



**Agir pour améliorer
la santé périnatale
à la lumière des
résultats 2002
du réseau sentinelle
AUDIPOG**

RAPPORT DE SYNTHÈSE - 20 juin 2003

Agir pour améliorer la santé périnatale à la lumière des résultats du réseau Sentinelle AUDIPOG*

Nicole Mamelle, Bernard Maria, Marc-Alain Rozan, Pierre Marès
Pour le bureau de l'AUDIPOG**

P. Marès, O. Claris, M. Collet, C. Crenn Hébert, D. Lémery, N. Mamelle,
B. Maria, B. Neveu, D. Pinquier, M.A. Rozan

À l'occasion du conseil d'administration d'Audipog le 20 juin 2003, le professeur Pierre Marès, président de l'Association, a présenté les résultats 2002 du réseau sentinelle en matière de santé périnatale en France.

La surveillance constante des indicateurs de santé dans ce domaine, mise en place par Audipog depuis 1994, lui a permis, l'année dernière, d'alerter les professionnels de la naissance et les décideurs sur la situation préoccupante de la santé périnatale.

En effet, ces précédents résultats montraient une évidente détérioration de la santé périnatale, liée notamment à l'augmentation concomitante des naissances, des grossesses multiples et des prématurés. Ce constat alarmant venait appuyer les observations des professionnels sur l'inadéquation des structures de soins (maternités et services de néonatalogie) aux besoins de la population.

Qu'en est-il de la situation aujourd'hui ?

C'est ce que permettra de savoir l'analyse statistique des indicateurs, analyse qui s'appuie sur la mise en commun des dossiers périnataux d'une centaine de maternités chaque année (une banque de données de près de 125 000 naissances).

En effet, par l'utilisation de ces outils, Audipog a su anticiper la demande des pouvoirs publics et des acteurs de la santé périnatale qui souhaitent disposer aujourd'hui d'un système fiable de surveillance de la santé périnatale et d'évaluation des pratiques médicales.

Ce système a également pour vocation, au-delà de fournir un bilan chiffré de la situation actuelle, de proposer des solutions, étayées par des résultats concrets, nécessaires à l'évolution des dispositions actuelles pour qu'elles correspondent aux besoins de la réalité.

Ces besoins ont été clairement exprimés, par les professionnels et les acteurs de la naissance, lors des états généraux de la naissance du vendredi 6 juin. Ils portent sur la nécessité de réorganisation des soins périnataux en adéquation avec les attentes des femmes et des professionnels.

Dans ce contexte, les conclusions de la mission périnatalité, mise en place en septembre par le ministre de la santé et attendues fin juin, devraient pouvoir s'appuyer sur les résultats et les préconisations d'Audipog.

* Audipog, Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologie

** Inserm U 369 Lyon (B. Rousset)

Au mois d'août dernier, l'Audipog remettait à Jean François Mattéi un rapport présentant les indicateurs de santé périnatale de 2001, dont les conclusions furent reprises dans les journaux scientifiques et dans la presse sous des intitulés reflétant bien l'inquiétude générale pour la santé des bébés : « **la santé périnatale en danger** », « **les indicateurs au rouge** », « **la santé des tout-petits en péril** », « **un bébé tout de suite** »...

En ce début d'année, c'était la situation de crise des maternités qui explosait. Tous les acteurs de santé concernés décrivant leurs impossibles conditions de travail : crise démographique chez les gynécologues-obstétriciens, sages-femmes, pédiatres néonatalogistes et anesthésistes, réduction du temps de travail ingérable dans les hôpitaux et cliniques, débordement des maternités et services de néonatalogie lié à l'augmentation concomitante des naissances (*dont nous ne pouvons que nous réjouir*), des grossesses multiples (*que nous devons enrayer*) et de la prématurité (*dont les causes doivent être analysées*).

