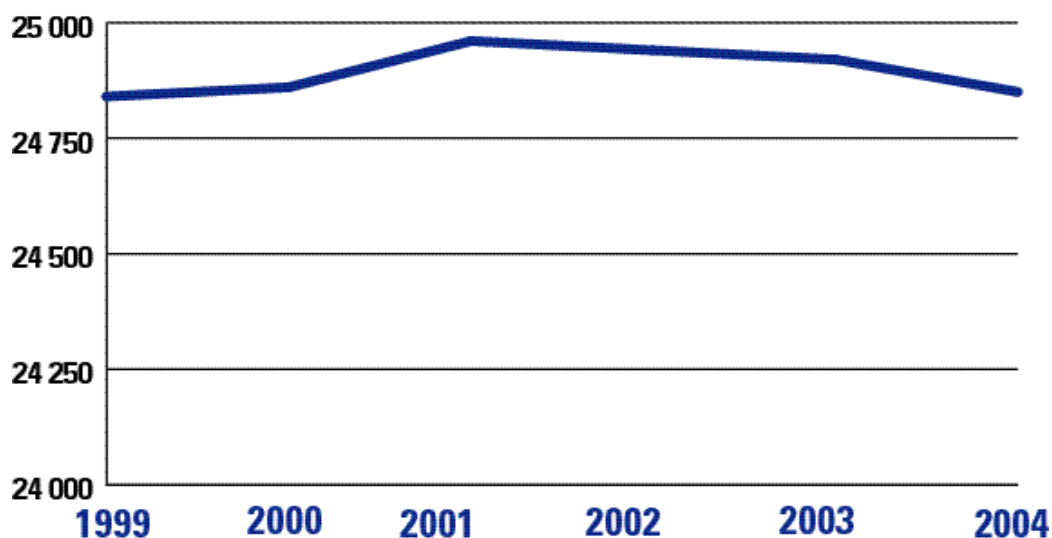
#### Taux de natalité

	Haute-Normandie	Eure	Seine-Maritime	France
1996	13,2	13,1	13,2	12,6

Source : TEHN1998

Si certaines zones de Haute-Normandie se dépeuplent (Pays de Bray, ouest du département de l'Eure), certains secteurs géographiques devraient connaître une poussée démographique, notamment l'est du département de l'Eure (Vernon, Gisors...).

### Evolution des naissances en Haute-Normandie de 1999 à 2004 (estimation ORS)



En Haute-Normandie, le nombre de naissances devrait croître jusqu'en 2001 puis suivre une courbe légèrement descendante à l'horizon 2002-2004.

## Indicateurs sanitaires et d'activité

En 1997, le nombre de naissances en Haute-Normandie s'élevait à 21 885. Comme l'indique le tableau ci-après, ces indicateurs sont proches de la moyenne nationale. Les différences, apparaissant entre les deux départements, demandent à être validées pour les années suivantes.

	Eure	Seine-Maritime	France
<b>Nbre de naissances domiciliées en 97 (CS8)</b>	<b>6 707</b>	<b>15 178</b>	
<b>Taux âge des mères &lt; 18 ans</b>	0,17 %	0,66 %	1,35 % (<20)
<b>Taux âge des mères 38 ans</b>	3,71 %	3,68 %	13,25 % (<35)
<b>Taux d'enfants nés &lt; 37 SA</b>	3,26 %	4,80 %	4,25 %
<b>Taux d'enfants nés &lt; 35 SA</b>	0,96 %	1,82 %	1,7 %
<b>Taux d'enfants nés &lt; 33 SA</b>	0,76 %	0,85 %	0,8 %
<b>Taux de césariennes</b>	15,5 %	13,2 %	16,9 %
<b>Taux d'enfants poids &lt; 1000 g</b>	0,10 %	0,18 %	0,1 %
<b>Taux d'enfants poids 1000 g et 1999 g</b>	1,38 %	1,48 %	1,4 %
<b>Taux d'enfants poids 2000 g et 2499 g</b>	5,05 %	4,29 %	4,2 %
<b>Taux de transfert de nouveau-nés</b>	3,98 %	6,62 %	11,37 %

Source : Certificat du 8<sup>e</sup> jour, données réseau AUDIPOG, ORS

Données INSEE 1996	Haute-Normandie	Eure	Seine-Maritime	France
<b>Taux de natalité</b>	13,2	13,1	13,2	12,6
<b>Moyenne d'enfants/femme</b>	1,79	1,81	1,78	1,72
<b>Mortalité infantile<sup>1</sup></b>	5,4 ‰	3,1 ‰	6,4 ‰	4,8 ‰
<b>Mortalité néonatale<sup>2</sup></b>	3,5 ‰	1,7 ‰	4,2 ‰	3 ‰
<b>Mortalité néonatale précoce<sup>3</sup></b>	2,7 ‰	0,8 ‰	3,4 ‰	2,2 ‰
<b>Mortalité post-néonatale<sup>4</sup></b>	1,9 ‰	1,4 ‰	2,2 ‰	1,8 ‰
<b>Mortalité foeto-infantile<sup>5</sup></b>	10,6 ‰	7,9 ‰	11,7 ‰	9,7 ‰
<b>Mortalité périnatale<sup>6</sup></b>	7,8 ‰	5,6 ‰	8,8 ‰	7,2 ‰
<b>Mortinatalité<sup>7</sup></b>	5,2 ‰	4,8 ‰	5,4 ‰	5 ‰

**1 • Mortalité infantile** : nombre de décès d'enfants de moins de 1 an rapporté à 1 000 naissances vivantes, pour l'année.

**2 • Mortalité néonatale** : nombre de décès survenus entre la naissance et le 27<sup>e</sup> jour inclus rapporté à 1 000 naissances vivantes, pour l'année.

**3 • Mortalité néonatale précoce** : nombre de décès survenus entre la naissance et le 7<sup>e</sup> jour inclus, rapporté à 1 000 naissances vivantes, pour l'année.

**4 • Mortalité post-néonatale** : nombre de décès survenus entre la fin du premier mois (27 jours révolus) et la première année (365 jours révolus) rapporté au nombre de naissances vivantes, pour l'année.

**5 • Mortalité foeto-infantile** : nombre de décès survenus entre la 28<sup>e</sup> semaine de grossesse et la première année rapporté à 1 000 naissances vivantes, pour l'année.

