

## Décrets périnatalité Conclusions du groupe obstétrique de la SFAR

Ces décrets ont été établis pour renforcer la sécurité maternelle et néonatale

Le problème posé par la DHOS est le suivant : les contraintes des décrets périnatalité en terme de personnel paramédical et médical ne permettent pas la mise en conformité de certaines maternités à l'horizon 2003 ou 2004.

Une réunion sur ce thème a déjà réuni les tutelles (DRASS, DASS et ARH) fin novembre 2002.

Actuellement la garde médicale est définie comme suit et ne tient pas compte des niveaux des maternités c'est à dire de la complexité des patientes qui y sont admises

Accouchements annuels	Obstétriciens	Anesthésistes-réanimateurs	Pédiatres
< 1500	Astreinte opérationnelle ou Garde sur place	Astreinte opérationnelle Ou Garde sur place	Disponible Ou Astreinte opérationnelle Ou garde sur place
> 1500 et < 2000	Garde sur place	Garde sur place Sur le site	Astreinte opérationnelle ou Garde sur place
> 2000	Garde sur place	Garde sur place Exclusif pour la maternité	Astreinte opérationnelle ou Garde sur place

Pour les anesthésistes-réanimateurs les propositions qui ont été soumises aux ou par les tutelles fin novembre 2002 sont les suivantes :

Accouchements annuels	Obstétriciens	Anesthésistes-réanimateurs	Pédiatres
< 1500	Astreinte opérationnelle (AO) ou Garde sur place	Garde sur place Ou AO permanente exclusive pour le site	Disponible Ou Présent dans l'établissement tous les jours 24h/24 **
1501 – 1600 (?)	Garde sur place, possibilité d'AO	Garde sur place pour le site	Présent sur le site ou en AO pouvant intervenir 24h/24
> 1600	Garde sur place	Garde sur place pour le site	Présent sur le site ou en AO pouvant intervenir 24h/24
> 2000	Garde sur place	Garde sur place dans l'unité d'obstétrique : mutualisation avec urgences et chirurgie + AO pour la maternité *	Présent sur le site ou en AO pouvant intervenir 24h/24

\*Cette proposition est assez difficile à décrypter. Deux interprétations sont possibles : premièrement la localisation de la chambre de garde du MAR est l'unité d'obstétrique, il assure les urgences de tout l'établissement et fait appel à un MAR en AO si besoin ; deuxièmement il y a une erreur de rédaction et il faut lire garde sur place sur le site et AO pour la maternité.

*Dans un cas comme dans l'autre cette proposition n'est pas acceptable.*

*- L'expérience montre que lorsqu'il existe une garde sur place et une astreinte opérationnelle, cette dernière est très peu souvent activée. Ceci revient donc à démunir les maternités les plus actives et/ou recevant les patientes les plus lourdes de la présence permanente d'un anesthésiste-réanimateur.*

*- Nous savons que 75 % des urgences entreprises après minuit sont le fait de la maternité [Auroy Y, Laxenaire MC, Clergue F, Péquignot F, Jouglu E, Lienhart A. - Anesthésie en obstétrique *Ann Fr Anesth Réanim* 1998 ;17 :1342-6], il est donc illogique de proposer une garde sur place pour une activité d'urgence chirurgicale rarement effectuée après minuit et une astreinte opérationnelle pour une activité obstétricale souvent effectuée après minuit, ceci, avec l'instauration du repos de sécurité, risque de rendre la gestion des équipes encore plus complexe.*

*- Nous savons aussi que l'urgence vraie est l'apanage de l'activité obstétricale et que la gestion potentielle de plusieurs actes simultanés dans des lieux différents (bloc d'urgence et bloc obstétrical) compromet la sécurité des patients.*

\*\*On comprend mal pourquoi les spécifications de garde diffèrent pour les pédiatres qui, dans le secteur public, sont soumis en tant que PH aux mêmes règlements que les autres PH.

La troisième remarque concernant ces propositions est qu'il n'est tenu aucun compte du niveau pédiatrique de la maternité, ni de la complexité des mères et qu'à aucun moment n'est évoqué le rôle des Infirmier(e) Anesthésiste Diplômé(e) d'Etat.

Or nous savons que

- Les mortalités maternelle et néonatale n'ont toujours pas tendance à diminuer dans notre pays
- Concernant le traitement de l'hémorragie obstétricale (qui est la 1<sup>ère</sup> cause de mortalité maternelle), il a été montré que 2 facteurs organisationnels influent sur la qualité de la prise en charge maternelle : la présence 24 heures sur 24 d'un anesthésiste-réanimateur et la taille de la maternité < 500 accouchements [Bouvier-Colle MH et al. – Evaluation of the quality of care for severe obstetrical haemorrhage in three french regions *Br J Obstet Gynaecol* 2001 ;108 :898-903]
- Concernant la prise en charge du nouveau-né, l'anesthésiste-réanimateur est plus que souvent en première ligne dans les maternités les plus petites et de niveau I
- La demande d'analgésie péridurale par les patientes est très forte (72 %)
- La judiciarisation va en augmentant

Il semblerait donc logique de faire les propositions suivantes pour les anesthésistes-réanimateurs :

- L'existence d'une maternité dans un établissement de soins impose la garde sur place d'un anesthésiste-réanimateur sur le site quelle que soit la taille de la maternité,
- la proposition d'assouplir les contraintes de garde sur place spécifique à la maternité si celle-ci effectue plus de 2000 accouchements l'an ne peut qu'être discutée au cas par cas en fonction du volume d'urgences traitées dans l'établissement. Dans la plupart des cas il est probable que la garde soit requise pour la maternité et l'astreinte pour le traitement des autres urgences.
- L'existence d'une maternité de niveau III ou IIb impose la garde sur place d'un anesthésiste-réanimateur spécifique à la maternité
- Bien que l'arrêté d'application du décret périnatalité envisage le fait que l'anesthésiste-réanimateur prenne en charge l'enfant en l'absence de pédiatre, il faudrait qu'au contraire la prise en charge de l'enfant par un néonatalogiste puisse être garantie dans les maternités.
- Il est indispensable que le rôle de chacun soit écrit dans des protocoles de soins, validés par la CME de l'établissement.

Nous proposons donc une réflexion tenant compte non pas exclusivement de la taille de la maternité, mais surtout de son niveau pédiatrique :

Niveau pédiatrique	Obstétricien*	MAR	Pédiatre
Niveau I	<i>Garde sur place ou AO en fonction de la taille de la maternité</i>	Garde sur place quelle que soit la taille de la maternité**	Astreinte opérationnelle
Niveau II	<i>Garde sur place ou AO en fonction de la taille de la maternité</i>	Garde sur place quelle que soit la taille de la maternité**	Astreinte opérationnelle
Niveau IIb et III	<i>Garde sur place quelle que soit la taille de la maternité</i>	Garde sur place <u>spécifique à la maternité</u>	Garde sur place

\* Les propositions sont à définir par les professionnels concernés

\*\* si la maternité effectue plus de 2000 accouchements annuels, la garde sur place est pour la maternité, une demi garde ou une astreinte opérationnelle étant réservée aux anesthésies requises pour les urgences chirurgicales.