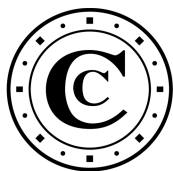


Cour des comptes



Chambres régionales
& territoriales des comptes

LES MATERNITÉS CAHIER 1 : ANALYSE GÉNÉRALE

Communication à la commission des affaires sociales du Sénat
Article LO. 132-3-1 du code des juridictions financières

Décembre 2014

SOMMAIRE GÉNÉRAL

AVERTISSEMENT	5
SYNTHESE.....	9
LISTE DES RECOMMANDATIONS	13
INTRODUCTION.....	15
CHAPITRE I UNE OFFRE PROFONDEMENT RESTRUCTUREE, UNE COUVERTURE TOUJOURS LARGE DU TERRITOIRE	19
I - Un mouvement lourd de restructuration des établissements	21
A - De très nombreuses fermetures d'établissements et de lits	21
B - Une croissance marquée de la taille des établissements.....	21
C - Une modification importante de la structure de l'offre	24
II - Des difficultés très localisées d'accès à une prise en charge.....	31
A - Une stabilité des conditions moyennes d'accès aux maternités	32
B - Des organisations spécifiques pour assurer un suivi adapté des grossesses	38
CHAPITRE II UNE SECURITE DES PRISES EN CHARGE A ASSURER AVEC RIGUEUR.....	43
I - Des normes d'effectifs imparfaitement respectées	44
A - Une démographie médicale marquée par une grande fragilité et de fortes disparités géographiques.....	44
B - Des défauts persistants d'application des normes de personnels	49
II - Des difficultés préoccupantes dans d'autres domaines.....	59
A - Une mise en conformité des locaux inachevée	59
B - De petites maternités fonctionnant dans des conditions de sécurité insuffisamment strictes	60
C - Une structuration par type de prise en charge imparfaite	63
III - Des efforts à mieux cibler pour améliorer la sécurité des soins	70
A - En métropole, des efforts à concentrer particulièrement sur certains établissements	70
B - Des populations précaires au suivi à renforcer.....	71
C - Dans les DOM, un système de soins à la peine.....	72
CHAPITRE III DES REORGANISATIONS INDISPENSABLES A PILOTER ACTIVEMENT	77
I - Des maternités à la fois financièrement fragiles et coûteuses.....	77
A - Une situation financière généralement précaire	77
B - Des coûts systématiquement orientés à la hausse.....	79
C - Des tarifs déconnectés des coûts	82
II - Une efficience limitée.....	85
A - Une durée de séjour plus importante que dans les pays voisins.....	86
B - Des taux d'occupation pourtant très insuffisants	88
III - De nouvelles réorganisations à piloter.....	90
A - Mieux anticiper et organiser activement les recombinaisons	90
B - Optimiser l'organisation des maternités.....	93
CONCLUSION GENERALE	97
ANNEXES.....	99

Avertissement

En application de l'article LO. 132-3-1 du code des juridictions financières, la Cour des comptes a été saisie par lettre de la présidente de la commission des affaires sociales du Sénat en date du 11 décembre 2012 d'une demande d'enquête portant sur « les maternités » (annexe I), dont le principe a été confirmé par lettre du Premier président en date du 14 janvier 2013 (annexe 2).

Le champ des investigations de la Cour a été arrêté lors d'une réunion tenue le 30 janvier 2013 au Sénat avec la présidente de la commission des affaires sociales. Il a fait l'objet d'un courrier du Premier président en date du 30 mai 2013 (annexe 3).

Pour répondre à cette demande d'enquête, une formation inter-juridictions (FIJ) commune à la Cour des comptes et aux chambres régionales des comptes (CRC) a été instituée par arrêté du Premier président, en application de l'article L. 111-9-1 du code des juridictions financières, prévoyant que la formation commune conduit l'ensemble de la procédure.

Cette dernière a été composée de la sixième chambre de la Cour et de six CRC (Aquitaine, Poitou-Charentes ; Auvergne, Rhône-Alpes ; Bourgogne, Franche-Comté ; Île-de-France ; Nord Pas-de-Calais-Picardie ; et Provence-Alpes-Côte d'Azur) et présidée par le président de la sixième chambre.

L'enquête a été notifiée au directeur général de l'offre de soins (DGOS), au directeur général de la santé (DGS), au directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Elle a également été notifiée au directeur général de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), au directeur de l'Agence technique d'information sur l'hospitalisation (ATIH) et au président de la Haute Autorité de santé (HAS), aux directeurs généraux des agences régionales de santé (ARS) des régions examinées ainsi qu'aux établissements plus particulièrement étudiés.

L'analyse du maillage territorial des maternités et de l'évolution de l'offre de soins a été effectuée dans sept régions : Auvergne, Bourgogne, Guyane, Île-de-France, Nord-Pas-de-Calais, Poitou-Charentes, Provence-Alpes-Côte d'Azur dont la diversité a permis, au-delà de certains constats communs, d'apporter des éclairages différenciés sur les organisations mises en place en fonction notamment des problématiques géographiques et des contraintes de la démographie médicale.

Au sein de chacune des régions étudiées, ont été plus spécifiquement analysés le positionnement et le fonctionnement de 18 maternités et un réseau de santé périnatal dont la liste détaillée est précisée en annexe 4. Sans chercher la représentativité statistique, l'ensemble retenu couvre un champ très large d'établissements, ruraux comme urbains, de niveaux différents de prise en charge, appartenant à des zones et à des régions aux caractéristiques géographiques et humaines très différenciées. Il tient également compte des problématiques spécifiques de chaque région examinée.

Les maternités sélectionnées appartiennent à tous les types de prise en charge : six sont de type I dont l'une intégrant un centre périnatal de proximité, cinq relèvent du type II et sept du type III. Sept d'entre elles réalisent entre 300 et 1 500 accouchements par an, six entre 1 500 et 3 000 et cinq plus de 3 000, répartition cohérente avec la structure des maternités publiques dont la taille a crû très significativement depuis 15 ans. L'échantillon a aussi intégré deux établissements aux pratiques médicales dites « douces » (hôpitaux « amis des bébés »).

Il n'a pas été possible, comme initialement prévu, de recueillir des informations auprès des établissements privés à but lucratif sur le fondement des dispositions de l'article L.132-3-2 alinéa 2 du code des juridictions financières, qui autorise la Cour à procéder à une telle démarche en vue de « l'évaluation comparative des coûts et des modes de gestion des établissements sanitaires et médico-sociaux financés par l'assurance maladie, quel que soit leur statut public ou privé », en raison des réticences des établissements sollicités à accueillir les rapporteurs de la formation inter-juridictions.

Par ailleurs, ont été pris en compte différents autres travaux conduits par les juridictions financières, qu'il s'agisse des investigations conduites dans le cadre de l'enquête relative à la santé outre-mer qui a donné lieu à un rapport public thématique¹, ou des conclusions de rapports d'observations définitives relatifs à d'autres établissements réalisés par les chambres régionales des comptes.