**6 • Mortalité périnatale** : nombre de décès survenus entre la 28<sup>e</sup> semaine de grossesse et le 7<sup>e</sup> jour de vie inclus rapporté à 1 000 naissances totales (naissances vivantes et sans vie), pour l'année.

**7 • Mortinatalité** : nombre de décès survenus entre la 28<sup>e</sup> semaine de grossesse et la naissance rapporté à 1000 naissances totales, pour l'année.

## Les établissements haut-normands

Au regard des décrets du 9 octobre 1998 et des résultats de l'enquête effectuée en 1998, les structures de notre région assurant la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés se répartissent en établissements comprenant les unités suivantes :

### Unités d'obstétrique

Seine-Maritime	Eure
Centre hospitalier de Lillebonne	Centre hospitalier de Verneuil-sur-Avre
Centre hospitalier J. Monod, Le Havre	Centre hospitalier de Gisors
Clinique du Petit Colmoulins, Harfleur	Centre hospitalier de Bernay
Clinique Les Aubépines <sup>8</sup> , Dieppe	Centre hospitalier Louviers/Val-de-Reuil
Centre hospitalier de Fécamp <sup>9</sup>	Centre hospitalier de Vernon
Clinique Jardins des Plantes, Rouen	Clinique Sainte-Marie, Vernon
Clinique Jeanne d'Arc, Rouen	Clinique du Parc, Evreux
Clinique Saint-Romain, Rouen	Centre hospitalier de Pont-Audemer

### Unités d'obstétrique et de néonatalogie

Seine-Maritime	Eure
CH du Belvédère, Mont-Saint-Aignan	Centre hospitalier d'Evreux
Centre hospitalier de Dieppe	
Centre hospitalier d'Elbeuf	

### Unités d'obstétrique, de néonatalogie et de réanimation néonatale

Seine-Maritime	Eure
Centre hospitalier régional, Rouen	
Centre hospitalier Flaubert, Le Havre	

## Les quinze bassins de naissance de Haute-Normandie<sup>10</sup>

Les données actuellement disponibles, compte tenu du travail d'exploitation statistique, concernent l'année 1996. La Haute-Normandie comptait 22 maternités réparties sur 16 communes dont 13 en Seine-Maritime et 9 dans l'Eure. Ces maternités se sont partagées 22 644 naissances, dont 17 110 en Seine-Maritime et 5 534 dans l'Eure.

La même année, dans l'Eure, 2 042 naissances ont été enregistrées en dehors du département pour des mères domiciliées dans l'Eure, soit un taux de «fuite» de 40% (2042/5025), principalement vers la Seine-Maritime (23%) et, pour le reste, vers les départements limitrophes. En Seine-Maritime, 550 naissances ont été enregistrées en dehors du département pour des mères domiciliées en Seine-Maritime, soit un taux de «fuite» faible de 3,5% (550/15715), essentiellement vers les départements limitrophes. A l'échelle de la Haute-Normandie, le taux de «fuite» hors de la région était de 8,8 % (1384/20740).

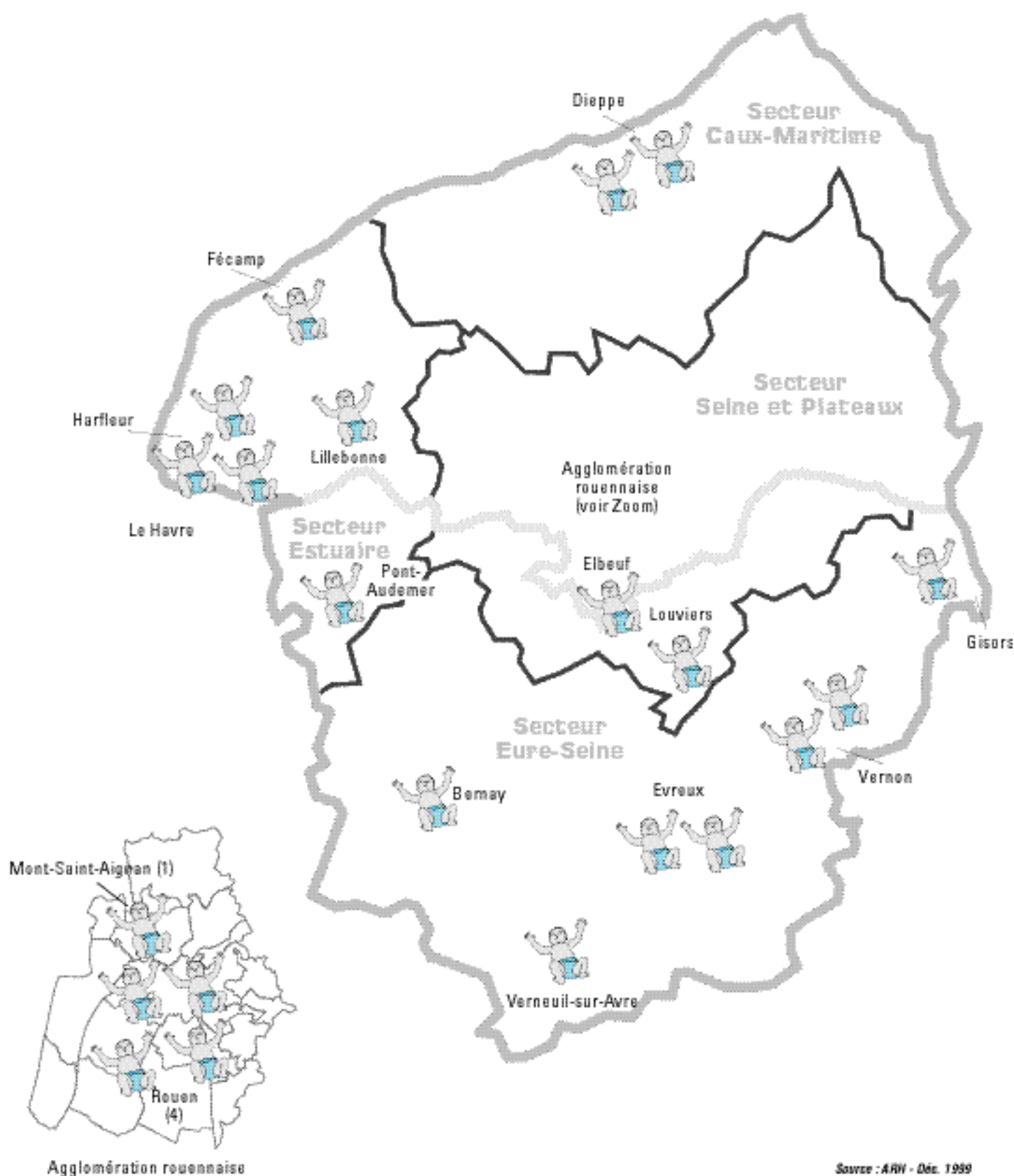
En 1996, dans l'Eure, 509 naissances ont été enregistrées dans le département pour des mères domiciliées dans d'autres départements, soit un taux «d'attractivité» de 10% (509/5025). En Seine-

8 • Au regard des textes, les deux lits de néonatalogie ne sont pas conformes.

