

INDICATEURS DE BESOINS

Déterminants à prendre en compte pour la réorganisation de l'offre de soins dans le cadre d'un programme de périnatalité L'allocation régionale des ressources en périnatalité Les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS)

E. Combier ¹, M. Naiditch ¹, G. Bréart ², G. de Pouvourville ¹

¹ Groupe IMAGE-ENSP, ² INSERM-U149.

Prenant en compte les exigences des SROS de deuxième génération [concourir à la réalisation des priorités de santé publique, et respecter l'égalité des chances sur l'ensemble du territoire (principe d'équité)], nous avons recherché par l'analyse des données récentes disponibles en périnatalité, quelle organisation du système de soins paraissait la plus à même de permettre la réalisation des objectifs prioritaires du « Plan Périnatalité 1995-2000 » :

- abaisser la mortalité périnatale d'au moins 20%,
- diminuer la mortalité maternelle de 30%.

Nous n'avons pas retenu les deux autres objectifs (diminuer le taux d'enfants de faible poids de naissance, et le taux de femmes présentant un suivi insuffisant) qui ne sont que des objectifs intermédiaires dans la mesure où ils concourent à la réalisation des deux premiers. En effet, les enfants de faible poids de naissance sont soit nés prématurément soit hypotrophes, et appartiennent à des catégories d'enfants dont le taux de mortalité périnatale est élevé. Quant au suivi de grossesse insuffisant il est un facteur de risque connu de morbi-mortalité maternelle et périnatale.

Les données de l'enquête nationale périnatale de 1995 montrent que la stagnation constatée du taux de prématurité est due à une augmentation des naissances avant 35 semaines d'aménorrhée (SA). Diverses études tant françaises qu'étrangères ont montré (*pour les références consulter* ^[1-2]) que les enfants de moins de 33 SA nés hors de structures pouvant les prendre en charge et devant être transférés (outborns) ont des taux de mortalité périnatale et de morbidité grave supérieurs à ceux enregistrés chez les enfants pris en charge dans le même établissement (inborns). En 1991 seulement 16 % des enfants de moins de 33 SA ou pesant moins de 1 500g sont nés en France dans des établissements possédant une unité de réanimation néonatale permettant de les prendre en charge sur place. Plusieurs études notamment européennes montrent qu'il serait possible de réduire les taux de morbi-mortalité observés chez ces enfants en organisant un dépistage précoce des risques chez les mères et en les orientant en anténatal vers les établissements les plus aptes à les prendre en charge elles et leurs enfants (régionalisation des soins périnatals).

Actuellement les femmes présentant une grossesse pathologique semblent être orientées pour leur accouchement vers les établissements effectuant plus de 1 500 accouchements par an ^[3] ou possédant un service de réanimation d'adultes capable de les prendre en charge en cas d'accident ^[4]. Mais cette orientation est indépendante du niveau de soins pédiatriques requis pour le nouveau-né. Or une régionalisation des soins périnatals réussie implique que chaque couple mère/enfant soit pris en charge dans la structure adéquate et que l'enfant soit hospitalisé sur son lieu de naissance. Ces dernières années, certaines expériences de transferts anténatals ont été des échecs. Les enfants dont les mères avaient été transférées n'ont pu être hospitalisés, faute de place, là où ils étaient nés ^[5].

La seule redistribution des moyens en place, avec ajustement au cas par cas, pourrait paraître suffisante. Cette démarche de planification sur l'offre de soins a été celle des S.R.O.S de première génération, mais « la mesure des besoins de la population, [...] n'a pas constitué le fil conducteur de l'élaboration des schémas »^[6]. Elle présuppose que le système en place est en capacité de répondre à la demande, c'est à dire aux besoins exprimés. Elle ne prend en compte ni les besoins réels, ni les exigences de qualité, dans notre cas les transferts anténatals. Or, s'il existe actuellement des disparités d'offre entre les régions^[7] elles se sont construites sur les dynamiques de croissance des hôpitaux et non sur les besoins de la population. Les mesures mises en place n'ont rien résolu^[8]. On est dans l'incapacité de dire si dans une région, la capacité d'offre est excédentaire ou déficitaire par rapport aux besoins réels de la population.