L'instruction a été conduite à partir des réponses aux questionnaires et des entretiens menés auprès des administrations et établissements auxquels l'enquête a été notifiée. Des entretiens ont été organisés et des échanges de courriers ont, en outre, eu lieu avec divers autres organismes et personnes concernées.

Les monographies régionales, examinées par la FIJ lors de sa séance du 19 mars 2014, ont donné lieu à des relevés d'observations provisoires qui ont fait l'objet de contradictions conduites auprès des ARS des régions concernées ainsi qu'auprès du secrétariat général des ministères sociaux, qui ont fait part de leurs observations. Les rapports relatifs au réseau de santé périnatale d'Auvergne et au centre hospitalier de Montluçon ont fait l'objet de relevés d'observations provisoires spécifiques qui ont été contredits auprès des organismes et des agences régionales de santé concernés, compte-tenu des observations et suggestions présentées.

Un relevé d'observations provisoires de synthèse, intégrant les conclusions des autres travaux conduits par la formation commune, a été communiqué le 31 juillet 2014 au secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales, à la DGOS et à la DGS. Des extraits ont été adressés à la DREES, à la DSS, à la CNAMTS, ainsi qu'à quatre ARS et à 19 établissements de santé. Des réponses ont été reçues de la quasi-totalité des destinataires².

Des auditions ont été organisées le 13 octobre 2014 à la Cour des comptes avec la DGOS, la DSS, la DGS, la fédération hospitalière de France, la fédération de l'hospitalisation privée, la fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne, le collège national des gynécologues-obstétriciens français, la société française de pédiatrie, la société française d'anesthésie et de réanimation, le conseil national de l'ordre des sages-femmes.

¹ Cour des comptes, *Rapport public thématique, La santé dans les outre-mer, une responsabilité de la République*. La Documentation française, juin 2014, 287 p., disponible sur www.ccomptes.fr

² La direction de la sécurité sociale, le réseau périnatal de Bourgogne, les centres hospitaliers d'Issoire et d'Autun n'ont pas adressé de réponse.

La présente communication, qui constitue en deux cahiers – analyse générale d’une part, analyses régionales résultant des investigations conduites dans sept régions d’autre part – la synthèse définitive de l’enquête de la Cour, a été délibérée le 5 novembre 2014 par la formation inter-juridictions présidée par M. Durrleman, président de chambre, et composée de Mme de Kersauzon, conseiller maître, présidente de la CRC Auvergne, Rhône-Alpes, Mme des Mazery, conseiller maître, Mme Bosredon, présidente de section à la CRC Nord-Pas-de-Calais, M. Payet, premier conseiller à la CRC d’Île-de-France, Mme Fontaine, conseiller maître, rapporteur général, et Mme Prioze, premier conseiller à la CRC d’Île-de-France, et M. Salah, premier conseiller à la CRC Auvergne, Rhône-Alpes, rapporteurs généraux adjoints, assistés de Mme Apparicio, attaché principal des juridictions financières, et, en tant que contre-rapporteur, M. Diricq, conseiller maître.

Il a ensuite été examiné et approuvé le 2 décembre 2014 par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de MM. Migaud, Premier président, Durrleman, Lefas, Briet, Mme Ratte, MM. Vachia, Paul, rapporteur général du comité, Duchadeuil, Piolé, présidents de chambre, et M. Johanet, procureur général, entendu en ses avis.

Synthèse

Le réseau français de maternités a connu une vague importante de concentration du fait en dernier lieu de l'application des normes de sécurité issues des décrets de 1998. Il est confronté à désormais court terme à une nouvelle étape de recomposition, en raison d'un ensemble de facteurs. Ce nouveau resserrement, inévitable et nécessaire, doit être piloté activement par les pouvoirs publics pour qu'il offre l'opportunité d'une réponse plus cohérente et plus efficiente aux besoins et renforce la qualité et la sécurité des soins.

I - L'offre de soins en maternités a été profondément restructurée depuis 2002, mais la couverture du territoire ne s'est pas dégradée, hors quelques difficultés localisées

Une offre de soins profondément restructurée

Dans un but de santé publique, celui d'améliorer la sécurité de la naissance, deux décrets du 9 octobre 1998 ont introduit de nouvelles normes de sécurité pour les maternités, relatives aux personnels et aux locaux, et de nouvelles règles d'organisation. Trois types de maternités ont été définis, qui correspondent à différents niveaux de soins pour les nourrissons (type I pour les grossesses sans problème identifié, type II en cas de besoins de soins de néonatalogie et type III pour les grossesses à risque). L'action des différents types d'établissements est coordonnée par des réseaux de santé en périnatalité associant établissements et professionnels de la naissance.

En conséquence, l'offre de soins en maternité a connu une recomposition extrêmement profonde, la plus large conduite à ce jour dans le système hospitalier français. L'application des règles nouvelles, plus contraignantes pour les établissements, a entraîné une baisse de 20,1 % du nombre de maternités entre 2002 et 2012, les fermetures touchant en particulier les plus petites d'entre elles. Les maternités de plus grande taille ont pris une place plus importante dans l'offre de soins et leur activité a progressé de façon très significative bien qu'elle reste inférieure à celle qui est constatée dans de nombreux pays européens. La structure des prises en charge s'est déformée au profit des maternités de type II et de type III, qui offrent des soins d'une plus grande technicité (en réaction, des initiatives ont aussi vu le jour en faveur d'un accompagnement plus personnalisé parmi lesquelles l'expérimentation de maisons de naissance).

Cette évolution s'est accompagnée d'un net désengagement du secteur privé lucratif et donc d'une progression des parts de marché du secteur public.

Une couverture du territoire qui ne s'est pas dégradée malgré des difficultés localisées

La restructuration très importante de l'offre de maternités n'a pas dégradé les conditions d'accès aux services de soins pour les parturientes, le temps d'accès médian aux maternités restant stable (17 minutes) en dépit de disparités territoriales dans certaines zones rurales dont

l'ampleur reste toutefois limitée. L'équipement en lits a été homogénéisé entre les différentes régions, étant désormais compris entre 20 et 25 lits pour 1 000 accouchements.

Des dispositifs adaptés ont été mis en place pour le suivi des grossesses, avec notamment la création de 78 centres périnataux de proximité, qui ont pour la plupart résulté de la transformation des anciennes maternités, et de 55 réseaux de périnatalité qui doivent assurer le bon adressage des parturientes entre les différents établissements en fonction du risque identifié associé à leur grossesse. Un nombre significatif de petites maternités a été maintenu en dépit d'une baisse globale de leur nombre de 35 % depuis 2002. En 2013, 13 maternités réalisant moins de 300 accouchements demeuraient en fonctionnement par dérogation au seuil d'activité établi par les décrets de 1998, et 35 autres maternités avaient une activité faible, comprise entre 300 et 500 accouchements.

II - Seize ans après la parution des décrets du 9 octobre 1998, la qualité et la sécurité des prises en charge restent imparfaitement assurées, faute en particulier que les normes alors instituées soient partout respectées

Une sécurité de la naissance qui reste insuffisante

Les résultats médiocres de la France en matière d'indicateurs de périnatalité au regard des progrès réalisés par les pays voisins (avec un taux de 2,3 ‰, la France occupe le 17^e rang européen pour la mortalité néonatale – dans les 27 premiers jours après la naissance –) montrent que la sécurité de la naissance doit encore être améliorée, 16 ans après les décrets de 1998 dont elle constituait pourtant l'objectif central.