9 • L'unité de néonatalogie, ne comportant que deux lits et pas de personnel spécifique, n'est plus conforme aux textes.

10 • Cf état des lieux p.23.

# Maternités en Haute-Normandie



Maritime, 1 395 naissances ont été enregistrées dans le département pour des mères domiciliées dans d'autres départements, soit un taux «d'attractivité» d'environ 9% (1395/15715). A l'échelle de la Haute-Normandie, le taux «d'attraction» venant des autres régions était de 3,4 % (696/20740). Les taux «d'attractivité» des deux départements haut-normands étaient donc quasiment identiques, soit environ 10%. Au total, la Haute-Normandie enregistrait plus de «fuites» (1384) que «d'attraction» (696).

### **Centres d'assistance médicale à la procréation**

Ces centres ont été autorisés après avis de la Commission Nationale de Médecine et de Biologie de la Reproduction et du CNOSS<sup>11</sup>. Ils se répartissent en :

- Centres autorisés à pratiquer les activités cliniques d'assistance médicale à la procréation : CHU de Rouen, Clinique Saint-Antoine (Rouen), Groupe hospitalier du Havre.
- Centres autorisés à pratiquer les activités biologiques d'assistance médicale à la procréation : CHU de Rouen, Clinique Saint-Antoine (Rouen), Laboratoire Rocaboy (Le Havre).

### **Centres de diagnostic anténatal**

Ils sont, eux aussi, autorisés après avis de la Commission Nationale de Médecine et de Biologie de la Reproduction et du CNOSS. Les établissements autorisés<sup>12</sup> à pratiquer des activités de diagnostic prénatal par les techniques de biochimie portant sur les marqueurs sériques d'origine embryonnaire et fœtale dans le sang maternel sont le Groupe hospitalier du Havre et le laboratoire Sery (Le Havre).

---

11 • Comité national de l'organisation sanitaire et sociale

12 • Bilan de la Carte sanitaire, Journal Officiel du 14 avril 1999

**Agence Régionale de l'Hospitalisation  
de Haute-Normandie**

**Arrêté fixant  
le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de périnatalité  
pour la Haute-Normandie**

**Le Directeur  
de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation  
de Haute-Normandie**

-----

**VU** le Code de la Santé Publique et notamment, les chapitres Ier, IIème et IIIème du livre VII, titre 1er,

**VU** les décrets n° 98-899 et 98-900 du 9 octobre 1998 relatifs aux établissements de soins publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale et aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale,

**VU** la convention constitutive de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de Haute-Normandie du 31 décembre 1996 et son avenant n°1 du 13 janvier 1999,

**VU** l'arrêté préfectoral du 15 juillet 1994 fixant les limites des secteurs sanitaires pour la région de Haute-Normandie,

**VU** l'arrêté du 1<sup>er</sup> avril 1999 fixant les indices de besoins nationaux afférents à la néonatalogie et à la réanimation néonatale,

**VU** l'arrêté du Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation du 25 octobre 1999 fixant les indices de besoins en néonatalogie, en soins intensifs en néonatalogie et réanimation néonatale pour la Haute-Normandie,

**VU** l'avis du Comité Régional d'Experts du 1<sup>er</sup> septembre 1999,

**VU** les recommandations en date du 3 septembre 1999 de la commission régionale de la naissance dont la composition a été fixée par Monsieur le Préfet de Région par arrêté du 9 juin 1999,

VU les avis émis par les quatre conférences sanitaires de secteur : secteur Seine et Plateaux du 5 octobre 1999, secteur Estuaire du 1er octobre 1999, secteur Eure-Seine du 1er octobre 1999 et le secteur Caux-Maritime du 29 septembre 1999,

VU l'avis formulé par le Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale lors de sa séance du 13 octobre 1999,

VU l'avis de la Commission Exécutive du 20 octobre 1999.

### **ARRETE**

#### **ARTICLE 1**

Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de Haute-Normandie de Périnatalité est fixé selon le document joint au présent arrêté.

#### **ARTICLE 2**

Le présent schéma est révisable à tout moment et obligatoirement au terme d'une période de cinq ans.

#### **ARTICLE 3**

Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire sur la périnatalité peut faire l'objet d'un recours hiérarchique auprès de Madame la Ministre de l'Emploi et de la Solidarité, conformément à l'article L.712-5 alinéa 4 du Code de la Santé Publique dans un délai de deux mois à compter de sa publication.

#### **ARTICLE 4**

Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de Haute-Normandie, le Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales de Haute-Normandie, les directeurs départementaux des Affaires Sanitaires et Sociales de la Seine-Maritime et de l'Eure sont chargés, chacun en ce qui les concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié aux Recueils des Actes Administratifs de la Préfecture de région et des départements de la Seine-Maritime et de l'Eure.

Rouen, le 26/10/1999



**Bernard GAÏSSET**

## 2 - OBJECTIFS ET PRINCIPES DU SROS PÉRINATALITÉ

Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire en périnatalité (SROS) doit prendre en compte trois principes fondamentaux :

- L'accessibilité pour toute femme enceinte et/ou de son (ses) nouveau-né(s) à une prise en charge dans une maternité, un service ou une unité de néonatalogie et/ou de réanimation néonatale dans l'ensemble de la région.
- La complémentarité des établissements de santé de la région pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale et leur articulation avec les autres acteurs œuvrant dans le domaine de la périnatalité.
- La qualité et la sécurité de la prise en charge dans les établissements de santé de la région pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale.

Pour ce faire, le SROS Périnatalité est construit autour d'un objectif général et de six objectifs spécifiques qui en découlent.

L'**objectif général** est de contribuer à l'amélioration de la sécurité de la grossesse, de la naissance et de l'environnement périnatal de la mère et de l'enfant dans notre région.

