

Journée CPP/Mater/PMI

28/03/2023

# Historique de la politique de périnatalité en France

Dr. Jean-Louis SIMENEL



## Définition

La périnatalité englobe l'ensemble des prestations et des actes médicaux relatifs à la grossesse, à l'accouchement et aux premiers jours de vie du nouveau-né.

L'enjeu : faire en sorte que ceux-ci se déroulent dans les meilleures conditions possibles, mais aussi prévenir les problèmes de santé chez l'enfant et la mère après la naissance et promouvoir l'allaitement.

S'y sont ajoutés les problèmes d'infertilité et l'IVG.

# Principaux indicateurs

- **Taux de mortalité infantile** : mort entre la naissance et 1 an pour 1000 naissances vivantes.
- **Taux de mortalité néonatale** : nombre d'enfants qui décèdent entre la naissance et 27 jours révolus pour 1000 naissances.
- **Taux de mortinatalité** : nombre de morts fœtales :
  - Après la 28<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée (jusqu'en 2001)
  - Après la 22<sup>ème</sup> semaine depuis 2002.
- **Taux de mortalité périnatale** : *Nouvelle définition à partir de 2002*
  - . Le taux de mortalité périnatale est le rapport du nombre d'enfants nés sans vie et d'enfants décédés à moins de 7 jours à l'ensemble des nés vivants et des nés sans vie.
  - <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/stabilite-de-la-mortalite-perinatale-entre-2014-et-2019>
- **Taux de mortalité maternelle** : nombre de décès maternels pendant grossesse ou les 42 jours suivant sa fin.
  - Actuellement* : « le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai d'un an après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite ».
  - [Compréhension d'une temporalité différente entre les domaines physiques corporels et psychiques du vécu de cette maternité].

# Rôle des indicateurs

# et création d'agences régionales

Ces indicateurs permettent, à intervalles réguliers :

- le suivi des objectifs précis
- d'effectuer des comparaisons nationales et internationales

⇒ Création :

d'agences régionales de l'hospitalisation (**ARH**)  
de schémas régionaux d'organisation sanitaire (**SROS**) comportant un volet périnatalité où figure la liste des sites obstétrico-pédiatriques classés par niveau de soins.

L'obligation de mise en réseau y est rappelée.

## Evolution des indicateurs par décennie de 1960 à 2002

Indicateurs	1960	1970	1980	1990	2000	2002	
Mortalité infantile	29.0	21.0	10.0	7.3	4.6	4.1	
Mortalité néonatale	18.0	13.0	5.8	3.6	2.8	2.7	
Mortinatalité	17.0	13.0	8.6	5.9	4.6	8.2 *	
Mortalité Périnatale	33.0	25.0	12.9	8.3	6.7	10.0 *	
Mortalité Maternelle	ND	28.2	12.9	10.4 **	9.0	9	/100 000

\* Changement de définition pour les N-Nés à partir de 2002

\*\* Estimation corrigée ensuite à 13-14 pour cent mille. Sources ; OCDE et INSEE

## Des résultats insuffisants

Historiquement on constate **une amélioration** durant les années 1960-1970 mais lente, irrégulière, alternant les périodes actives et les périodes de stagnation tout en restant **moyennes**, comparées à celles des autres pays développés.

# Comparaison internationale

1

## Comparaison avec les pays de l'OCDE

**En 1990** : La France au 13<sup>e</sup> rang

- ✓ Pour la mortalité périnatale 0,82%
- ✓ Pour la mortalité infantile 0,71%

### Objectif :

- ✓ Volonté d'évaluer
- ✓ Proposer des voies d'amélioration

**En 2002** : pour la mortalité infantile

Suède (2.8) Finlande (3) Espagne (3.4) France (4.1)

Allemagne (4.3) Italie (4.7) Royaume-Uni (5.3) E-U (ND)

# Comparaison internationale

2

<u>Pays</u>	<u>1970</u>	<u>2002</u>
<u>Italie Espagne</u>	<b>31</b> pour les 2 pays	<b>5.6</b> pour l'Espagne seule
<u>France Allemagne</u> <u>R-U</u>	<b>23.7</b> <b>25.3</b>	<b>6.7</b> pour les 2 pays <b>5.7 (R-U)</b>
<u>Finlande Suède</u>	<b>16.4</b> <b>17.</b>	<b>4.3</b> <b>5.7</b>
<u>E-U</u>	<b>23</b>	<b>6.9</b>
<u>Japon</u>	<b>21.3</b>	<b>3.6</b>



3 plans :

1970- 1976

1995-2000

2005-2007

- ⇒ **Les plans publics** successifs rencontrèrent de nombreux obstacles :
- Coordinations des acteurs : collectivités locales / assurance maladie / praticiens (médecins) / finances.
- Multiplicité et diversité des acteurs et des décideurs
- Action sur la structure de l'offre de soins : contraintes en matière d'aménagement du territoire ou de maintien services de proximité.