Des difficultés de recrutement aux conséquences lourdes

Les règles relatives aux effectifs établies voilà 16 ans, qui sont fonction de l'activité des maternités, restent aujourd'hui encore très imparfaitement respectées. Pourtant, les effectifs globaux des spécialités médicales de la naissance (gynécologues-obstétriciens, anesthésistes-réanimateurs, pédiatres) et des sages-femmes n'ont jamais été aussi nombreux. Cette situation masque en réalité une extrême fragilité de la démographie médicale : les flux de formation fournissent un nombre insuffisant de nouveaux médecins au regard du nombre de départs à la retraite, situation aggravée par l'évolution de la réglementation sur le temps de travail. Les disparités de répartition sur le territoire sont dues quant à elles au manque d'attractivité de certains établissements à l'activité réduite, au sein desquels les médecins sont de plus en plus réticents à exercer. Il en résulte des problèmes de sécurité parfois aigus, en particulier dans les établissements ou les zones géographiques les moins attractifs ou les plus isolés. Ces difficultés ne sont qu'atténuées par la présence de plus en plus large de médecins diplômés à l'étranger, y compris en dehors de l'Union européenne, ou par la contribution des sages-femmes qui ne peuvent malgré tout assurer la permanence des soins. Les dispositifs incitatifs mis en place n'ayant pas prouvé leur efficacité, le risque existe de voir s'accroître le recours à des solutions précaires qui ne permettent pas toujours d'assurer le niveau de qualité et de sécurité approprié en dépit de leur coût.

Une réorganisation inaboutie et peu cohérente

La mise en conformité des locaux reste incomplète, 16 ans après la parution des décrets de 1998. Par ailleurs, les très petites maternités fonctionnent dans des conditions de sécurité qui sont souvent insuffisamment vérifiées. De surcroît, les contrôles, quand ils sont mis en œuvre et conduisent à déceler des manquements aux règles de sécurité, ne sont pas toujours suivis de mesures immédiates.

L'articulation des prises en charge entre les trois types de maternités, qui n'a pas été établie en fonction d'une analyse rigoureuse des besoins mais des structures historiquement préexistantes, fonctionne mal et les grossesses à risques ne sont pas toujours prises en charge de façon optimale. Les prises en charge doivent être améliorées par un recours plus cohérent aux maternités de type III, par l'optimisation de la carte et du rôle des réseaux de périnatalité et par une meilleure articulation du suivi des grossesses entre l'hôpital, l'offre de soins libérale et les services de la protection maternelle et infantile, ainsi qu'entre l'amont et l'aval de la naissance.

Des difficultés particulières dans certains cas

Ces difficultés, qui se retrouvent dans l'ensemble des territoires, qu'il s'agisse des zones rurales, urbaines, ou des zones sensibles, exigent toutefois une vigilance renforcée dans certaines situations particulières :

- les autorités de contrôle devraient procéder à un examen systématique lorsque les résultats en matière de périnatalité d'un établissement se dégradent ;
- les risques spécifiquement attachés à certaines populations précaires doivent faire l'objet d'une prise en charge adaptée ;
- les résultats de périnatalité de certains départements d'outre-mer (Guyane, Mayotte) exigent une vigilance toute particulière au regard de l'ampleur des difficultés auxquels ils sont confrontés.

III - Une nouvelle recomposition de l'offre de soins est à la fois inévitable et nécessaire, pour des raisons de sécurité et d'efficience de l'offre de soins, qui doit être pilotée de façon maîtrisée, avec rigueur et transparence

Des maternités en situation financière précaire

Malgré les grandes difficultés rencontrées pour collationner et analyser les données financières relatives aux maternités (insuffisances de la comptabilité analytique des établissements), il apparaît que les structures sont déficitaires de façon presque systématique, en particulier pour le petit nombre d'établissements dont l'activité est quasi-totalement tournée vers la naissance.

Une tarification fondée sur des bases historiques et des coûts en hausse

Le dispositif de tarification est fondé sur les enveloppes historiquement consacrées à la naissance et est resté largement inchangé depuis la mise en place de la tarification à l'activité, alors que les coûts ont connu une nette tendance à la hausse du fait notamment des nouvelles normes de sécurité (investissement, masse salariale), créant un effet de ciseaux entre les tarifs et les coûts. Mais la précarité financière des maternités résulte également de l'inachèvement de l'effort de restructuration, qui, du fait d'organisation et de prises en charges inadéquates, alourdissent leurs coûts. Certains indicateurs traduisent un manque persistant d'efficience : la durée moyenne de séjour ne baisse que lentement et reste significativement plus élevée que chez nos principaux voisins (4,2 jours en France pour un accouchement normal en 2011 contre 3 jours en moyenne dans l'OCDE, dont trois pays seulement connaissent une durée moyenne de séjour plus longue) ; les taux d'occupation sont médiocres, en particulier au sein des plus petits établissements puisqu'il n'atteint pas 60 % dans le tiers d'entre eux.

La nécessité d'une politique active des pouvoirs publics

La situation de grandes fragilités de nombreuses maternités, tant au regard de leur incapacité récurrente à appliquer pleinement les normes de fonctionnement fixées il y a 16 ans, notamment dans un contexte démographique des professions de la naissance qui va se dégrader encore davantage dans les années qui viennent, que du point de vue de leur équilibre financier alors même que leur efficacité est insuffisante, appelle de la part des pouvoirs publics la nécessité d'une politique active. Une nouvelle étape de recomposition du réseau des maternités est inévitable et nécessaire, mais la faiblesse de leur intervention confine à la passivité et revient à attendre des accidents graves pour engager des restructurations ponctuelles. Outre ses conséquences en termes de sécurité et de responsabilité vis-à-vis des parturientes et des familles, une telle politique risque de conduire à des ajustements mal maîtrisés, au détriment notamment de certaines zones fragiles.

Définir un nouveau cadre pour assurer sécurité et équilibre financier

Pour assurer que la recomposition à venir de l'offre de soins se traduise par la mise en place d'un dispositif pérenne, cohérent et efficient, elle doit être l'objet d'un pilotage attentif selon une logique comparable à celle qui avait prévalu lors de la préparation des décrets du 9 octobre 1998. Une réflexion doit être menée dans la transparence, fondée principalement sur la problématique de sécurité et sur l'objectif de redresser les indicateurs de santé publique en matière de périnatalité, sans négliger pour autant l'enjeu d'équilibre financier. Elle doit permettre d'objectiver les différentes tailles et organisations des établissements au regard des objectifs de périnatalité et de revoir certaines des règles actuellement en vigueur, notamment en examinant le relèvement du seuil d'activité minimal de 300 accouchements par an. Il appartient aux pouvoirs publics de la conduire, avec fermeté et pédagogie, pour que les réorganisations à venir soient l'opportunité de progrès indispensables.