La mise en place de procédures de transferts anténatals ne suffit pas à assurer la sécurité maximale de la mère et du fœtus in-utéro. Cette politique ne tient pas compte des urgences telles que les grossesses extra-utérines (GEU), les avortements spontanés, et/ou les hémorragiques antépartum. Ces accidents, en plus du risque de mort foetale, peuvent mettre en jeu la vie de la mère. Dans tous ces cas, le temps écoulé entre le début de l'accident et sa prise en charge conditionne le pronostic. Aucun recueil de données en base populationnelle ne permet de connaître pour l'ensemble du territoire français la part de ces pathologies dont le début est extra-hospitalier, ni d'évaluer le nombre d'accidents graves qui ont pu être évités grâce à des prises en charge précoces dans des établissements de proximité. Cependant certaines bases de données locales, comme l'enquête sur la mortalité maternelle et la morbidité grave réalisée en Seine-Saint-Denis permettent d'estimer l'importance du risque^[4].

Pour 6 (soit 9 ‰ naissances vivantes) des 15 décès maternels (22,3 ‰ naissances vivantes) enregistrés pendant les 3 ans d'enquête, l'accident a débuté hors de l'hôpital. Il s'est agi de 2 éclampsies, 2 GEU, 1 hématome rétroplacentaire (HRP), et 1 décès à domicile de cause inconnue. Trois autres décès (4 ‰ naissances vivantes) ont été imputés à des hémorragies de la délivrance survenues alors que les femmes étaient hospitalisées. Pendant la même période, 237 femmes ont été admises en services de réanimation (352 ‰ naissances vivantes). Ce taux est voisin de celui retrouvé dans la base de coûts du PMSI (388 ‰) [9]. Les hémorragies antépartum (Placenta praevia, HRP) étaient responsables dans chacune des deux bases de données de respectivement 34,8 %, et 47,1 % des séjours en réanimation. Selon les données de Seine-Saint-Denis, on peut estimer à environ 4 ‰ le nombre de femmes qui seront hospitalisées en réanimation pendant leur grossesse pour un accident survenu en dehors de l'hôpital. Ce taux (4 ‰) est équivalent à celui des femmes qui seront hospitalisées dans ces mêmes services pour un accident per ou post-partum. Enfin en France, selon le HCSP 0,5% des naissances (environ 3 800 par an) ont lieu hors de tout environnement obstétrical (domicile, trajet). Ce chiffre risque d'augmenter si la restructuration des établissements aboutit à un éloignement des structures des lieux d'habitation.

A vouloir concilier sécurité de la naissance et équité, on se trouve confronté à une double contrainte : organiser une régionalisation des soins périnataux autour de pôles obstétrico-pédiatriques de niveau III (unité de réanimation néonatale sur le même lieu que la maternité) et de niveau II (service de néonatalogie dans l'établissement mais pas d'unité de réanimation néonatale) dont le nombre sera nécessairement limité ; maintenir pour les femmes une égalité des chances face aux urgences vitales, c'est à dire maintenir des structures de niveau I (service obstétrical sans pédiatrie associée) de proximité. Cette égalité des chances peut être appréciée à partir du temps de latence à la prise en charge, c'est à dire du temps qui sépare le départ du domicile ou l'appel des secours de la possibilité de prise en charge médicale effective dans l'établissement obstétrical le plus proche.

Une telle planification ne permet pas de calculer de standards nationaux en termes de lits d'obstétrique et/ou de pédiatrie pour mille naissances. Chaque organisation régionale va dépendre non seulement du nombre annuel de femmes enceintes, mais aussi du territoire et des risques spécifiques de la population. La connaissance de ces risques va permettre de dimensionner les niveaux II et III. La configuration géographique va conditionner le nombre et la taille des établissements de niveau I.

L'objectif de notre travail était de vérifier qu'il était possible de prédire de façon satisfaisante pour une population donnée de femmes enceintes, à partir de la prévalence des pathologies, l'offre de soins nécessaire en périnatalité.

1. Evaluation des besoins de la population

1.1. Détermination des besoins d'une population dont on connaît la répartition des pathologies

Pour évaluer les besoins d'une population nous avons, à partir des données de la littérature et des résultats des enquêtes épidémiologiques, repéré les pathologies les plus fréquemment rencontrées pendant la grossesse ou chez le fœtus, et qui pouvaient expliquer la majorité des hospitalisations anténatales des mères, des transferts de nouveau-nés, et des accouchements prématurés. En dehors des grossesses multiples, nous avons retenu le diabète, l'hypertension artérielle (HTA), les retards de croissance intra-utérins (RCIU), les ruptures de la poche des eaux plus de 12 heures avant l'accouchement (RPDE), les menaces d'accouchement prématuré (MAP), les malformations fœtales et les aberrations chromosomiques. Nous n'avons pas pris en compte les pathologies maternelles graves mais rares, qui seront de toute façon prises en compte, mais qui ne peuvent faire l'objet d'une planification.