Les **six objectifs spécifiques** sont les suivants :

1. Participer à la prise en charge des grossesses et à l'identification, en cours de grossesse, des facteurs de risques pour la mère et pour l'enfant, afin d'orienter la mère avant l'accouchement vers une structure adaptée ;
2. Assurer l'accouchement, les soins de la mère et du nouveau-né, ainsi que les actes de chirurgie abdomino-pelvienne liés à la grossesse ou à l'accouchement, dans des conditions visant à réduire les risques et permettant de faire face aux conséquences de leur éventuelle survenance ;
3. Assurer le suivi postnatal immédiat de la mère et de l'enfant dans des conditions médicales, psychologiques et sociales appropriées ;
4. Assurer, en réanimation néonatale, la surveillance et les soins spécialisés des nouveau-nés présentant des détresses graves ou des risques vitaux ;
5. Assurer en unités de soins intensifs néonataux la surveillance et les soins spécialisés des nouveau-nés à haut risque ;
6. Assurer en unité de soins néonataux en pédiatrie ou en maternité la prise en charge des autres nouveau-nés à risque ou dont l'état s'est dégradé après la naissance.

A partir du bilan de l'existant et des recommandations issues des travaux de la Commission régionale de la naissance, les orientations du SROS Périnatalité peuvent être regroupées autour de quatre axes : organisation de la prise en charge pré-hospitalière, hospitalière et post hospitalière, communication et évaluation.

### Prise en charge pré-hospitalière

#### Surveillance de la grossesse

La surveillance de la grossesse s'est développée de manière importante au cours des deux dernières décennies. Avec sept examens prénataux obligatoires, la réglementation actuelle (décret du 14 février 1992) permet un suivi satisfaisant de la grossesse chez la majorité des femmes. Et le point 3 de l'article D. 712-75 du décret n° 98-900 du 9 octobre 1998, demandant aux établissements de santé «d'assurer au début du dernier trimestre de la grossesse une consultation par un gynécologue-obstétricien ou une sage-femme de l'unité qui effectuera l'accouchement et de faire réaliser la consultation pré-anesthésique prévue à l'article D. 712-41 par un anesthésiste-réanimateur de l'établissement», devrait le renforcer.

Cependant, certaines femmes restent peu ou pas suivies. Ainsi, selon le rapport du Haut Comité de la Santé Publique de 1994 :

- 1 % des femmes bénéficient de moins de trois consultations pendant la grossesse ;
- 6 % des femmes accouchent sans avoir consulté l'équipe obstétricale de la maternité.

La qualité de la surveillance de la grossesse peut et doit donc être améliorée. Le suivi doit s'effectuer par un travail en réseau permettant d'assurer cohérence et continuité des soins, en particulier pour les populations à risque médical ou social.

Enfin, la préparation de la naissance, occasion de dialogue et d'écoute, doit être centrée sur l'explication de l'accouchement et la prise en charge de l'enfant, favorisant l'installation d'une relation harmonieuse mère-enfant et permettre une prévention du risque obstétrical, en particulier de la prématurité.

### Relations avec les autres acteurs

La collaboration entre les établissements de santé pratiquant l'obstétrique et la médecine de ville est nécessaire. De même, les coopérations entre maternités, services de Protection maternelle et infantile (PMI) et structures sociales doivent être renforcées, en particulier dans les cas de risque médico-social supposé.

Pour les femmes qui travaillent, la fiche liaison travail-grossesse, présente dans le carnet de maternité, est un moyen de communication entre les praticiens chargés de surveiller la grossesse et le médecin du travail.

Le suivi précoce par la maternité et la communication entre les intervenants sont particulièrement importants dans le cas des grossesses à risque, qu'il s'agisse d'une pathologie obstétricale avérée, d'une grossesse à risque médico-social (précarité), d'un alcoolisme maternel ou d'autres conduites addictives, ou encore de troubles mentaux...

## Prise en charge hospitalière

L'organisation de cette prise en charge repose sur le principe d'**accessibilité** qui définit une répartition territoriale des services, sur le principe de la **sécurité** qui définit les niveaux de soins et le principe de **complémentarité** qui définit les relations entre les différents acteurs de cette prise en charge. Cette organisation est le fruit des travaux de la Commission régionale de la naissance qui ont été guidés par les décrets N° 98-899 et 98-900 relatifs à la périnatalité.

### Graduation des niveaux de soins offerts

L'intégralité des textes se trouve en annexe 1 de l'état des lieux.

#### Art. R. 712-84

«Les établissements assurant la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés comprennent, sur le même site, soit une unité d'obstétrique, soit une unité d'obstétrique et une unité de néonatalogie, soit une unité d'obstétrique, une unité de néonatalogie et une unité de réanimation néonatale».