Liste des recommandations

1. réaliser une enquête épidémiologique pour préciser la relation entre l'éloignement des parturientes des maternités et les résultats de périnatalité ;
2. contrôler la sécurité du fonctionnement des maternités bénéficiant d'une autorisation d'ouverture par dérogation au seuil de 300 accouchements par an, et plus largement dans l'ensemble des petites maternités, et les fermer sans délai en cas d'absence de mise en conformité immédiate ;
3. mieux organiser la prise en charge des grossesses à risque, en renforçant l'efficacité des réseaux de périnatalité et en clarifiant le rôle des maternités de type III ;
4. examiner l'opportunité de formaliser des normes spécifiques pour les maternités réalisant plus de 4 000 accouchements par an et de rendre obligatoire la présence d'un service de réanimation adultes dans les maternités de type III ;
5. systématiser l'analyse des résultats de périnatalité des maternités et subordonner en cas de résultats dégradés la poursuite de l'activité à la mise en œuvre des mesures correctrices appropriées ;
6. renforcer le suivi des femmes enceintes, tout particulièrement en situation de précarité, par une meilleure articulation des acteurs de médecine de ville et hospitalière et par une répartition plus équilibrée du suivi anténatal et post-natal ;
7. définir un schéma cible d'organisation à moyen terme des maternités, notamment en réexaminant le niveau du seuil d'activité minimal et en redéfinissant de manière plus cohérente par rapport aux besoins et plus efficiente au regard des objectifs de périnatalité l'articulation des différents types de maternités ;
8. redéfinir le modèle économique des maternités, en en réduisant les coûts par la baisse de la durée moyenne de séjour, l'augmentation des taux d'occupation et la suppression des lits inutiles et des moyens qui y sont affectés ;
9. pour les maternités isolées dont le maintien serait jugé nécessaire, établir un cadre de financement et des dispositifs de mutualisation d'équipes appropriés.

Introduction

Avec 811 000 naissances vivantes enregistrées en 2013 par l'INSEE et un taux de fécondité de 2 enfants par femme en âge de procréer, la France reste³ aux tous premiers rangs parmi les pays européens en termes de natalité, derrière l'Irlande et juste devant le Royaume-Uni.

Ces naissances ont lieu dans leur quasi-totalité dans des maternités relevant d'établissements de soins, l'accouchement à domicile n'occupant plus dans notre pays qu'une place marginale depuis les années 1960⁴.

La stabilité globale à un niveau élevé du nombre des naissances sur les décennies récentes, au-delà de légères oscillations, n'a pas empêché une réorganisation sans précédent du réseau des maternités, en plusieurs étapes.

À partir de 1972, la mise en œuvre d'une réglementation guidée par un impératif de santé publique de manière à assurer une sécurité renforcée de la naissance a entraîné un mouvement rapide de réduction du nombre de maternités. Au nombre de 1 747 en 1972, celles-ci n'étaient déjà plus que 1 128 en 1981, soit une baisse de 35,5 % de leur nombre en moins de dix ans.

Ce mouvement s'est poursuivi ensuite à un rythme plus lent. Il n'existait plus en 1996 que 815 maternités, soit une nouvelle contraction de 28 % en 15 ans.

La publication des décrets du 9 octobre 1998 qui ont établi de nouvelles normes de sécurité et d'organisation de l'offre de soins a accéléré par la suite une recomposition profonde de la structure de l'offre de maternités. Celles-ci étaient au nombre de 544 en 2012, un tiers des maternités ayant donc à nouveau fermé en 16 ans. Sur la même période, le nombre de lits d'obstétrique a également diminué d'un tiers, passant de 26 159 à 17 733.

Au total, en 40 ans, plus des deux tiers des maternités ont ainsi fermé.

Sur les 544 maternités en activité en 2012, 358 se trouvaient dans des hôpitaux publics, 147 appartenaient à des établissements privés à but lucratif et 40 étaient situées au sein d'établissements privés à but non lucratif. Elles employaient ensemble en 2012 près de 18 000 professionnels médicaux et soignants en équivalents temps plein, affectés en secteur de naissance⁵.

³ Malgré un léger repli constaté depuis le plus haut niveau constaté en 2010 avec près de 833 000 naissances et un taux de fécondité de 2,03 enfants par femme.

⁴ Selon une étude de l'INSERM (*Naissances hors hôpital : un risque très faible mais réel*, Blondel et al., Health & Place, 2011), en 2005-2006, 4,3 naissances sur 1 000 ont eu lieu en dehors d'une maternité.

⁵ Un total de 17 958 personnels (en équivalent temps plein) étaient alors affectés dans les services de naissance des établissements de santé publics et privés, dont 2 816 gynécologues-obstétriciens, 1 496 pédiatres, 1 440 anesthésistes réanimateurs, 8 725 sages-femmes et 3 481 infirmiers(es) spécialisés en puériculture (données SAE Q16).

Les dépenses réalisées au sein des établissements de santé au titre de la maternité et de la néo-natalité⁶ pouvaient être estimées à un total d'environ 4,5 Md€⁷ en 2012.

Ce contexte d'une restructuration de très grande ampleur, la plus considérable qu'ait connue le secteur hospitalier pour ses activités de court séjour, éclaire le périmètre de l'enquête demandée à la Cour par la commission des affaires sociales du Sénat. Elle a eu pour objet d'établir un bilan, à la fois global et chaque fois que possible éclairé par des analyses territoriales, de cette réorganisation telle qu'elle s'est opérée dans la période récente, selon une triple approche :

- une analyse des grandes tendances de l'évolution de l'offre de prise en charge en ce domaine, avec un examen spécifique des problématiques de maillage territorial et un éclairage sur la création de « maisons de naissance » ;
- l'étude de l'efficience et du coût du dispositif actuel à partir d'une analyse du fonctionnement de quelques maternités, avec une attention particulière sur la question des moyens humains, sous les angles de la démographie des professions concernées et de l'organisation du travail (notamment l'articulation des compétences entre sages-femmes et gynécologues-obstétriciens) ;
- l'examen de la conduite des politiques de réorganisation de l'offre obstétricale, fondées sur l'existence d'un seuil minimal d'activité, la distinction de trois grands niveaux de spécialisation dans la prise en charge et une approche en termes de temps d'accès.

L'enquête a été ainsi centrée sur les maternités sans s'étendre à l'ensemble de la politique de la naissance dont le champ est significativement plus large. L'analyse a porté sur l'évolution de la situation des maternités depuis 2002, de manière à mesurer comme demandé l'impact des réorganisations liées à la nouvelle structuration de l'offre obstétricale à compter de 1998.

**

La présente communication est organisée en deux volets, qui font l'objet de cahiers distincts.

Le premier cahier de la communication présente une analyse globale de la situation et de l'évolution des maternités, en examinant d'abord les grandes caractéristiques de l'offre de soins obstétricaux telle qu'elle se présente actuellement, puis en cherchant à apprécier la mise en œuvre des décrets de 1988 au regard des enjeux de sécurité de la naissance, et enfin en abordant, eu égard à la gravité des difficultés auxquelles sont aujourd'hui confrontées nombre de maternités, les questions que pose la nouvelle et inévitable recomposition des maternités à anticiper dans les années qui viennent.