Pour les grossesses uniques nous avons, pour valider notre sélection, étudié sur la base de données des 5390 certificats d'issue de grossesse (CIG) remplis dans 11 maternités volontaires de Seine-Saint-Denis¹, la part des hospitalisations maternelles, des accouchements prématurés, et des transferts de nouveau-nés expliquée par les pathologies sélectionnées. Celles-ci concernaient 25% des grossesses mais expliquaient 64% des hospitalisations maternelles, 71% des accouchements avant 37 SA, et 69% des transferts de nouveau-nés. Quatre-vingt-huit pour cent des mères de nouveau-nés âgés de moins de 35 SA et transférés présentaient au moins une de ces pathologies et/ou avaient été hospitalisées en anténatal. Ce taux d'identification des femmes qui devraient accoucher dans un environnement pédiatrique est du même ordre de grandeur que celui obtenu par des critères cliniques dans les pays qui pratiquent la régionalisation des soins périnataux. Par ailleurs, ces pathologies ont un bon pouvoir discriminant puisque 85% des femmes qui ne présentaient pas de pathologie ont eu une grossesse normale et ont accouché à terme d'un enfant bien portant.

Chaque couple mère/enfant ne pouvant être comptabilisé qu'une seule fois, nous avons caractérisé des « classes de pathologies » mutuellement exclusives en hiérarchisant les pathologies. Si on connaît pour chaque « classe de pathologies » la durée d'hospitalisation des mères et les termes à l'accouchement, ainsi que les taux de transferts de nouveau-nés par terme, les durées d'hospitalisation, de ventilation assistée, et d'alimentation parentérale on est en mesure de simuler l'occupation des lits pour la population concernée et d'en calculer le nombre nécessaire par niveau de soins tant en obstétrique qu'en pédiatrie. Pour les grossesses normales, seule l'hospitalisation post partum est à prendre en compte.

1.2. Estimation des besoins d'une population dont on ne connaît pas la répartition des pathologies

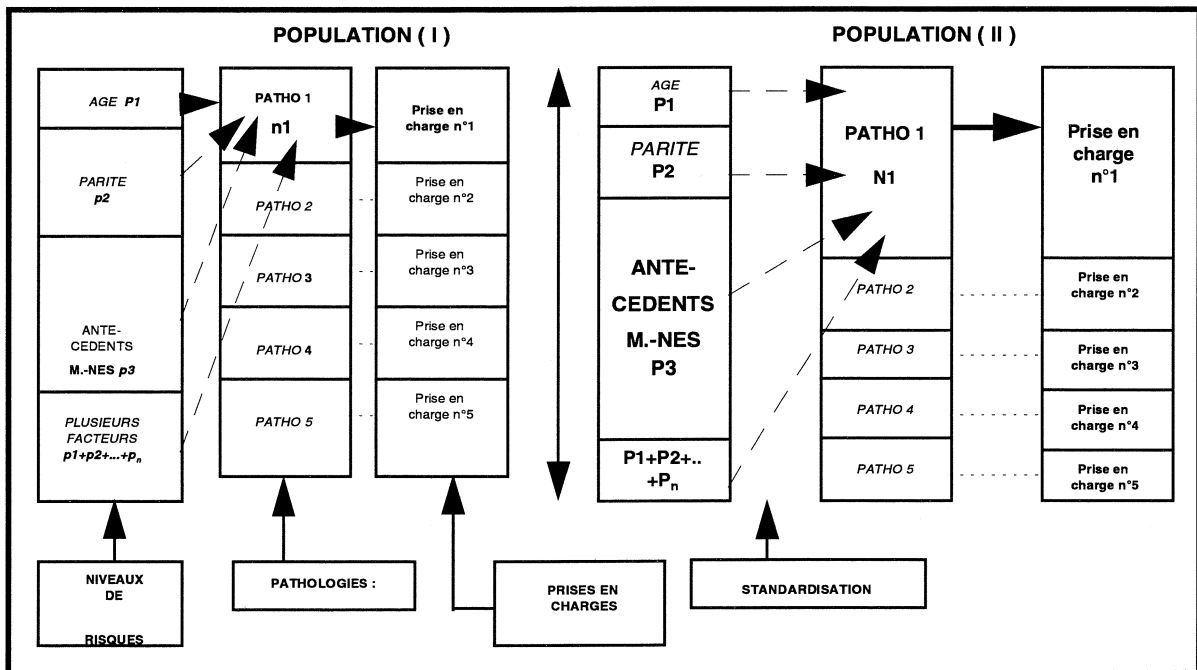
Pour passer des moyens nécessaires pour une population déterminée dont on connaît la répartition des pathologies, à ceux requis par une autre population pour laquelle on veut réaliser le même ajustement entre besoins et offre, il suffirait dans l'idéal de connaître dans la dite population la prévalence et l'incidence des pathologies de la grossesse. Nous connaissons en général le taux des grossesses multiples qui font l'objet d'un suivi dans toutes les enquêtes épidémiologiques réalisées en périnatalité. Pour les grossesses uniques, cette connaissance n'est pas accessible dans des conditions satisfaisantes à partir des systèmes d'information permanents existant en périnatalité. Les certificats de santé du 8ème jour (Cs8) auraient dû permettre un suivi départemental des indicateurs de périnatalité, mais le