Tout récemment, les états généraux de la naissance, organisés par le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF), avec la participation de nombreuses instances représentatives des acteurs de santé mais aussi des usagers, faisaient état d'un malaise profond, mais aussi d'attentes et de craintes de la part des uns et des autres, concernant la nécessaire réorganisation de la prise en charge des grossesses.

Parallèlement, le Ministre de la Santé, alerté à la fois par notre rapport 2001 et par les cris d'alarme des acteurs de santé, mettait en place en septembre dernier une mission périnatalité qui doit rendre ses conclusions à la fin du mois, et annonçait en mars un ensemble de mesures constructives mais dont certains aspects, comme la concentration des naissances dans de grandes structures et les maisons périnatales, n'ont pas fait l'unanimité.

Devant cette situation de crise, l'Audipog propose aujourd'hui, grâce à la banque de données de son réseau, forte de 125 000 naissances (dont 75 000 réunies depuis 1999, issues de plus de 100 maternités publiques et privées en France), d'analyser ses données et de faire des propositions pour répondre aux interrogations des uns et des autres dans le but d'améliorer la santé périnatale.

La santé périnatale 2002 où en est-on ?

La situation démographique reste favorable. D'après le réseau sentinelle, la proportion de primipares de moins de 25 ans qui était de 35 % en 1994, puis avait atteint 20 % en 1999, ré-augmente : 25 % en 2000, 27 % en 2001 et 29 % en 2002. On devrait attendre de cette évolution favorable de la répartition de l'âge des femmes enceintes une amélioration des indicateurs périnataux.

Aujourd'hui, on ne peut pas parler d'amélioration mais, plutôt, d'une stagnation inquiétante de ces indicateurs. Alors que le nombre de naissances a peu évolué en 2002, le taux de grossesses multiples, alarmant en 2001, semble un peu s'infléchir. Rappelons que notre analyse avait montré l'année dernière un abaissement de l'âge des femmes enceintes suite à une aide médicale à la procréation (AMP).

La prématurité reste stable en cas de grossesse unique (5,3 %), mais est en légère augmentation en cas de grossesse multiple (48 %). La prématurité induite (déclenchement médical de la naissance avant terme) reste importante au même niveau qu'en 2001 (de 32 % en 1999-2000 à 37 % en 2001 et 2002). Quant à la grande prématurité (naissance avant 33 semaines de gestation), elle reste stable en cas de grossesse unique (1,0 %) mais paraît augmenter sérieusement en cas de grossesse multiple, passant de 10 à 18 % des naissances, conduisant à une inquiétante progression des grands prématurés (de 1,4 % en 2001 à 1,7 % en 2002). La hauteur de cette évolution devra être confirmée mais paraît en accord avec la conduite à tenir de plus en plus souvent préconisée de déclencher la naissance, surtout en cas de croissance différente des jumeaux.

La pratique de césarienne continue son envolée, atteignant 18 % des accouchements (taux rapporté aux mères). On assiste notamment à une augmentation des césariennes programmées avant le début du travail qui atteignent 10 % des accouchements, au léger détriment des césariennes pendant le travail. S'agit-il d'une tendance irréversible en raison de la crainte des risques médico-légaux, ou pourrait-on, par un retour à l'accouchement dit « physiologique » en cas de grossesse normale, limiter cette progression ?

La politique de réseau – état des lieux en 2002 ?

Rappelons que la politique de réseau périnatal voudrait que les naissances aient lieu dans une maternité dont le niveau de soins néonataux soit adapté aux risques potentiels.

En particulier, il est recommandé d'orienter les femmes vers une maternité de niveau 3 (associée à un service de réanimation néonatale), en cas de naissance très prématurée (avant 33 semaines de gestation), mais, à contrario, celles-ci devraient être orientées vers une maternité de niveau 1 (sans service de néonatalogie) lorsque la grossesse se déroule normalement. L'un sans l'autre conduit fatalement à l'implosion du système.