⁶ Au demeurant mal évaluées dans les comptes de l'assurance maternité car établies, jusqu'en 2013 inclus, de façon forfaitaire et surévaluée : Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2014*, chapitre XIII : L'assurance maternité, une place à clarifier, La Documentation française, septembre 2014, p. 387 à 389, disponible sur www.ccomptes.fr.

⁷ En tenant compte, pour les établissements publics, des données de facturation réelle issues du PMSI, on peut évaluer la dépense totale en établissements publics et privés engagée au titre de l'accouchement (catégorie majeure de diagnostic ou « CMD » 14) à un peu plus de 3 Md€ en 2012. Il convient d'y ajouter la part correspondant à la prise en charge des nouveau-nés (catégorie majeure de diagnostic ou « CMD » 15), qui était de 1,4 Md€ en 2012. En effet, en termes tarifaires, une naissance « normale » associée à une durée de séjour moyenne se compose d'un élément relatif à l'accouchement *stricto-sensu* (facturé dans un établissement public 2 435 €) et d'un élément relatif aux soins donnés au nouveau-né (921 €).

À la suite de la mise en place du nouveau cadre réglementaire issu des décrets du 9 octobre 1998, l'offre de soins en maternité a été profondément restructurée, avec une réduction importante du nombre d'établissements, une croissance de leur taille, une modification de la structure de l'offre entre types d'établissements et entre catégories juridiques. Les difficultés d'accès aux soins sont toutefois aujourd'hui limitées, la recomposition ayant maintenu une offre de soins suffisamment large dans la plupart des régions, compte-tenu notamment de la mise en place d'organisations spécifiques pour assurer un suivi adapté des grossesses (chapitre I).

La sécurité des parturientes et des enfants à naître doit être assurée avec davantage de rigueur. Les normes d'effectif sont en effet aujourd'hui imparfaitement respectées en raison notamment d'une démographie médicale marquée par une grande fragilité et de fortes disparités géographiques. Des difficultés préoccupantes apparaissent en matière de mise en conformité des locaux, qui reste inachevée, de respect des normes de sécurité dans les plus petits établissements et de structuration de l'offre de soins, encore imparfaite. Des situations particulières exigent de donner une priorité d'action en direction de certains établissements de métropole, ainsi qu'en faveur des populations précaires et des départements d'outre-mer (chapitre II).

L'offre de soins de maternités va connaître de façon aussi nécessaire qu'inéluctable de nouvelles réorganisations que les pouvoirs publics doivent piloter activement. En effet, outre les difficultés de recrutement que beaucoup rencontrent, la situation financière des maternités est précaire, du fait de coûts en hausse alors que les tarifs, fondés sur une base largement historique, sont pour partie déconnectés de ces derniers. Il en résulte un effet de ciseau d'autant plus marqué que l'efficacité des établissements est limitée : la durée de séjour ne baisse que lentement et demeure plus élevée que chez nos voisins, et les taux d'occupation sont insuffisants. Pour piloter les nouvelles réorganisations, au lieu de devoir réagir au coup par coup, les pouvoirs publics doivent à la fois préciser le dimensionnement et le positionnement du réseau des maternités sur le territoire et définir un modèle économique garantissant équilibre financier et efficacité (chapitre III).

Le deuxième cahier présente pour sa part sept monographies consacrées à la situation des maternités respectivement en Auvergne, Bourgogne, Île-de-France, Nord-Pas-de-Calais, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Poitou-Charentes et Guyane, analysant l'offre de prise en charge dans ces territoires telle qu'elle résulte des restructurations passées ainsi que les principales problématiques actuelles.

Chapitre I

Une offre profondément restructurée, une couverture toujours large du territoire

La perception de l'accouchement comme un acte risqué⁸ a entraîné la mise en place d'un dispositif de sécurisation spécifique, à travers une série de réglementations successives engagée avec la publication du décret dit Dienesch en 1972⁹. Une seconde étape a été mise en œuvre à la suite du plan « périnatalité » de 1994, centré autour de l'hôpital et fortement axé sur la prévention du risque obstétrical. Pour répondre à l'objectif de diminuer la mortalité maternelle de 30 % et la mortalité périnatale de 20 %, des décrets du 9 octobre 1998¹⁰ ont institué un nouveau système de normes et de nouvelles règles d'organisation de soins.

Les décrets du 9 octobre 1998

Un premier texte a organisé la médecine obstétricale et périnatale en fonction des niveaux de soins à apporter aux nourrissons. Cette règle conduit à la définition de trois types de maternités selon leur environnement pédiatrique : les maternités de type I accueillent les grossesses sans problème identifié ; celles de type II disposent d'un service de néonatalogie (pour celles relevant de la catégorie II A, incluant en outre un service de soins intensifs pour celles relevant de la catégorie II B) sur le même site que le service d'obstétrique ; celles de type III, destinées à prendre en charge les grossesses « à risque », disposent d'un service de réanimation néonatale et un service de néonatalogie.

⁸ En 1972, le ministère de la santé avait publié une brochure de recommandations sur la périnatalité qui indiquait que « l'accouchement dit normal est une notion *a posteriori* ; jusqu'à l'événement, c'est une prévision. Tout accouchement comporte donc un risque et doit être surveillé ».

⁹ Le décret du 21 février 1972 relatif aux normes applicables aux établissements privés d'accouchement, dit « décret Dienesch », fixait des normes applicables aux locaux, aux personnels et à l'organisation des maternités privées. Des normes similaires ont été imposées par circulaire aux maternités publiques.

¹⁰ Décret du 9 octobre 1998 modifiant le titre I^{er} du livre VII du code de la santé publique et relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale, et décret du 9 octobre 1998 relatif 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 et modifiant le code de la santé publique.

Tableau n° 1 : typologie des maternités

Types de maternité	Moyens mis en œuvre	Types de grossesses	Types de nouveau-nés
I	Unité d'obstétrique sans unité de néonatalogie	Grossesses sans facteur de risque périnatal	Nouveau-nés bien portants ayant seulement besoin de soins de puériculture
II A	Unité d'obstétrique associée à une unité de néonatalogie	Grossesses susceptibles de donner naissance à des nouveau-nés nécessitant des soins de pédiatrie néonatale	Nouveau-nés nécessitant des soins de néonatalogie sans soins intensifs
II B	Unité d'obstétrique et unité de néonatalogie avec soins intensifs		Nouveau-nés nécessitant des soins de néonatalogie avec soins intensifs
III	Unité d'obstétrique, unité de néonatalogie et unité de réanimation néonatale.	Grossesses susceptibles de donner naissance à des nouveau-nés nécessitant des soins dispensés en services de soins intensifs et de réanimation néonatale	Nouveau-nés présentant une ou plusieurs pathologies aiguës ou sortant de l'unité de réanimation néonatale

Source : Cour des comptes

Un seuil minimal d'activité est défini : les petites maternités réalisant moins de 300 accouchements par an ne peuvent se voir accorder l'autorisation de pratiquer l'obstétrique qu'« à titre dérogatoire lorsque l'éloignement des établissements pratiquant l'obstétrique impose des temps de trajet excessifs à une partie significative de la population ».