# PREMIER PLAN

1970 - 1976

Deux axes :

- \* Prévention stricto-sensu :
  - 4 consultations obligatoires
  - dépistage de la rubéole et de la toxoplasmose
  - iso-immunisation foeto-maternelle
  - Prise en charge à 10% des frais médicaux dès le 6<sup>ème</sup> mois.
- \* Sécurisation de la naissance :
  - moyens techniques adéquats dans les maternités  
notamment pour la réanimation des nouveau-nés ;
  - formations professionnelles
  - Disponibilités immédiates de ces professionnels
- Nota : *un niveau d'exigence plus fort pour les cliniques privées qu'envers les hôpitaux publics.*

## DEUXIEME PLAN (1)

1995 - 2000

- En 1994, un rapport du HCSP (Haut Comité en Santé Publique) *préconise* en cas de risques prévisibles ou en l'absence de structures de soins adaptées, le TRANSFERT de la mère avant l'accouchement vers des centres obstétricaux comportant un service de néonatalogie *et propose de rendre obligatoires les normes de personnel, de locaux et d'équipement*

## DEUXIEME PLAN (2)

1995 - 2000

Les 16 points de recommandations du rapport du HCSP sont repris par le plan de périnatalité de 1995 et **fixent 4 objectifs.**

- **1.** diminuer **la mortalité maternelle** de 30% (par rapport au 13,9 décès pour 100 000).
- **2.** Abaisser **la mortalité périnatale** de 18% ( passage de 8,2 à 6,7%)
- **3.** Réduire l'hypotrophie de 25 %;
- **4.** Réduire de moitié (soit de 1 à 0,5 ) le nombre de femmes peu ou pas suivies pendant leur grossesse. (Moins de 3 consultations).
- Et un **5<sup>ème</sup>** point ultérieurement : prévenir la mort subite du nourrisson et la diminution des décès correspondants de 35%.

## DEUXIEME PLAN (3)

1995 - 2000

- Si l'accouchement est dans la grande majorité des cas (80%) un **phénomène physiologique** et relève de la compétence de la sage-femme, **les complications obstétricales peuvent être d'une gravité extrême** justifiant la présence ou au moins l'accessibilité immédiate d'un G-O.

# DEUXIEME PLAN (4)

1995 - 2000

Décrets du  
09/10/1998

- La Graduation des unités néonatales dans les maternités
- **Type I** : établissements destinés normalement aux accouchements physiologiques. (80% des grossesses).
- **Type IIa** : sans lits de soins intensifs pour les N-Nés.
- **Type IIb** : avec lits de soins intensifs pour les N-Nés.
- **Type III** : destinées aux grossesses à haut risque disposant d'une unité de réanimation néonatale et d'un service de réanimation néonatale.
- Fermeture des petites maternités réalisant moins de 300 accouchements ⇒ **CPP**.
- S'ajoutent 2 mesures importantes :
  - l'élaboration de normes minimales de sécurité
  - **la création des réseaux de soins gradués et coordonnés.**

# TROISIEME PLAN

(1)

2005 - 2007

« Humanité,  
proximité,  
sécurité,  
qualité »

- Mise en œuvre en novembre 2004 suite à la loi du 09/08/2004
- Deux objectifs à obtenir pour l'année 2008 :
  - - la réduction de la mortalité périnatale pour atteindre un % de 5,5%
  - - la réduction de la mortalité maternelle de 5 pour 1000.
- A noter l'absence d'objectifs pour l'hypotrophie et la mortalité infantile.

# TROISIEME PLAN

(2)

2005 - 2007

« Humanité,  
proximité,  
sécurité,  
qualité »

- En 2006 la Cour des comptes dresse un bilan en demi-teinte et émet les recommandations portant :
  - sur la nécessité d'un suivi plus fin des indicateurs de périnatalité
  - la priorité à donner au renforcement de la prévention en priorisant les femmes en situations défavorisées et les DOM
  - sur une meilleure articulation des différents professionnels de santé intervenant dans les maternités publiques et privées.
  - sur la réaffirmation du rôle et des missions des services de PMI dépendant des départements.



## En 2011 la Cour des Comptes

révèle que l'on est loin des améliorations  
espérées, et même constate une tendance à une  
détérioration plus préoccupante qu'en 2006

- les indicateurs ne se sont pas améliorés
- les systèmes d'information se sont dégradés :  
les déterminants incomplètement cernés.