En 1997-1998, avant la mise en place de cette politique, 55 % des enfants uniques de moins de 33 semaines naissaient dans une maternité associée à un service de réanimation néonatale.

Dès 1999, nous observons une très bonne adhésion des professionnels à ces recommandations, puisque ce chiffre avait atteint 80 %. Depuis 2000, nous alertons les pouvoirs publics sur la régression observée : en raison, au moins en partie, de l'augmentation des naissances, la proportion des naissances uniques avant 33 semaines en niveau 3 est en baisse : 72 % en 2000, 70 % en 2001 et 69 % en 2002.

En se référant à l'ensemble des naissances, uniques et multiples, ces proportions étaient de 75 % en 2000, 71 % en 2001 et moins de 65 % en 2002.

La situation globale s'aggrave, même si des disparités régionales sont observées ! Celle-ci est particulièrement préoccupante dans les DOM-TOM. La Martinique, un des trois premiers réseaux avec l'Auvergne et le Languedoc-Roussillon, à avoir mis en place une évaluation préalable de leurs indicateurs périnataux avec le système Audipog, confirme le taux très élevé de prématurité (12 %) et de grande prématurité (3 %) et surtout une proportion d'enfants de moins de 33 semaines naissant en niveau 3 inférieure à 60 %.

Mais l'augmentation des prématurés est-elle la seule raison du débordement de ces maternités ? L'orientation des femmes dites « à bas risque » vers les maternités de niveau 1 a-t-elle lieu ? En 1999-2000, 10 % d'entre elles accouchaient dans une maternité de niveau 3 ; ce taux, au lieu de diminuer, atteint aujourd'hui 15 %, et monte jusqu'à 20 % chez les femmes de niveau d'études supérieures qui seraient plus sensibles aux arguments relatifs à une plus grande sécurité en maternités de niveau 3, ce qu'il faudrait démontrer.

Sécurité médicale, sécurité psychique, une double vision de la maternité :

Accoucher naturellement est une demande forte des femmes. Lors des états généraux de la naissance, elles se sont demandées si accoucher en niveau 3, lorsque la grossesse se déroule normalement et que l'accouchement a lieu à terme, améliore vraiment la sécurité ? Elles craignent une déshumanisation de l'accueil et une absence d'accompagnement de la naissance dans ces lieux de haute pathologie où, naturellement, l'urgence prime, et la femme « normale » risque d'être un peu délaissée. Elles réclament des lieux de prise en charge adaptés à leur situation, à leur demande d'écoute, des maternités à dimension humaine.

Les sages-femmes se faisaient l'écho de cette demande en affirmant leur compétence et leur engagement dans cette prise en charge des grossesses « physiologiques » et cet accompagnement des femmes au cours de la grossesse et de l'accouchement.

Y a-t-il une « bonne taille de maternité » pour accoucher lorsqu'on a une grossesse normale ? Analyse de la situation à la lumière des chiffres :

Quand on sait que, parmi les solutions avancées pour pallier le manque de soignants en maternité (médecins et sages-femmes), on envisage la concentration des naissances dans ce que certains appellent des « usines à bébés », on peut s'interroger sur la sécurité médicale des grandes maternités en cas de grossesse normale (« physiologique »).

Le Réseau Audipog apporte des éléments de réponses en analysant les pratiques et les résultats au sein d'un groupe de femmes dites « à bas risque », c'est-à-dire ne présentant ni antécédent ni pathologie de la grossesse.

Si l'on considère la taille de la maternité, c'est dans celles de 1500 à 2000 accouchements, que les résultats semblent les plus favorables en cas de grossesse normale : les césariennes avant travail concernent moins de 1 % des cas (2 % dans les maternités de plus de 2000), le taux d'hémorragie est au plus bas (1,2 % contre 1,7 % dans celles de moins de 1000 ou de plus de 2000). Si le taux d'épisiotomie avoisine 55 % dans les maternités de moins de 2000, il est un peu plus faible dans celles de plus de 2000 (48 %), mais en revanche, les lésions traumatiques lors de l'accouchement sont de 5 % dans les maternités de 1500 à 2000, contre 8 % dans les maternités de plus de 2000.