#### Art. R. 712-85

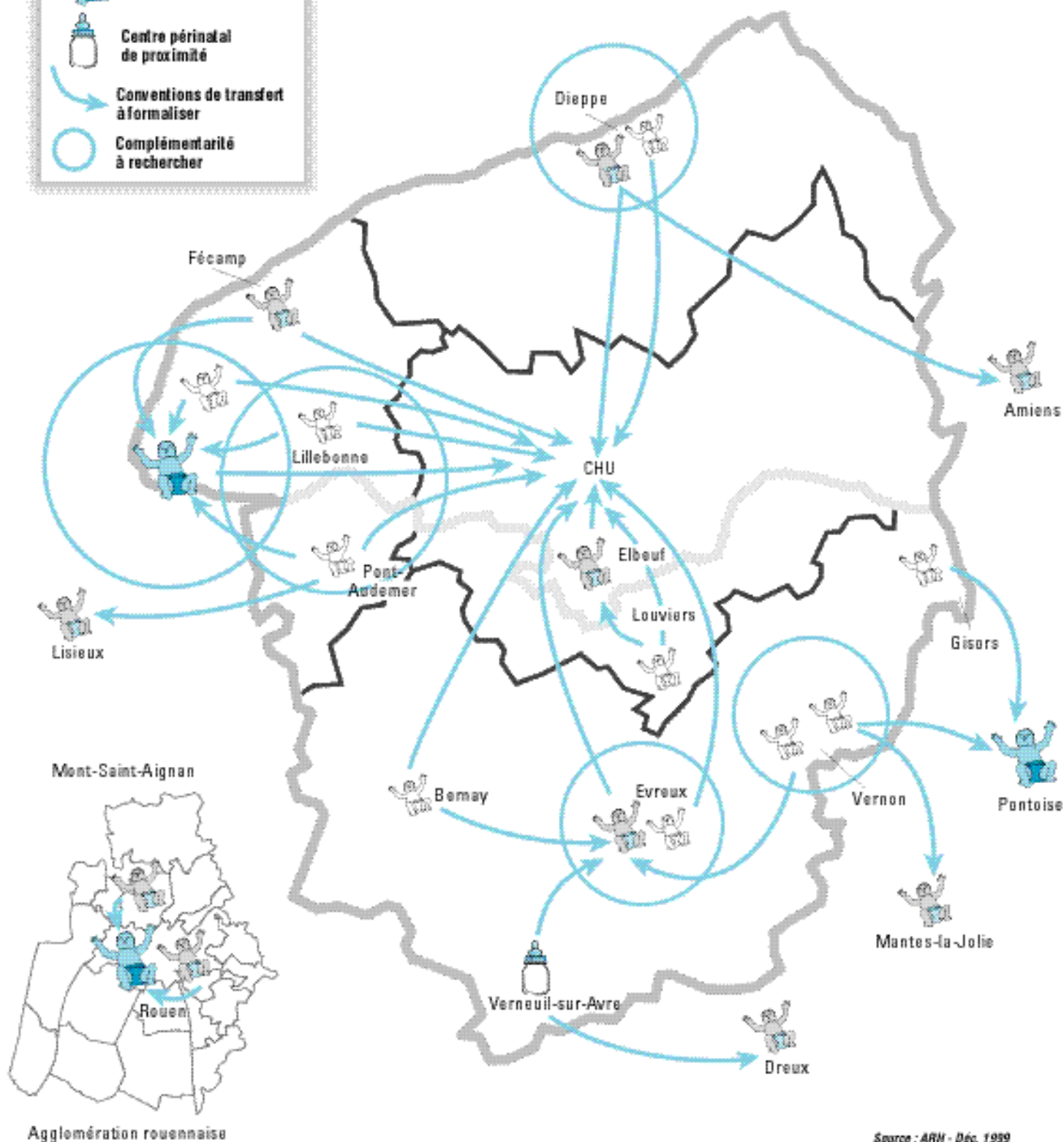
«I. - Afin de contribuer à l'amélioration de la sécurité de la grossesse, de la naissance et de l'environnement périnatal de la mère et de l'enfant, les établissements de santé pratiquant l'obstétrique :

- 1 - Participent à la prise en charge des grossesses et à l'identification, en cours de grossesse, des facteurs de risques pour la mère et pour l'enfant, afin d'orienter la mère avant l'accouchement vers une structure adaptée ;
- 2 - Assurent l'accouchement et les soins de la mère et du nouveau-né, ainsi que les actes de chirurgie abdomino-pelvienne liés à la grossesse ou à l'accouchement, dans des conditions visant à réduire les risques et permettant de faire face aux conséquences de leur éventuelle survenance ;
- 3 - Assurent le suivi postnatal immédiat de la mère et de l'enfant dans des conditions médicales, psychologiques et sociales appropriées.

II - La néonatalogie a pour objet la surveillance et les soins spécialisés des nouveau-nés à risques et de ceux dont l'état s'est dégradé après la naissance.

III - La réanimation néonatale a pour objet la surveillance et les soins spécialisés des nouveau-nés présentant des détresses graves ou des risques vitaux».

# Réseau de Périnatalité en Haute-Normandie



**Art. R. 712-86**

«Les unités citées à l'article R. 712-84 exercent les missions suivantes :

I - **L'unité d'obstétrique** assure, 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. Elle participe également au dépistage des facteurs de risques durant la grossesse, notamment dans le cadre des consultations prénatales. Elle assure les soins suivant l'accouchement pour la mère et les enfants nouveau-nés dont la naissance est intervenue dans l'établissement. Si l'établissement dans lequel est né l'enfant ne peut assurer une prise en charge adaptée, il organise son transfert vers un autre établissement apte à délivrer les soins appropriés.

II. - **L'unité de néonatalogie** assure tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, la surveillance et les soins spécialisés mentionnés au II de l'article R. 712-85, que les nouveau-nés soient ou non nés dans l'établissement. Un secteur de soins intensifs aux nouveau-nés présentant une ou plusieurs pathologies aiguës ou sortant d'une unité de réanimation néonatale peut être organisé au sein de l'unité de néonatalogie. Si l'unité de néonatalogie où se trouve l'enfant ne peut assurer la prise en charge adaptée du nouveau-né, elle organise son transfert vers une unité ou un établissement aptes à délivrer les soins appropriés.

III. - **L'unité de réanimation néonatale** assure tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, la surveillance et les soins spécialisés mentionnés au III de l'article R. 712-85, que les nouveau-nés soient nés ou non dans l'unité d'obstétrique de l'établissement. Cette unité doit être associée à un secteur de soins intensifs de néonatalogie sur le même site».

**Complémentarité entre les acteurs**

Elle est fondée sur le principe du fonctionnement en réseau et la signature de conventions entre les établissements de santé pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie, ou la réanimation néonatale.

Les principes du réseau et de ces conventions s'établissent comme suit :

- Offrir une qualité de soins identique à toute femme résidant en Haute-Normandie, en adaptant l'offre de soins au niveau de risque, tout en respectant les principes de subsidiarité (le degré de risque pris en charge dépend du niveau d'équipement dont dispose chacun des praticiens), le principe du consentement et du libre choix de la patiente.
- Un réseau professionnel ne peut être imposé et ce choix fait partie du libre arbitre de chaque médecin.
- Le réseau doit être centripète (niveau I vers II, niveau I vers III, niveau II vers III) et centrifuge (niveau III vers II, niveau III vers I, niveau II vers I).

Plus particulièrement :

- Veiller à ce que chaque centre dispose des moyens en personnel et en matériel en adéquation avec les fonctions qu'il exerce au sein du réseau.
- Dépister les risques non seulement médicaux, mais aussi sociaux et psychologiques.
- Fournir largement l'information sur le déroulement de la grossesse et les modalités de prise en charge au sein du réseau.
- Orienter les patientes, si nécessaire, vers le spécialiste ou la structure la mieux adaptée, ou vers l'organisme social nécessaire.
- Assurer le suivi et l'accompagnement de la femme enceinte tout au long de sa grossesse.
- Eviter la séparation de la mère et de son nouveau-né dans la mesure du possible.
- Orienter les nouveau-nés vers le spécialiste ou la structure la mieux adaptée.