• ➡ **remobilisation**

# Le point en 2011

Indicateurs	1960	1970	1980	1990	2000	2002	2005	2011	
Mortalité infantile Décès/1000	29.0	21.0	10.0	7.3	4.6	4.1 7ème rang		3.8	20 <sup>ème</sup> rang en Euro pe
Mortalité néonatale Décès/1000	18.0	13.0	5.8	3.6	2.8	2.7	2.5	2.6	
Mortinatalité	17.0	13.0	8.6	5.9	4.6	8.2 *			
Mortalité Périnatale Décès / 1000	33.0	25.0	12.9	8.3	6.7	10.0 *	↑ 1.6	↑ 1.8	
Mortalité Maternelle	ND	28.2	12.9	10.4 **	9.0	9/100 000			

## La recherche des causes est peu efficient

Les explications relatives à la mortalité infantile :

l'augmentation de l'âge maternel,  
l'augmentation du % de naissances prématurées,  
l'augmentation des grossesses multiples,  
le nombre de femmes de nationalité étrangère  
et/ou en situation de précarité

- **Mais** une part de cette stagnation de la mortalité infantile ne résulte pas uniquement de ces facteurs et reste inexpliquée ( surcharge pondérale ? Obésité ?)
- En 2010 deux maternités sur 10 ne disposent pas d'un service de réanimation adulte. D'autres de service de radiologie interventionnelle permettant de réaliser une embolisation.

En 2000 -2006

- 46% des décès maternels consécutifs à une hémorragie auraient pu être évités.

L'Enquête Nationale en Périnatalité montre une possible localisation plus fréquente en Ile de France et les départements d'outre-mer.. Sans plus de certitudes et d'explications.

- La Cour des comptes déplore que « ***le système d'information français repose sur des données fragmentées, fragiles et dont le regroupement est consommateur de temps et d'énergie*** ».

- Exemples : l'informatisation hétéroclites des données l'envoi informatisé du CS8
- La France – et Chypre- en Europe ne disposait plus de statistiques fiables sur la mortinatalité.

TROISIEME  
PLAN  
2005 – 2007  
(3)

Bien que limitées, **2 avancées cependant :**

- - **des normes de sécurité mieux respectées**
- - **le développement des réseaux de santé en Périnatalité :**  
la Cour des Comptes reconnaît qu'ils permettent une meilleure adéquation entre niveau de risque et type de maternité.

# TROISIEME PLAN

2005 – 2007

(4)

## La Cour des comptes

- constate :
  - **Un fonctionnement disparate** dans le temps et selon les territoires
- Et formule un reproche important :
  - **Les revues de morbi-mortalité (RMM) ne sont pas organisées systématiquement.**

# 2011

## Les recommandations de la Cour des Comptes.

Ainsi, la Cour des comptes réitère ses recommandations antérieures et en formule cinq supplémentaires :

1. Analyser les causes de la stagnation de la mortalité infantile en métropole et de son augmentation dans les départements d'outre-mer en mobilisant notamment la recherche ;
2. Mettre en place un indicateur fiable de mortalité dès 2012 ;
3. Faire respecter par les départements l'obligation de transmission des données provenant des premiers certificats de santé ;
4. Repenser le système d'information périnatal pour remédier aux lacunes actuelles (**recommandation réitérée**) ;
5. Mener une campagne forte de prévention s'inspirant des expériences étrangères pour faire diminuer le nombre de décès maternels évitables ;
6. Mettre en place systématiquement des revues « mortalité morbidité »(RMM) dans le domaine périnatal au sein des réseaux de santé en périnatalité ;
7. Renforcer la prévention en direction des femmes en situation défavorisée notamment par une prise en charge psycho-sociale plus efficace et par l'amélioration de la coordination entre les acteurs (**recommandation réitérée**) ;
8. Mobiliser l'action des services départementaux de PMI autour d'objectifs fixés par l'Etat tenant compte des caractéristiques de chaque territoire (**recommandation réitérée**).

# Aujourd'hui

(1)

- Depuis quelques années, insidieusement, **d'autres difficultés**, niées ou mal appréciées **frappant les métiers** de santé, notamment ceux **de la périnatalité**, se sont amoncelées, ont atteint un seuil critique et **menacent gravement le fonctionnement normal des établissements de soins** allant jusqu'à la nécessité de fermeture temporaire ou définitive de certains d'entre eux au détriment des usagers.
- Ces **difficultés** d'ordre économique, sociologique, financier ont de **multiples causes** :
  - démographique :
    - numéros classés modifiés trop tardivement et insuffisamment,
    - la baisse d'attrait pour les spécialités médico-chirurgicales et de réanimation :
      - trop stressantes, mal rémunérées.



# Aujourd'hui

(2)

- . Ces faits se doublent d'une aspiration à un changement des conditions de travail : ↓nb d'heures de travail hebdomadaires, ↓nombre de gardes, plus de temps partiel, surmenage conduisant au « burn out »; perte du nécessaire confort sécuritaire d'un travail d'équipe suivi et homogène.

Les jeunes ne veulent plus – après des études longues- s'installer dans des maternités de type 1 , moins bien équipées et situées dans des villes où le manque de moyens culturels et éducatifs est considéré comme une perte de chance pour leurs enfants.

- Tous ces éléments ont conduit nos confrères de l'Académie de médecine à réagir, à pousser un cri d'alarme et à rédiger un rapport sur la **Planification d'une politique en matière de périnatalité en France**.
- Jean COUDRAY va vous en exposer la teneur.