Autre élément en défaveur des grandes maternités : le taux de complications des suites de couches augmente : 6 % dans les maternités de moins de 1000, 10 % entre 1000 et 2000 et 18 % dans celles de plus de 2000. Peut-être faut-il voir ici une plus grande fréquence d'infections nosocomiales dans ces grands centres ? La différence de recrutement des grandes maternités (centres urbains, population plus souvent défavorisée) ne peut expliquer à elle seule ces résultats chez des femmes dont la grossesse s'est déroulée normalement.

Sauf si l'on suppose que ces complications proviennent du manque d'accompagnement, si nécessaire sur le plan psychosocial, et qui, aux yeux des femmes, fait trop souvent défaut dans les grands centres. Or, des travaux scientifiques ont montré l'effet bénéfique d'un accompagnement individuel continu en salle de naissance par une sage-femme sur le bon déroulement de l'accouchement.

Concernant les enfants nés de ces grossesses normales, le taux de transfert/mutation atteint près de 5 % dans les maternités de plus de 1500 alors qu'il avoisine 3 % dans les maternités de taille petite ou moyenne. Faut-il comprendre que la mutation du nouveau-né est plus facilement envisagée lorsque la maternité dispose, à côté d'elle, d'un service de néonatalogie ?

Mais, est-elle nécessaire ? N'interfère-t-on pas, alors, avec la fragile constitution du lien mère-enfant ?

La sur-médicalisation de la grossesse : Est-ce évitable, est-ce souhaité ?

Sous l'effet des procédures médico-légales de plus en plus fréquentes et d'une presse trop souvent attentive aux événements à sensations, la recherche d'une hypothétique sécurité par la multiplicité d'examen complémentaires médicaux s'est développée.

Quelle grossesse se déroule sans son cortège d'examen, des échographies systématiques aux marqueurs sériques et à l'amniocentèse (qui concerne aujourd'hui 10 % des grossesses) ?

On a entendu les débats autour de l'échographie avec ses conséquences médico-légales croissantes... Il est malheureusement évident, ce qui a été dénoncé aux états généraux de la naissance, que les femmes se conforment au discours ambiant qui laisse croire, grâce à la multiplication des examens, au mythe de l'enfant parfait. Cette attente est souvent une source d'angoisse même si les professionnels précisent que ces examens ne peuvent apporter qu'une information parcellaire sur l'enfant alors que la question sous-jacente des familles est : « mon enfant va-t-il être en bonne santé ? ». Peut-on évoluer vers une meilleure compréhension entre les attentes des uns et les capacités des professionnels de santé ? Peut-on réduire ces excès ? Cette demande doit être entendue puisqu'elle émane aussi bien des couples que des professionnels et devrait permettre une surveillance des grossesses dans une plus grande sérénité pour les uns et pour les autres.

Accoucher sans péridurale, est-ce vraiment une demande aujourd'hui ?

La proposition de certains d'ouvrir des maisons de naissance réservées à l'accueil des femmes dont la grossesse se déroule normalement, demande exprimée notamment par les sages-femmes, suppose qu'une certaine proportion de femmes acceptent, voire souhaitent accoucher sans péridurale ? combien sont-elles ? Les données du réseau Audipog montrent que, aujourd'hui, dans les grands centres où la présence d'un anesthésiste est assurée, lorsque l'accouchement a lieu par voie basse sans intervention et que la durée du travail est suffisante pour que la péridurale ait eu le temps d'être posée, dans 15 % des cas, l'accouchement se déroule sans aucune anesthésie. Ainsi, cette demande d'accouchement naturel existe, à la satisfaction des parturientes et des sages-femmes ...