**Prise en charge post-hospitalière**

Le suivi de la parturiente après l'accouchement, en maternité, en PMI, en médecine libérale, doit être l'occasion de prévenir la maltraitance de l'enfant.

En ce qui concerne les troubles de la relation mère-enfant, chaque femme s'inscrivant dans un projet de procréation ne peut le faire que de façon unique, personnelle, en fonction des modifications physiologiques et psychologiques que ce projet induit pour elle, et selon le contexte socioculturel

qui lui est propre à ce moment. Le risque psychologique pour le fœtus ou le nouveau-né peut se voir alourdir du risque psychosocial des parents : marginalité, violence, incarcération, conduites addictives, mésestime de soi dans les situations de précarité.

Le désir d'enfant et les processus psychiques de transition vers la parentalité vont subir des modifications non sans conséquences pour l'installation du lien mère-enfant (l'attachement), pour le bébé dépendant totalement des soins qui lui seront procurés, pour le père qui vient trianguler la relation. A cette période périnatale, à la fois universelle et propre à chaque femme, correspond une psychopathologie spécifique, maintenant mieux connue mais dont la prise en charge reste encore problématique.

La prévention des dysfonctionnements relationnels, des négligences ou carences graves, des maltraitances est soumise à la mise en commun d'une recherche et de repérage d'indicateurs de risque par les différents professionnels de la périnatalité, chacun dans son champ de compétence médicale, psychologique ou sociale. On peut penser que la continuité d'un lien (réseau) entre ces professionnels aidera des parents vulnérables à établir leur propre continuité de lien affectif avec leur enfant.

Le suivi des nouveau-nés à risque se fera en collaboration étroite avec le pédiatre de ville, voire le médecin de famille, selon des modalités variables fonction de la pathologie présumée. Dans certaines situations de grande précarité où le suivi s'avère difficile ou impossible (enfants ayant une embryo-foetopathie alcoolique par exemple), une collaboration étroite avec les services sociaux de la Protection maternelle et infantile doit permettre d'obtenir des nouvelles régulières de ces enfants à défaut d'un suivi.

L'accompagnement de l'enfant porteur d'un handicap nécessite une collaboration étroite entre les structures hospitalières classiques et spécialisées, les structures de prise en charge d'enfants déficients (type CAMSP<sup>13</sup>, SESSAD<sup>14</sup>, IME<sup>15</sup>...) et le médecin de famille. Le projet thérapeutique et la prise en charge médico-sociale seront au mieux définis dans des réunions de synthèse associant les différents partenaires de la prise en charge de l'enfant. Une augmentation des capacités d'accueil de ces structures pour enfants déficients est nécessaire pour faciliter l'accompagnement de ces familles et de leur enfant.

## Communication

La communication vers le public et l'échange d'informations entre les acteurs représentent des conditions indispensables à l'amélioration du fonctionnement de la prise en charge des mères et de leur(s) nouveau-né(s).

### Information du public

Les établissements de santé autorisés à pratiquer l'obstétrique doivent mettre en place une organisation permettant de fournir aux femmes enceintes des informations sur le déroulement de l'accouchement, ses suites et l'organisation des soins. De plus, il est souhaitable que les établissements de santé pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale complètent leur livret d'accueil par une description du réseau périnatal. Enfin, dans le cadre du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis, une attention toute particulière doit être portée aux femmes enceintes en situation de précarité. En particulier, les Permanences d'Accès aux Soins de Santé des établissements de santé veilleront à prendre en charge et à orienter ces femmes vers les structures les plus adaptées à leurs problèmes.

### Information des acteurs

L'utilisation de la télémédecine - du réseau périn@t en particulier - et les réseaux sécurisés de télétransmission devront être, à terme, le procédé de choix pour assurer le suivi des patientes et de leur(s) nouveau-né(s). En attendant la mise en place effective de ce procédé, le téléphone, la photocopie du dossier transmis par télécopie et un courrier manuscrit du praticien seront les supports matériels utilisés pour assurer le suivi des patients. La promotion d'une culture partagée en périnatalité pourrait être réalisée au travers de formations et de réunions multidisciplinaires télétransmises.

13 • Centre d'action médico-sociale précoce

14 • Service d'éducation spéciale et de soins à domicile

15 • Institut médico-éducatif

## Evaluation

La Commission régionale de la naissance a retenu certaines modalités pour évaluer régulièrement le SROS Périnatalité, les maternités, les unités ou services de néonatalogie ou de réanimation néonatale, le fonctionnement du réseau et mesurer leur impact sur la qualité des soins et sur la satisfaction des patients.

L'évaluation du SROS Périnatalité sera fondée sur des indicateurs de moyens (accessibilité, pertinence, réactivité), des indicateurs de procédures (globalité de la prise en charge, cohérence, adaptabilité ou flexibilité, interactivité, continuité) et des indicateurs de résultats (acceptabilité, efficacité, efficience ou productivité).

La constitution de cette base de données devrait permettre de recueillir un certain nombre d'indicateurs sur les pratiques professionnelles, les résultats obtenus sur la santé de la mère et de l'enfant, le fonctionnement des unités ou services œuvrant pour la santé des mères et des nouveau-nés, les ressources qui leur sont attribuées et des indicateurs de besoins pour la santé des mères et des nouveau-nés.

Une grille d'analyse des pratiques courantes devra être mise en place pour le suivi et l'évaluation des maternités. Les bases de données sources devraient être les données PMSI et du Certificat du 8<sup>e</sup> jour (CS8).

Il serait souhaitable que la mise en place d'un recueil des «communs minimum indicateurs» permettant d'obtenir des indicateurs pertinents, pour le suivi et l'évaluation des maternités et du SROS Périnatalité, soit complété par la saisie du «nouveau dossier AUDIPOG».

Sur le plan pratique, les indicateurs ont été sélectionnés et choisis par un groupe d'experts rassemblant des praticiens gynéco-obstétriciens et pédiatres, des médecins épidémiologistes et de santé publique et un médecin spécialiste en informatique médicale. La périodicité de recueil de chaque indicateur se fera pour le PMSI tous les 6 mois et pour le Certificat du 8<sup>e</sup> jour annuellement.

Le contrôle de la fiabilité des recueils se fera par la comparaison entre les données PMSI, CS8 et éventuellement celles du réseau RENORMAT pour certaines maternités.

Tous les semestres, un compte rendu de l'analyse des données sera transmis aux maternités. Chaque maternité recevra son «profil» comparé à la moyenne régionale.