¹ Les CIG sont remplis pour tout accouchement à 22 SA et plus, ou si le fœtus pèse 500g ou plus. L'exhaustivité des enregistrements a été vérifiée

signalement des pathologies est trop aléatoire sur ce type d'enregistrement systématique pour que les données obtenues soient valides ^[10]. Le PMSI n'a pas été conçu comme un recueil épidémiologique et ne permet pas de connaître l'incidence réelle des pathologies ^[11]. Toutefois, si on veut qu'un modèle de planification puisse être reproductible et pérenne, l'enregistrement des données nécessaires ne peut s'appuyer que sur un des systèmes d'information déjà en place et stabilisé par des obligations réglementaires. Toute notre stratégie a consisté à mettre en relation de telles données dont on connaît les limites, mais qui ont le mérite d'exister, avec des données épidémiologiques plus fines provenant d'enquêtes ponctuelles.

On connaît par la littérature et les enquêtes épidémiologiques, les facteurs en particulier socio-démographiques liés aux pathologies. Ceux-ci sont plus faciles à répertorier, et les Cs8 en permettent une connaissance régulière et relativement fiable ^[10]. Par ailleurs, on dispose de bases de données locales telles que les CIG, permettant de faire le lien entre facteurs de risque et survenue des pathologies. On est donc en mesure d'identifier différents « niveaux de risque » à l'intérieur d'une population donnée. Si on connaît pour une population de « référence » (Figure I : Population I) le taux de chaque « classe de pathologies » à l'intérieur de chaque « niveau de risque », on est en mesure d'estimer, par standardisation, la répartition des « classes de pathologies » dans toute population dont on connaît la seule répartition des « niveaux de risques » (Figure I : Population II). A partir de là on est à même de calculer pour la population II les moyens nécessaires comme on l'a fait pour la population I.

Figure 1 : Evaluation des besoins d'une population donnée (Population II) connaissant les besoins d'une population de référence (Population I)



Comme pour les pathologies, chaque couple peut cumuler plusieurs facteurs de risque, c'est pourquoi nous avons créé des « niveaux de risque » indépendants les uns des autres. Pour que les « niveaux de risque » puissent être mutuellement exclusifs, nous avons considéré que chaque combinaison possible de risques constituait un « niveau de risque » spécifique. Chaque femme peut ainsi être caractérisée par une combinaison « classe de pathologies »/« niveau de risque » et une seule. Nous pouvons de ce fait répartir la population des femmes enceintes en fonction de leurs « classes de pathologies » et leurs « niveaux de risque » selon la figure ci-dessous (Figure II), chaque femme ne pouvant être positionnée que dans une case et une seule.

Nous n'avons retenu parmi les facteurs de risque connus pour leur liaison avec les pathologies de la grossesse et/ou la prématurité que ceux recueillis en routine sur les Cs8 : l'âge, la gestité, le fait pour une

femme de vivre seule, de ne pas avoir d'emploi stable, ainsi que les antécédents obstétricaux d'avortement(s), de mort-né(s) et/ou d'accouchement(s) prématuré(s).