La médicalisation de la menace d'accouchement prématuré, est-ce incontournable ?

Alors que tout se déroule normalement, la menace d'accouchement prématuré arrive comme un coup de tonnerre dans un ciel serein, auquel la médecine répond par une médicalisation bien souvent inefficace. Avant tout, faudrait-il cesser d'appeler menace d'accouchement prématuré toutes douleurs pelviennes ou toute contractilité utérine mal vécues et savoir entendre ici la plainte ou l'appel à l'aide avant de parler de pathologie.

La menace d'accouchement prématuré concerne, d'après le réseau Audipog, plus de 10 % des grossesses et se solde dans 25 % des cas par une naissance prématurée (soit 2,5 % des grossesses ou près de la moitié des accouchements prématurés). Réduire la prématurité dans ces cas aurait une incidence majeure sur le débordement des services de néonatalogie.

Or, le Réseau Audipog révèle des attitudes médicales nouvelles et inattendues : un déclenchement médical du travail ou une césarienne avant le début du travail sont réalisés avant le terme de la grossesse dans 6 % des cas où on a justement tout fait pour éviter cette naissance prématurée ! Ce taux, qui atteint 12 % dans les maternités de niveau 3, ne peut manquer de nous interpeller. Grâce aux progrès de la néonatalogie, les obstétriciens, les sages-femmes et les pédiatres ont tendance à dire « tenez jusqu'à 34 semaines » puisqu'à partir de cette période, il semble que les résultats néonataux soient satisfaisants. C'est oublier le risque non nul de détresse respiratoire qui existe jusqu'à 37-38 semaines et, parfois, ne plus mettre en jeu tous les moyens médicaux ou psychologiques qui permettraient aux femmes de prolonger une grossesse conduisant à une naissance dans de meilleures conditions.

Là encore, dispose-t-on de solutions à côté de l'hospitalisation et de son cortège de perfusions ? Deux études successives, conduites par N. Mamelle (INSERM 369, Lyon), en parallèle aux travaux de l'Audipog, ont montré qu'un soutien psychologique proposé systématiquement aux femmes hospitalisées pour une menace d'accouchement prématuré était toujours accepté et permettait de réduire d'un tiers la prématurité et de moitié la grande prématurité. Si le soutien du père, de la famille, des soignants est important, l'intervention d'un spécialiste, psychologue ou pédopsychiatre est souvent nécessaire. Or, malgré les exhortations des ministres de la santé successifs pour que la dimension psychique de la grossesse soit prise en compte, malgré les efforts de certaines équipes, comme celle de Françoise Molénat, dans la formation des soignants à l'écoute des femmes enceintes, peu de place est faite et aucuns moyens ne sont donnés pour que cette double et nécessaire approche de la maternité se mette en place.

Nos recommandations aux femmes, aux corps professionnels et aux décideurs, pour une politique de santé publique en périnatalité :

Pas de hâte à concevoir ? « Avoir un enfant tout de suite », est-ce là un dérapage de notre société, une exigence de maîtrise toujours plus grande ? Les données du réseau Audipog nous disent que, stérilité ou pas, le délai d'attente pour concevoir (délai entre l'arrêt de la contraception et la survenue de la grossesse) est en moyenne de 6 mois. Cependant, une grossesse peut se faire attendre plus d'1 an (1 fois sur 10), sans que l'on parle d'infertilité, le délai moyen d'attente étant alors de 2 ans. N'est-ce pas aux médecins, aux sages-femmes, de rappeler aux couples en demande d'aide à la procréation que le risque de grossesse multiple atteint 15 % sous traitement d'infertilité, quel qu'il soit, contre 2,1 % en cas de conception naturelle. Et quand on sait qu'en cas de grossesse multiple, près d'une naissance sur 2 a lieu prématurément, avec tout le cortège de complications futures, des plus bénignes aux plus graves, ne doit-on recommander aux couples de chercher à concevoir plus jeunes, sans hâte, sans planification à outrance... ?