Les données de toutes les maternités ne pourront être exploitées qu'au niveau de la DRASS et uniquement par le médecin inspecteur responsable du PMSI/COTRIM. Il sera possible d'utiliser les données obtenues par le réseau RENORMAT (dossier CCIM) si celui-ci arrive à englober toutes les maternités de Haute-Normandie. Un questionnaire de sortie sera mis en place afin de mesurer la satisfaction des patientes.

## 3 - RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE

---

### Secteur sanitaire Eure-Seine

#### Le bassin de naissance d'Evreux

La maternité publique, établissement de référence, dispose d'une maternité assurant une prise en charge des nouveau-nés en néonatalogie dans une unité Kangourou de six lits et une unité de néonatalogie de deux lits.

Pour prendre en compte l'augmentation du nombre de naissances prévue dans ce secteur sanitaire et dans un souci de rééquilibrage intersectoriel, une augmentation du nombre de lits de néonatalogie devrait être envisagée, pour atteindre le nombre de dix lits pour le secteur.

La maternité privée devrait être classée au niveau I.

Une complémentarité est à rechercher entre les deux établissements en matière de transferts néonataux et de pédiatrie, notamment au niveau des astreintes et des suppléances.

L'organisation des transferts pédiatriques des maternités du secteur sanitaire Eure-Seine vers l'unité de néonatalogie de la maternité publique passe par l'implication forte du SAMU - SMUR d'Evreux dans le transport des nouveau-nés.

#### Le bassin de naissance de Vernon

Il comporte deux maternités (publique et privée) qui devraient être classées au niveau I.

Les deux établissements développent une activité moyenne qui devrait imposer à terme un regroupement sur un seul site.

Ce regroupement devrait permettre d'assurer un niveau de plateau technique et une disponibilité des personnels, en particulier pédiatriques, satisfaisants.

#### Le bassin de naissance de Bernay

Il comporte une maternité publique qui devrait être classée au niveau I.

#### Le bassin de naissance de Verneuil-sur-Avre

La réorientation de la maternité publique de Verneuil-sur-Avre est à envisager en raison du nombre d'accouchements inférieur à 300 depuis plusieurs années.

De plus, il s'agit d'une structure non isolée (il existe une offre substitutive adéquate de proximité) avec un risque médical global élevé pour la population des femmes qui accouchent dans cette maternité et pour les nouveau-nés.

Elle doit être réorientée en s'assurant que les femmes à haut risque médical ou social seront bien réintégrées dans le circuit de soins.

Cette réorientation devra se faire vers un centre périnatal de proximité, conformément aux décrets 98/899 et 98/900 du 9 octobre 1998 relatifs aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale :

Art. R.712-88 - «L'autorisation ne peut être accordée ou renouvelée, en application des articles L. 712-8 et L. 712-9, que si l'établissement justifie d'une activité minimale annuelle constatée, ou prévisionnelle en cas de demande de création, de 300 accouchements. Toutefois, elle peut exceptionnellement être accordée - à titre dérogatoire - lorsque l'éloignement des établissements pratiquant l'obstétrique impose des trajets excessifs à une partie significative de la population».

#### Le bassin de naissance de Gisors

La maternité publique devrait être classée au niveau I. Elle est confortée par l'approbation du projet d'établissement par le directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, au vu de la progression d'activité et des conventions menées avec le centre hospitalier de Pontoise, en 1996.

## Secteur sanitaire Seine et Plateaux

### Le bassin de naissance de Rouen

Le CHU dispose d'une maternité avec soins aux nouveau-nés dans un service de néonatalogie et de réanimation néonatale. La prise en charge d'un nombre de plus en plus important de grossesses à risque, conséquence d'une augmentation très significative des transferts in-utéro et de nouveau-nés nécessitant une prise en charge en unité de soins intensifs de néonatalogie et/ou de réanimation néonatale, nécessite à échéance une mise à niveau des moyens humains et matériels au moins égaux à la moyenne nationale et conformes aux textes réglementaires.

Pour ce faire la maternité du CHU devrait être classée au niveau III. En ce qui concerne le service de néonatalogie qui possède 56 lits installés, il serait souhaitable de ramener l'unité de néonatalogie à 26 lits, dans les trois ans, et de créer 27 lits de soins intensifs en néonatalogie. Dans l'unité de néonatalogie, il conviendrait d'envisager une possibilité d'accueil mère/enfant au sein de la maternité, dans une unité de type Kangourou, évitant ainsi la séparation de la mère et de son (ses) nouveau-né(s).

L'autre maternité publique située sur la rive droite de la Seine est une maternité disposant d'une unité Kangourou de six lits. Il serait souhaitable de classer cette maternité au niveau II avec maintien de cette unité Kangourou de six lits.

Le regroupement en cours de trois maternités privées laisse prévoir une redistribution de l'offre de soins privée sur la rive gauche de l'agglomération rouennaise.

L'activité importante de ces maternités regroupées permet d'envisager la mise place d'une unité de néonatalogie de 6 lits et un classement de cette maternité au niveau II.

### Le bassin de naissance d'Elbeuf-Louviers-Val-de-Reuil

Après la fusion des deux établissements publics de santé d'Elbeuf et de Louviers-Val de Reuil, le CHI Elbeuf-Louviers comprend une maternité, avec une unité de néonatalogie de 8 lits sur le site d'Elbeuf et une maternité sur le site de Louviers.

Il serait souhaitable de classer la maternité publique du site d'Elbeuf au niveau II avec 6 lits de néonatalogie et la maternité du site de Louviers au niveau I.

## Secteur sanitaire de l'Estuaire

### Le bassin de naissance du Havre

L'établissement public de santé du Havre comporte une maternité sur chacun de ses deux sites. En centre ville, il existe une maternité, avec 25 lits de néonatalogie et 6 lits de réanimation néonatale et, à Montivilliers, une maternité sans néonatalogie. Le regroupement de ces deux maternités devrait être envisagé, afin d'optimiser la prise en charge obstétricale et d'assurer les meilleures conditions de sécurité de l'enfant à la naissance.

Une réorientation des lits de néonatalogie du site du centre ville, devrait être envisagée avec conservation de 12 lits de néonatalogie et création de 9 lits de soins intensifs en néonatalogie.

Il serait aussi souhaitable d'autoriser 6 lits de réanimation néonatale.