Figure 1 : Tableau récapitulatif permettant de répartir les femmes par classe de pathologies et niveau de risque

NIVEAUX DE RISQUE	PATHOLOGIES DE LA GROSSESSE					
	PATHO 1	PATHO 2	PATHO 3	PATHO 4	PATHO 5	AUCUNE
R1						
R2						
**						
Rn						
R1 + R2						
R1+**						
R1+R2+**						
R1+R2+Rn						
R1+R2+..+Rn						
BAS RISQUE						

CHAQUE FEMME NE PEUT APPARTENIR QU'A UNE CASE ET UNE SEULE

Nous avons utilisé pour la construction du modèle la base des 5390 CIG. Par des régressions logistiques nous avons calculé, pour chaque « niveau de risque » la probabilité (et son intervalle de confiance à 95 %) qu'avait une femme d'appartenir à une « classe de pathologies », puis nous avons calculé le nombre de femmes attendues dans chaque case du tableau récapitulatif. La précision du modèle est importante puisque la plus grande incertitude concernant le nombre attendu de femmes est de 1,7% pour les grossesses « normales » survenant chez les femmes ne présentant pas de facteur de risque. L'imprécision est inférieure à 1% pour toutes les autres combinaisons « classe de pathologies »/« niveau de risque ».

1.3. Généralisation du modèle d'évaluation des besoins

Il est donc possible de mettre en place une planification des services obstétrico-pédiatriques basée sur les besoins de la population. En adjoignant au recueil systématique des Cs8, des enquêtes périodiques et ponctuelles du type des enquêtes nationales de périnatalité permettant de faire la liaison entre pathologies et facteurs de risque, on est en mesure de construire à partir des données nationales un modèle « étalon », qui ajusté sur une région à partir des données des Cs8, pourrait permettre d'évaluer la capacité d'offre en place. Ces enquêtes de périnatalité devant être périodiques, un recalibrage régulier du modèle serait possible.

2. Evaluation de l'offre nécessaire pour une population donnée

Nous avons calculé pour une région fictive de 22 500 naissances et 22 216 accouchements dont les mères auraient la même répartition des risques que dans la base des 5390 CIG, le nombre de lits nécessaires dans les établissements d'obstétrique, en nous référant aux règles communément admises pour les transferts in-utero².

Nous présentons ici les effets prévisibles de ces transferts, pour une maternité de niveau III effectuant 1 600 accouchements par an, si un seul établissement de ce type devait exister sur la région. Nous

² Les hospitalisations et naissances avant 33 SA devraient avoir lieu en niveau III, et de 33 à 36 SA en niveau II.

avons considéré que la région comptait en plus de l'établissement de niveau III, 5 établissements de niveau II effectuant chacun 1600 accouchements. Après avoir affecté au niveau III l'ensemble des hospitalisations des mères et des accouchements relevant de ce niveau, nous avons réparti les accouchements relevant d'un niveau II d'une manière égale sur l'ensemble des 6 établissements, puis affecté au niveau III le nombre d'accouchements à terme nécessaires pour atteindre 1600 accouchements.

Selon notre population fictive pour 22 500 naissances, lors de l'admission 669 femmes requerraient un niveau III, pour 375 d'entre elles ce niveau III serait toujours nécessaire lors de l'accouchement, 191 pourraient accoucher en niveau II et 103 en niveau I. (Tableau I). Pour compléter les 1600 naissances l'établissement devrait admettre 65 femmes en niveau II dont 39 nécessiteraient toujours ce niveau lors de l'accouchement, 138 femmes pour hospitalisation en niveau I, et 728 femmes pour accoucher à terme.

Nous avons attribué à chaque femme selon une méthode aléatoire, à pathologies et terme à l'accouchement égaux, les durées d'hospitalisation figurant sur les Cs8 du Val de Marne, puis nous avons simulé sur 6 mois l'occupation des lits d'obstétrique et calculé par jour le nombre de lits occupés. La durée d'hospitalisation post-partum a été fixée à 4 jours.