Se donner toutes les chances d'avoir une grossesse normale, et commencer par ne pas fumer ! Aujourd'hui, d'après le Réseau Audipog, 20 % des femmes enceintes fument, dont 7 % consomment 10 cigarettes ou plus par jour. Parmi celles-ci, près d'1 sur 2 réduisent leur consommation et 1 sur 5 arrêtent complètement. Parmi celles qui fument moins de 10 cigarettes par jour avant la grossesse, près d'1 sur 2 arrêtent totalement. On connaît les effets délétères du tabac sur le fœtus, puisqu'il s'accompagne d'une diminution du poids de naissance de 160 grammes pour moins de 10 cigarettes, et de 260 g pour une consommation de 10 cigarettes ou plus. Fumer plus de 10 cigarettes par jour multiplie le risque de prématurité par 2 et le risque de retard de croissance intra-utérin (poids trop faible pour l'âge gestationnel) par 3. Globalement, il augmente le risque de transfert du bébé dans un service de néonatalogie qui atteint 13 % des cas. L'une des mesures d'urgence pour améliorer la santé des enfants, n'est-elle une large campagne « grossesse sans tabac » ?

Refuser la « banalisation de la prématurité » : On estime que les origines de la prématurité se répartissent en 40 % de prématurité spontanée, 40 % de prématurité induite (déclenchement de l'accouchement ou césarienne avant le travail, avant le terme de la grossesse) et 20 % de prématurité liée aux grossesses multiples. Quelle qu'en soit la cause, on assiste à une certaine banalisation de la prématurité, comme si la couveuse faisait aussi bien que le ventre maternel. N'est-ce pas là aussi un fait de société ? ... Réduire les grossesses multiples, pourvoyeuses de naissances prématurées, accompagner les femmes présentant une menace d'accouchement prématuré, réduire les circonstances favorisant les complications de la grossesse, tel que le tabac, et conduisant à une prématurité induite, telles sont des mesures d'urgence à promouvoir.

Savoir repérer les risques en début et au cours de la grossesse et faire des recommandations adaptées aux femmes et aux couples, par une formation permanente des acteurs de santé de première ligne, les généralistes, les gynécologues médicaux, les sages-femmes libérales, les médecins et sages-femmes des services de PMI. Lors des états généraux de la naissance, les généralistes ont affirmé leur volonté de participer positivement à la prise en charge des femmes enceintes, ont demandé d'être formés et ont plaidé pour leur inclusion d'emblée dans les réseaux périnataux. Les réseaux périnataux doivent être des réseaux ville-hôpital s'ils veulent concourir à une amélioration de la santé périnatale par la diffusion de recommandations adaptées, par un repérage précoce des risques et par une orientation pertinente des femmes enceintes vers les lieux de naissance conformes à leur situation, tout en assurant une continuité des soins, continuité essentielle à l'accompagnement des femmes. En clair, avoir une véritable *politique de santé publique*, partant de l'amont : les usagers et les acteurs de santé sur le terrain.

Réorganiser les structures et évaluer les résultats :

Une nouvelle organisation de la maternité, à l'écoute des femmes et des professionnels, est-ce possible ?

A la lumière de ce qui précède, et surtout des attentes exprimées lors des états généraux de la naissance, certaines orientations peuvent être proposées.

Nous appuyant sur la demande des femmes qui nous disent leur sentiment d'insécurité psychique face à la notion de risque omniprésent, à leur souhait d'être responsabilisées face à leur grossesse, à leur crainte d'une hyper médicalisation accrue en cas de concentration des naissances dans de grands centres, nous pensons qu'une place doit être faite pour l'accueil de ces femmes qui attachent autant de prix à la sécurité psychique qu'à la sécurité technique. Pour elles, la relation future mère-bébé s'instaure dès la grossesse et est conditionnée par la sécurité psychique et émotionnelle.