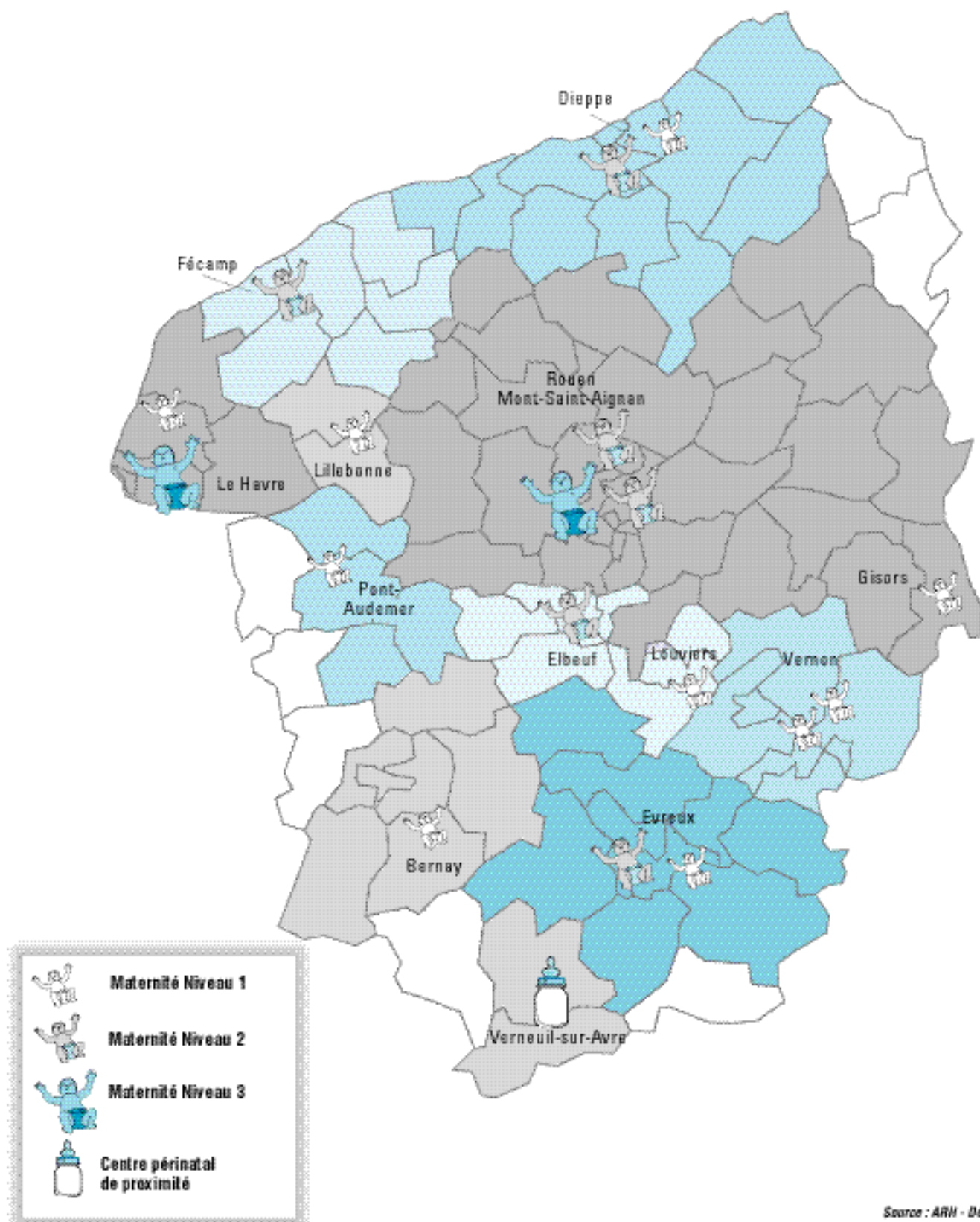
La maternité publique est le référent pour les autres maternités du secteur sanitaire. Elle a pour mission d'apporter un soutien logistique, notamment pédiatrique, en tant que de besoin, aux autres maternités du secteur.

A Harfleur, il existe une maternité privée qui devrait être autorisée à exercer au niveau I. Cette maternité offre une alternative privée dans l'offre de soins havraise. Toute forme de complémentarité avec le pôle public est à privilégier.

### Le bassin de naissance de Lillebonne

Il comporte une maternité publique, par regroupement des deux maternités sur le même site, qu'il faudrait maintenir au niveau I.

## Répartition géographique des maternités par niveau et par bassin de naissance



### **Le bassin de naissance de Fécamp**

Il comporte une maternité publique avec 2 lits de néonatalogie non conformes au Code de la Santé Publique.

Le bassin de naissance actuel se répartit en 600 à 700 accouchements par an, effectués par la maternité du Centre hospitalier de Fécamp (65%), et environ 200 à 300 accouchements réalisés en dehors du bassin de naissance de Fécamp (35%). Si «l'attractivité» de cette maternité augmente dans le cadre de la réalisation du projet de création d'un pôle mère-enfant, il serait pertinent d'envisager la création d'une unité de néonatalogie sans soins intensifs.

Bien que la distance de 45 km entre Fécamp et Le Havre puisse être effectuée en 40 minutes, dans des conditions météorologiques et de trafic normales, la circulation est souvent difficile sur cet itinéraire et la durée du trajet excède souvent une heure. De plus, le bassin de naissance de Fécamp est caractérisé par un pourcentage de population en situation précaire particulièrement élevé et, pour cette population, l'offre de soins doit répondre aux critères de proximité et d'accessibilité.

Conformément au Code de la Santé Publique, il serait donc possible - à titre dérogatoire - d'envisager la création d'une unité de néonatalogie sans soins intensifs de 4 lits et le classement de cette maternité en niveau II.

### **Le bassin de naissance de Pont-Audemer**

Il comporte une maternité publique qui devrait être classée au niveau I.

Une complémentarité est à rechercher avec d'autres maternités proches. Cette complémentarité devrait permettre d'assurer un niveau de plateau technique et une disponibilité des personnels, en particulier pédiatriques, satisfaisants.

## **Secteur sanitaire Caux Maritime**

### **Le bassin de naissance de Dieppe**

Il comporte, sur l'agglomération de Dieppe, une maternité publique qu'il serait souhaitable de classer en niveau II en autorisant le maintien des six lits de néonatalogie et une maternité privée qui devrait être classée au niveau I avec suppression des deux lits de néonatalogie non conformes au Code de la Santé Publique. Conjointement, toute forme de complémentarité entre les deux établissements est à rechercher en terme de permanence des soins en obstétrique et/ou en pédiatrie.