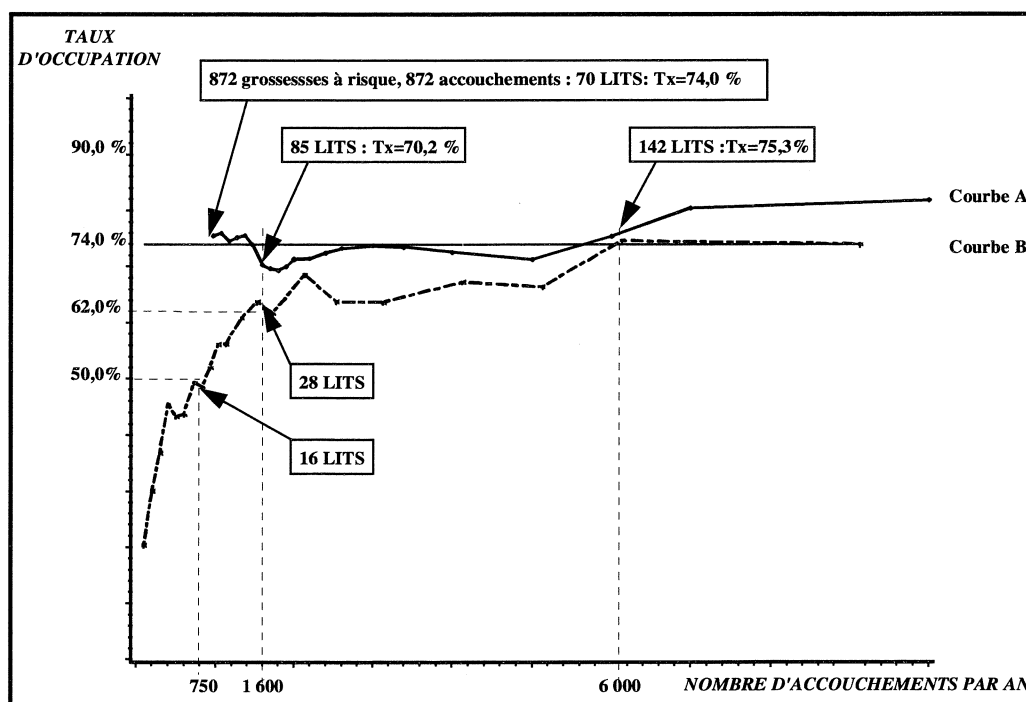
L'hospitalisation pré et post-partum des 872 grossesses pathologiques (niveaux III-II et hospitalisations de niveau I) nécessite 70 lits et le taux d'occupation est de 74,0% (Figure III courbe A). La réalisation de 500 accouchements supplémentaires (au total 1 372 accouchements) permet avec 76 lits d'avoir un taux d'occupation de 75,5 %. Au-delà, l'introduction d'accouchements va entraîner, avec l'augmentation du nombre de lits, une diminution du taux d'occupation. Pour réaliser les 1 600 accouchements prévus par an dans notre maternité de niveau III, 85 lits seront nécessaires avec un taux d'occupation de 70,2 %. La plus mauvaise configuration serait la réalisation de 1 800 accouchements (89 lits, taux d'occupation 69,3 %. Il faut atteindre 6 000 accouchements pour retrouver un taux d'occupation de 75,3 %. Ce phénomène est inhérent aux caractéristiques de l'utilisation des lits en post-partum. Si on ne s'intéresse (Figure III courbe B) qu'à ceux-ci, c'est à dire aux lits nécessaires aux femmes qui ne seront pas hospitalisées en antépartum (80 % de la population), il faut que l'établissement dispose de 16 lits et effectue 750 accouchements par an pour que le taux d'occupation soit de 50 %, et atteindre 130 lits et 9 000 accouchements pour que ce taux soit de 76 %. Pour 1 600 accouchements par an, le nombre de lits nécessaire est de 28 et le taux d'occupation de 62 %.

Ce mauvais niveau d'utilisation des lits est dû à la distribution normale du nombre d'accouchements par jour, et aux durées de séjour en post-partum qui sont courtes et relativement constantes. Dans le Val de Marne en 1 991 pour 17 211 naissances, la moyenne du nombre d'accouchements par jour était de 46, le minimum de 20 (2 fois), le maximum de 73 (1 fois). Il faut avoir tous les matins 73 lits de libres si on veut que toute femme ait une place à tout moment, même si les 73 lits ne seront occupés dans leur totalité qu'une fois dans l'année. Ce qui « remplit » les lits, ce sont les hospitalisations anténatales. Plus une maternité de niveau I jouera le jeu de la régionalisation en adressant les femmes pour hospitalisation dans les niveaux de soins requis, plus le taux d'occupation dans l'établissement va baisser, même s'il garde un nombre d'accouchements identique. Il en ressort qu'un taux d'occupation déconnecté du contexte ne veut rien dire en termes de bonne ou de mauvaise gestion, et/ou d'adéquation besoin/offre. Par contre, on peut calculer pour chaque établissement un nombre de lits nécessaire et le taux d'occupation qu'on est en droit d'attendre compte tenu des prises en charge optimales qu'on lui demande de respecter à l'intérieur du réseau.