Une organisation en réseau des établissements est préconisée dans le but de permettre aux parturientes d'accoucher dans la maternité la plus adaptée au niveau de risque associé à leur grossesse, les établissements étant liés entre eux par des conventions. Ces réseaux de santé en périnatalité permettent l'identification des facteurs de risque pour la mère et pour l'enfant en cours de grossesse, et leur orientation (autant que possible *in utero* pour l'enfant) vers une structure adaptée aux besoins estimés de l'enfant.

Un second décret définit les normes minimales de sécurité (s'appliquant à l'ensemble des maternités quel que soit leur statut juridique) concernant le personnel médical (médecins et sages-femmes) et les locaux des sites d'obstétrique. Pour les médecins, elles portent sur les conditions de fonctionnement de la permanence des soins qui exigent la présence de médecins ou leur disponibilité sous astreinte selon des règles variant avec le niveau d'activité de l'établissement. Pour les sages-femmes et le personnel paramédical, les effectifs requis sont fixés également en fonction du nombre de naissances annuel de la structure de soins. Enfin, des règles sont établies en matière d'organisation des locaux, précisant le nombre de lits et les conditions de fonctionnement du secteur d'accueil et du secteur de naissance.

La plupart des pays européens ont mis en place comme en France une classification en trois niveaux de soins. Il existe toutefois des différences significatives dans la classification, celle-ci pouvant être officielle (Pays-Bas, France, Danemark), ou être le fruit d'un consensus entre professionnels (Suisse, Finlande). Dans certains pays (Portugal, Finlande), quasiment toutes les maternités disposent d'un service de néonatalogie.

La mise en œuvre de ces textes a accéléré un mouvement de recomposition de l'offre continu depuis 1972.

I - Un mouvement lourd de restructuration des établissements

A - De très nombreuses fermetures d'établissements et de lits

La mise en place de nouvelles normes, beaucoup plus contraignantes, a conduit de nombreux établissements à fermer leurs maternités, faute de pouvoir se mettre en conformité. En 2012, 544 maternités assuraient l'activité d'accouchements dans l'ensemble de la France, contre 681 en 2002 et 815 en 1996. Un tiers des établissements ont ainsi disparu en 16 ans, dont 16,4 % entre 1996 et 2002, et 20,3 % entre 2002 et 2012, selon un rythme annuel variant selon les années entre - 0,2 % et - 3,7 % par an (en moyenne - 2,2 % par an).

Sur la même période, le nombre de lits d'obstétrique a diminué dans des proportions identiques (- 32,2 %), mais cette baisse est significativement plus marquée en début de période, (- 27,3 % entre 1996 et 2002), atteignant seulement - 6,8 % entre 2002 et 2012. L'évolution de la structure de l'offre de soins est donc passée d'abord par la baisse du nombre de lits, puis par la diminution du nombre de maternités.

Tableau n° 2 : évolution du nombre d'établissements et de lits

	1996	2002	Évolution 1996-2002	2012	Évolution 2002-2012	Évolution 1996-2012
Nombre de maternités	815	681	-16,4 %	544	-20,1 %	-33,3 %
Nombre de lits d'obstétrique	26 159	19 027	-27,3 %	17 733	-6,8 %	-32,2 %

Source : Cour des comptes d'après Panorama des établissements de santé (1996), données DREES (SAE 2002 et 2012)¹¹.

La réduction du nombre de maternités est intervenue dans un contexte de stabilité globale, malgré certaines oscillations, du nombre de naissances sur la dernière décennie (813 600 naissances vivantes enregistrées en moyenne par an), le nombre des naissances se situant en 2013 à un niveau proche de celui de 2000 (811 000 naissances vivantes contre 807 000 en 2000). Cette moyenne est toutefois en hausse de 6 % par rapport à celle de la décennie précédente (766 400 naissances par an en moyenne entre 1990 et 1999). Dans ces conditions, les naissances se sont réparties sur un nombre plus limité d'établissements, mais dont la dimension a eu tendance à augmenter¹².

B - Une croissance marquée de la taille des établissements

1 - Des fermetures concentrées sur les petites structures

La réduction de l'offre constatée depuis 2002 s'est concentrée sur les maternités effectuant moins de 1 000 accouchements et surtout sur celles de moins de 500 accouchements.

¹¹ DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ; SAE : statistique annuelle des établissements.

¹² Pour une analyse des taux d'occupation cf. tableaux 15 et 16 en page 89.

Tableau n° 3 : nombre d'établissements par tranche d'activité, 2002-2012

Nb accouchements	2002	%	2012	%	Évolution 2002-2012	%
>= 4 000	5	0,7 %	16	2,9 %	11	220,0 %
3 000-3 999	11	1,6 %	33	6,1 %	22	200,0 %
2 000-2 999	87	12,5 %	96	17,6 %	9	10,3 %
1 000-1 999	220	31,6 %	183	33,6 %	-37	-16,8 %
500-999	234	33,7 %	162	29,8 %	-72	-30,8 %
300-499	82	11,8 %	35	6,4 %	-47	-57,3 %
<300	42	6,1 %	19	3,5 %	-23	-54,8 %
Total	681	100,0 %	544	100,0 %	-137	-20,1 %

Source : Cour des comptes d'après données DREES (SAE), France entière

Comme le montre le tableau ci-dessus, 142 structures effectuant moins de 1 000 accouchements ont ainsi disparu entre 2002 et 2012 dont 70 réalisant moins de 500 accouchements.

En revanche, le nombre des maternités dont l'activité est supérieure à 2 000 accouchements est passé de 103 en 2002 à 145 en 2012, soit + 40,7 %. Les établissements dépassant 3 000 accouchements par an ont vu pour leur part leur nombre tripler, passant de 16 en 2002 à 49 en 2012. Celui des maternités réalisant plus de 4 000 accouchements par an a connu la même dynamique et est passé de 5 à 16 sur la même période¹³.

2 - Une forte augmentation d'activité des maternités de grande taille

Le regroupement de l'offre de soins consécutive à la fermeture de nombreux établissements a conduit à une concentration des naissances, qui a bénéficié plus que proportionnellement aux établissements de plus grande taille dont l'activité a très sensiblement augmenté.

¹³ Il s'agit essentiellement d'établissements de type III à l'exception du centre hospitalier de Mayotte, de l'hôpital Saint Joseph de Marseille (privé non lucratif) et de la polyclinique de l'Atlantique (privé lucratif). Les autres sont des maternités rattachées à des CHU (Bordeaux, Toulouse, Angers, Rennes, Lille, St-Pierre de la Réunion, Lyon et Cochin St-Vincent-de-Paul à Paris) mais figurent également dans cette catégorie de grands CH et CHR (Orléans, Poissy-St-Germain, Sud Francilien, Pontoise).