Écoutons les professionnels :

Les sages-femmes déclarent ne pas pouvoir remplir pleinement leur mission d'accompagnement global des femmes enceintes depuis le début de la grossesse jusqu'à l'accouchement et souhaitent retrouver une place dans la gestion des grossesses physiologiques en toute responsabilité.

Pour les obstétriciens du secteur libéral, qui n'ont pas vu s'instaurer la politique d'orientation des femmes à bas risque vers le secteur 1, alors qu'ils ont pleinement joué le jeu des transferts in utero, les solutions évoquées pour résoudre le problème crucial de la démographie médicale (regroupement des plateaux techniques, création de centres périnataux, diminution de l'activité obstétricale des gynécologues accoucheurs) risque de conduire à une désaffection progressive des médecins de cette spécialité.

Reprenant les propos de Bernard Maria (CHI Villeneuve St Georges) aux états généraux, en tant que représentant des obstétriciens du secteur public, qui cherchent des solutions intermédiaires, conciliant les diverses tendances, et à la lumière des résultats du Réseau Audipog, il nous semble important de préconiser des restructurations conduisant à des maternités de taille humaine (nos résultats sont en faveur des maternités de 1500 à 2000 naissances par an) pour assurer une prise en charge optimum des grossesses normales. Les hôtels postnatals proposés, malgré une ou deux expériences positives (CH de l'Arbresle) ne semblent pas répondre aux attentes.

L'ouverture de maisons de naissance, à proximité des maternités, dont certaines commencent à se mettre en place, est à expérimenter. Après concertation régionale, celles-ci pourraient être confiées à des sages-femmes et/ou à des gynécologues obstétriciens selon les situations démographiques ou géographiques régionales. Que, dans les régions, se mette en place une véritable politique d'orientation des grossesses normales vers les maternités de proximité, publiques ou privées, ou que des maisons de naissance voient le jour, ce qui semble essentiel, aujourd'hui, c'est de restituer des espaces où les femmes et les couples se sentent écoutés, sécurisés, accompagnés. Laissons la porte ouverte aux initiatives locales, dans la complémentarité des acteurs de santé en présence.

Évaluer, un maître mot :

Changer les pratiques, réorganiser les structures, créer les réseaux de soins périnataux, tout peut-être fait, tenté, à condition de se donner les moyens d'en évaluer les résultats.

Annonçant les soutiens qu'il souhaitait accorder à la mise en place des réseaux périnataux, Jean-François Mattéi indiquait l'absolue nécessité de disposer d'un système d'information performant permettant un suivi épidémiologique des indicateurs de santé au sein des réseaux et une évaluation rigoureuse de l'efficacité du réseau sur la santé des mères et des enfants. L'Audipog, avec son dossier périnatal commun depuis 1980, avec son système de surveillance en continu de la santé périnatale et d'évaluation des pratiques médicales depuis 1994, avec son site Internet (<http://audipog.inserm.fr>) depuis 1999 qui offre aux membres du réseau un système d'interrogation statistique en ligne de leur propre base de données comparativement à celle du réseau national, est devenu une référence professionnelle. De nombreux réseaux ont choisi ce système pour leur informatisation et leur évaluation. Une large extension de ce système, doté de moyens financiers adéquats, toujours basé sur le volontariat (car garantissant la qualité des données), et sur une structure professionnelle jouant un rôle de tiers de confiance (assurant la protection éthique et déontologique de leur bon usage), doit être une priorité de toute politique de santé publique.

Sachons fixer les objectifs à la périnatalité française, prendre en compte les besoins des femmes et des couples, laisser des initiatives aux professionnels, autoriser des pratiques périnatales nouvelles et, nécessairement, en évaluer les résultats pour corriger les défauts et encourager les organisations performantes afin de bien naître en France.