Tableau 1 : Répartition des femmes en fonction des niveaux de soins requis à l'hospitalisation et à l'accouchement, pour 22 216 femmes enceintes, soit 22 500 naissances

NIVEAUX DES ETABLISSEMENTS EFFECTUANT L'ACCOUCHEMENT	NIVEAUX REQUIS A L'ADMISSION	TOTAL	GROSSESSES HOSPITALISEES NIVEAU REQUIS A L'ACCOUCHEMENT			AUTRES ACCOUCHE. A TERME
			III	II	I	
NIVEAU III (REA+NEONAT) (1 établissement)						
	NIVEAU III	669	375	191	103	
	NIVEAU II	65		39	26	
Mères Hospitalisées	NIVEAU I	138			138	
Non Hospitalisées	NIVEAU I	728				728
	TOTAL	1600	375	230	267	728
NIVEAU II (NEONAT) (5 établissements)						
	NIVEAU II	1909		1149	760	
Mères Hospitalisées	NIVEAU I	575			575	
Non Hospitalisées	NIVEAU I	5515				5515
	TOTAL	7999		1149	1335	5515
	Pour 1 établissement	1600		230	267	1103
NIVEAU I (Pas de Pédiatrie) (55 % des accouchements)						
Mères Hospitalisées	NIVEAU I	1965			1965	
Non Hospitalisées	NIVEAU I	10652				10652
	TOTAL	12617			1965	10652
TOTAL ACCOUCHEMENTS		22216	375	1379	3567	16895

Figure 2 : Nombre de lits nécessaires et taux d'occupation en fonction du nombre d'accouchements par an dans un établissement de niveau III (courbe A) et en post-partum (Courbe B)



3. Régionalisation des soins et redistribution des lits d'obstétrique

Comme nous venons de le voir, pour réaliser 1 600 accouchements, 28 lits suffisent pour une maternité qui n'effectue que des accouchements, mais 85 lits sont nécessaires pour une maternité du niveau III qui prendrait en charge 872 grossesses pathologiques dont 669 à très haut risque. Conserver la répartition actuelle des lits d'obstétrique et une activité constante dans les établissements paraît incompatible avec la régionalisation des soins périnataux et génératrice de comportements pervers. Ces comportements sont encouragés par les modalités actuelles de financement puisque les GHM ignorent les hospitalisations anténatales quand elles sont accolées à l'accouchement. Dans notre exemple les deux établissements de 28 et 85 lits se verront attribuer le même nombre de points ISA si leurs taux de césariennes et de complications d'accouchements sont identiques. De même les projets de décret sur la sécurité périnatale présentés par le Ministère en janvier 1 998, fixent les normes minimales de personnel en fonction du nombre d'accouchements. Aucun personnel n'est prévu pour l'hospitalisation anténatale donc pour la prise en charge des grossesses à haut risque.

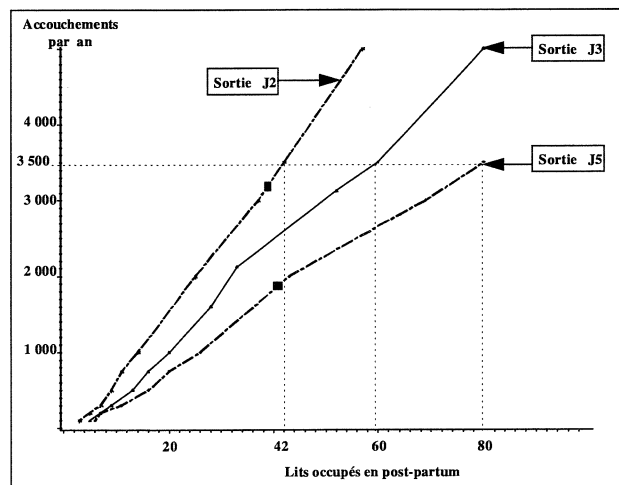
Face à cette situation, pour absorber les transferts anténataux qui se mettent en place, les maternités actuellement associées à des services de réanimation néonatale peuvent développer 2 stratégies pour maintenir leur nombre d'accouchements à nombre de lits constants.

La première est d'hospitaliser les femmes dans les établissements où elles avaient prévu d'accoucher et de ne les transférer qu'au dernier moment si l'accouchement devient imminent. L'établissement de niveau III n'aura alors à prendre en charge que l'accouchement et l'hospitalisation post-partum. Il n'aura pas à engager plus de moyens que pour un accouchement après une grossesse normale. Quant à l'établissement d'origine il se verra comptabiliser dans son activité l'hospitalisation anténatale puisqu'elle est séparée de l'accouchement. On peut se poser la question des risques de ces transferts en quasi-urgence, des moyens de transport qu'ils mobilisent, et de l'efficacité réelle d'une telle prise en charge.