Tableau n° 4 : répartition des accouchements par tranche d'activité des établissements

Nb accouchements	2002		2012		Évolution nombre d'accouchements
	accouchements	%	accouchements	%	
>= 4 000	24 965	3 %	73 944	9 %	196 %
3 000-3 999	36 640	5 %	110 713	14 %	202 %
2 000-2 999	204 136	26 %	232 035	28 %	14 %
1 000-1 999	306 746	39 %	257 990	32 %	-16 %
500-999	172 377	22 %	123 019	15 %	-29 %
300-499	32 817	4 %	14 148	2 %	-57 %
<300	9 324	1,1 %	4 362	0,5 %	-53 %
Total	787 005	100 %	816 211	100 %	4 %

Source : Cour des comptes d'après données DREES (SAE), France entière

Le nombre d'accouchements ayant eu lieu dans les maternités réalisant plus de 3 000 accouchements par an a doublé en dix ans.

L'absence de normes spécifiques de fonctionnement pour les très gros établissements

Aucune norme spécifique de fonctionnement n'a été mise en place pour les très gros établissements dont la place s'est considérablement développée depuis 1998. En pratique, leurs modalités d'organisation sont variables.

Certains établissements d'Île-de-France (Sud Francilien, Cochin, Pontoise, Poissy et Saint-Denis) se sont organisés pour dialoguer sur les spécificités de leur activité dans un cadre dénommé « club des 4 000 ». Ils estiment que les maternités dont l'activité est très élevée ne peuvent être organisées comme les autres, avec un simple ajustement homothétique des moyens matériels et humains. La très grande taille exige selon eux une organisation spécifique qu'il serait utile de formaliser, d'autant plus qu'elle peut être accompagnée d'une activité très spécialisée qui justifierait la mise en place d'une organisation spécifique (cas de l'hôpital Antoine Béchère de Clamart).

Cette initiative traduit la nécessité d'une réflexion plus approfondie par l'administration centrale pour préciser les conditions de fonctionnement de ces établissements de grande taille.

Les accouchements dans les maternités réalisant entre 2 000 et 2 999 accouchements n'ont augmenté pour leur part que de 14 %.

Le doublement de taille de la maternité du centre hospitalier d'Auxerre

La maternité du centre hospitalier d'Auxerre en Bourgogne est passée de 1 100 naissances en 1995 à quasiment le double en 2013 à la suite de la fermeture de six établissements voisins. Les fermetures entre 1995 et 1999 des maternités de Tonnerre, de la Croix Rouge de Migennes puis de la maternité de Joigny ont d'abord porté son activité à 1 350 naissances par an. La fermeture de la maternité d'Avallon en 2003 porte les naissances à environ 1 500. Du fait de la fermeture en 2004 de la maternité de la polyclinique Sainte-Marguerite à Auxerre, la maternité du centre hospitalier atteint alors 2 000 naissances. Enfin, depuis la fermeture de la maternité de Clamecy le 31 mars 2008, les naissances se stabilisent entre 2 100 et 2 200 par an.

Les accouchements dans les maternités réalisant entre 500 et 999 accouchements ont diminué en revanche de 29 % et ceux effectués dans les maternités de moins de 500 accouchements de plus de moitié.

3 - Une évolution moins accentuée que dans d'autres pays européens

Selon l'enquête Euro-Peristat coordonnée par l'INSERM¹⁴, cette augmentation de la taille des maternités ne constitue pas une spécificité française. De manière générale, en Europe, peu de naissances ont lieu dans des maternités de moins de 500 accouchements, mais la situation varie considérablement selon les pays.

Dans une dizaine de pays, et comme en France, où ce taux atteint 18 %, entre 10 et 20 % des naissances ont lieu dans des maternités de moins de 500 accouchements. C'est notamment le cas en Allemagne, où plus de la moitié (59 %) des établissements se situent dans la tranche allant de 500 à 1 500 accouchements par an, et seulement 2 % dans celles de plus de 3 000. Aux Pays-Bas, en dehors des 27 % de naissances qui n'ont pas lieu à l'hôpital (cf. page 30), les accouchements se répartissent à 41 % dans des maternités accueillant entre 1 500 et 3 000 naissances, et 29 % dans les établissements dont l'activité est comprise entre 1 500 et 3 000 accouchements par an. Mais chez nombre de nos voisins, la concentration des naissances est significativement supérieure à celle constatée en France. Ainsi, la part des naissances ayant lieu dans des structures réalisant plus de 3 000 accouchements par an était en 2010 de 51 % en Suède, de 69 % au Royaume-Uni et en Irlande et de 71 % en Islande contre 23 % en France. Le Royaume-Uni, dont la population et le nombre de naissances sont proches de ceux de la France, ne compte que 316 maternités qui réalisent en moyenne 2 500 accouchements par an. La réorganisation des maternités mise en place en Suède en 1967 a conduit à ne conserver que 18 maternités pour 160 000 naissances par an, qui effectuent en moyenne 6 500 accouchements, l'activité de certains établissements atteignant 10 000 accouchements par an. À titre de comparaison, l'Île-de-France, beaucoup plus dense que la Suède, voit naître un nombre d'enfants supérieur de 12,5 % (180 000) à celui de ce pays dans 5 fois plus de maternités, soit 92.

C - Une modification importante de la structure de l'offre

1 - Une baisse très importante du nombre d'établissements de type I

La fermeture de nombreux établissements de petite taille a eu pour corollaire une modification très sensible de la structure des prises en charge, car elle a concerné tout particulièrement des maternités de type I.

La disparition de près de 37 % des maternités de ce type s'est ainsi accompagnée d'une augmentation de la part de celles de type II et de type III, qui représentaient 53 % des établissements en 2012 contre 40,4 % en 2002.

¹⁴ Euro-Peristat Project with SCPE and Eurocat. European Perinatal Health Report, *The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010*, mai 2013.

Tableau n° 5 : évolution du nombre d'établissements par type d'autorisation

	2002	%	2012	%	Évolution 2002-2012	%
Maternité de type III	64	9,4 %	66	12,0 %	2	3,1 %
Maternité de type II	211	31,0 %	223	41,1 %	12	5,7 %
Maternité de type I	406	59,6 %	255	47,0 %	-151	-37,2 %
Total	681	100,0 %	544	100,0 %	-137	-20,1 %

Source : Cour des comptes d'après données DREES (SAE), France entière

La montée en puissance des maternités de type II et III est plus encore marquée en termes de nombre d'accouchements qu'en termes de nombre de structures, puisque celles-ci représentaient ensemble 73 % des accouchements en 2012 contre 58,6 % en 2002. Près d'un quart des accouchements sont réalisés dans un établissement de type III contre moins de 20 % il y a 10 ans. Concomitamment, les établissements de type I ont perdu près d'un tiers de leur activité.

Tableau n° 6 : évolution du nombre d'accouchements selon le type d'autorisation

Nombre d'accouchements	2002	%	2012	%	Écart	Évolution 2012/2002
Maternité de type III	151 810	19,3 %	200 659	24,6 %	48 849	32,2 %
Maternité de type II	308 536	39,2 %	395 562	48,5 %	87 026	28,2 %
Maternité de type I	326 659	41,5 %	219 990	27,0 %	-106 669	-32,7 %
Total	787 005	100,0 %	816 211	100,0 %	29 206	3,7 %

Source : Cour des comptes d'après données DREES (SAE), France entière

Les maternités de type I ont certes vu augmenter le nombre moyen d'accouchements qu'elles réalisent (863 accouchements en moyenne en maternité de type I en 2012 contre 794 en 2002, soit + 9 % en 10 ans¹⁵). Sur les 255 maternités de type I existantes en 2012, 74 réalisaient plus de 1 000 accouchements, 23 plus de 1 500 et 7 plus de 2 000. La plus importante, la maternité des Bluets à Paris (établissement privé à but non lucratif), réalisait 2 919 accouchements en 2012.