La deuxième est de diminuer les durées de séjour en post-partum (figure IV). Si la femme sort à J3 (4 jours d'hospitalisation) une maternité effectuant 3 500 accouchements doit disposer 60 lits d'hospitalisation post-partum, si les femmes sortent à J2 (3 jours d'hospitalisation), seulement 42 lits sont nécessaires. Ainsi 18 lits deviennent disponibles pour les grossesses pathologiques sans qu'on ait à réduire l'activité en nombre d'accouchements par an. On peut se demander quelle part imputer à un tel ajustement dans l'engouement actuel pour les sorties précoces dont on mesure encore mal tous les effets délétères.

Enfin la combinaison des deux stratégies peut permettre aux établissements de niveau III de se positionner comme centre de référence et d'augmenter leur activité tout en conservant le même nombre de lits.

Figure 3 : Nombre de lits nécessaires en post-partum en fonction de la durée de séjournet du nombre d'accouchements par an



Conclusion

La construction des SROS de deuxième génération prenant en compte à la fois les caractéristiques des populations et les exigences organisationnelles de la régionalisation des soins périnataux est techniquement possible. Mais leur mise en place va se heurter à de multiples réticences. On a déjà décrit les facteurs de résistance des professionnels face à la modification de leurs pratiques qui leur est demandée dans le cadre de la régionalisation ^[12]. Il va s'y ajouter une opposition, à la fois de ces mêmes professionnels et des gestionnaires d'établissements, liée aux problèmes inévitables qui vont se poser si l'hospitalisation anténatale continue à ne pas être prise en compte, tant sur le plan de la dotation en personnel que de l'allocation budgétaire.

Bibliographie

- 1 Challe JJ, Vial M, Brodin M, et al. Lieux de naissance et conditions de transferts de enfants de moins de 1 500g ou d'âge gestationnel strictement inférieur à 33 SA. Arch. Pédiatr.1997;4:311-319
- 2 Papiernik E. Régionalisation des soins périnataux. Dans : Papiernik E, Cabrol D, Pons JC.Obstétrique.Flammarion Médecine et sciences. Paris 1995; 1557-1567.
- 3 Groupe d'animation et d'impulsion nationale (GAIN Obstétrique). L'obstétrique en France (Deuxième Partie). CNAMTS-ENSM/Groupe IMAGE. Janvier 1997.
- 4 Bortuzzo C. Mortalité maternelle et morbidité maternelle sévère en Seine-Saint-Denis. Thèse pour le doctorat en médecine. Faculté de médecine Saint-Antoine. PARIS 1996.
- 5 Lachassine E, Carbillon L, Belasco C, Haddad S, Uzan M, Gaudelus J. Regard sur 26 mois de transferts « in-utero » pour risque de prématurité <33 semaines d'aménorrhée (SA) : Sept. 94 - Oct. 96. J. POP. 5e Journée Parisienne Obstétrico-Pédiatrique 1997
- 6 Linsolas R. Limites et ambitions des SROS. Actes du colloque Management Hospitalier, Restructurations régionales du système de soins : quelle dynamique d'acteurs ? Journées SO.F.E.S.TEC. Montpellier 1 et 2 juin 1995.
- 7 SANTE 2010. Equité et efficacité du système de santé : les enjeux Commissariat Général au Plan. La Documentation Française.1993 : 144-147
- 8 de Pourville G . L'héritage In:Contandriopoulos AP, Souteyrand Y. L'hôpital stratège.JL Eds1996:271-283
- 9 L'Echelle nationale des coûts relatifs par groupe homogène de malades. Bulletin officiel. Affaires sociales ville et intégration 1996;96/7bis.
- 10 CITI 2. Analyse des certificats de naissance, résultats complémentaires, validation des certificats de santé. Enquête maternité année 1989-1990. Ile-de-France. Ministère de l'éducation nationale. Université René Descartes. 23 octobre 1990.
- 11 Lombrail P, Minvielle E, Kohler F, et al. Problèmes posés par le codage de l'information médicale dans le cadre du programme de médicalisation du système d'information hospitalier. Rev. Epidém. et Santé Publ. 1991;39:285-95.
- 12 Naïditch M, Weill c. Transferts maternels et transferts d'enfants en France : pourquoi les pratiques évoluent-elles si lentement. Dans : Tressier A, Blanc B. S.F.M.P. 26^{èmes} journées nationales de médecine périnatale. Brest 1996. Arnette Blackwel 1996;113-130