Mais une part importante des accouchements qui avaient précédemment lieu dans des établissements de type I s'est reportée vers des établissements de type II et III. Ces derniers ne sont pas en effet spécialisés exclusivement dans les grossesses pathologiques. Ils ont vocation à assurer également un rôle de maternité de proximité, si bien qu'une maternité de type III reçoit en réalité des grossesses relevant des types I, II et III, et qu'une maternité de type II prend en charge des grossesses relevant des types I et II.

Le nombre d'accouchements assurés par les maternités de type III est ainsi passé de 19,3 % en 2002 à 24,6 % en 2012, soit une hausse de 32 % en 10 ans. Cette augmentation de l'activité des maternités de type III est notamment due à la demande d'une plus grande sécurité dans un contexte où les accidents, pourtant rares, sont fortement médiatisés, à l'amélioration des conditions d'accueil des parturientes compte tenu des investissements

¹⁵ La moyenne 2002 est calculée en excluant la Polyclinique de l'Atlantique à Nantes qui réalisait 5 235 accouchements en 2002, avant de passer en type II.

réalisés¹⁶, mais également à la politique des établissements qui dans le contexte de la mise en œuvre de la tarification à l'activité ont pu chercher à améliorer leur rentabilité par un accroissement du nombre des accouchements pratiqués. Une augmentation de même ordre se constate pour les maternités de type II (+ 28 %).

Cette évolution contribue à la fragilisation des plus petites maternités de type I dont un grand nombre sont confrontées à une désaffection d'une partie parfois importante des parturientes domiciliées dans leur ressort. Par exemple, la maternité de type I du centre hospitalier d'Altkirch en Alsace (414 accouchements en 2012) est confrontée à un taux de fuite¹⁷ de 41,9 % des patientes, principalement vers Mulhouse. Une telle situation ne peut toutefois se produire que dès lors qu'existe une véritable alternative pour les parturientes, ce qui n'est pas le cas de maternités isolées comme Saint-Flour ou Autun où les taux de fuite sont les plus bas de l'échantillon examiné dans l'enquête (8¹⁸ et 18 %). *A contrario*, la proximité d'Issoire de Clermont-Ferrand contribue à un taux de fuite élevé (29 %).

Tableau n° 7 : taux de fuite en obstétrique

Établissement	Type	Type	Nombre d'accouchements	Taux de fuite obstétrique 2012
CH Thiers	EPS	I	480	25 %
CH Issoire	EPS	I	791	29 %
CH Saint Flour	EPS	I	349	8 %
CH Autun	EPS	I	325	18 %
CHI de Cognac	EPS	I	633	21 %

Source : données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)

2 - Un désengagement du secteur privé à but lucratif

La place du secteur privé lucratif dans l'offre obstétricale a reculé de façon très nette, le secteur privé représentant 58 % des fermetures sur la période 2002-2012. Les cliniques privées représentaient en 2012 27 % du total des maternités, contre 33,6 % en 2002, les établissements publics de santé voyant corrélativement augmenter leur part pour représenter près des deux tiers des maternités, et la part des établissements de santé d'intérêt collectif (privés sans but lucratif) restant stable.

¹⁶ C'est le cas par exemple à la maternité du CHU de Clermont-Ferrand. La reconstruction récente du CHU a permis d'améliorer fortement les conditions d'accueil et lui a conféré une attractivité très forte, qui a contribué à la fermeture du centre périnatal de proximité de Riom et à une baisse importante d'activité de la maternité privée voisine (clinique de Beaumont).

¹⁷ Part des séjours des habitants de la zone de proximité réalisés hors de la zone de proximité.

¹⁸ L'attractivité de Saint-Flour sur sa zone de proximité est également le fruit de la stabilisation des équipes de gynécologues-obstétriciens et de la qualité de l'offre hôtelière, la maternité ayant bénéficié d'une reconstruction complète.

Tableau n° 8 : évolution des maternités entre 2002 et 2012 selon leur statut

	2002	%	2012	%	Évolution 2002-2012	Évolution 2012/2002
Maternité publique	401	58,9 %	357	65,6 %	- 44	- 11,0 %
Maternité privée à but non lucratif	47	6,9 %	40	7,4 %	- 7	- 14,9 %
Maternité privée à but lucratif	233	34,2 %	147	27,0 %	- 86	- 36,9 %
Total	681	100,0 %	544	100,0 %	- 137	- 20,1 %

Source : Cour des comptes d'après données DREES (SAE), France entière

Entre 2002 et 2012, 86 maternités à but lucratif ont disparu. Les évolutions se sont concentrées sur les établissements de type I (95 établissements ayant fermé ou étant passés en type II entre 2002 et 2012). Le nombre des cliniques réalisant moins de 1 000 accouchements est passé de 117 en 2002 à 59 en 2012, et les maternités privées à but lucratif réalisant moins de 500 accouchements sont passées de 36 à 8.

L'essentiel de l'offre de ce secteur continue à reposer sur des établissements de type I. Le nombre de maternités privées de type II est cependant passé de 35 à 45 dont 9 réalisant plus de 3 000 accouchements par an, les plus importantes étant la polyclinique de l'Atlantique à Nantes (4 692 accouchements en 2012) et l'hôpital privé mère-enfant Natécia à Lyon (3 862 accouchements). Il n'existe en revanche aucune maternité de type III dans ce secteur.

En termes de part de marché, l'activité du secteur privé à but lucratif a au total sensiblement diminué. Un quart des accouchements seulement était réalisé dans des cliniques en 2012 contre près d'un tiers en 2002.

Tableau n° 9 : évolution des parts de marché selon les secteurs entre 2002 et 2012 (nombre d'accouchements)

	2002	%	2012	%
Secteur privé lucratif	256 869	32,6 %	203 860	25,0 %
Secteur privé non lucratif	54 304	6,9 %	67 284	8,2 %
Secteur public	475 832	60,5 %	545 067	66,8 %
Total	787 005	100,0 %	816 211	100,0 %

Source : Cour des comptes d'après données DREES (SAE), France entière

Certaines régions se distinguent cependant par le maintien d'une offre privée lucrative importante. Ainsi, en 2012, 48,8 % des naissances ont été prises en charge dans le secteur privé en Languedoc-Roussillon, 41,1 % en Midi-Pyrénées, 36,1 % en Martinique, 35,7 % en Guadeloupe. *A contrario*, la part de ce secteur est particulièrement faible en Guyane (8,5 % des naissances en 2012), en Alsace (9,8 %), en Bourgogne (13,7 %). 30 départements ne disposent pas ou plus de maternité privée à but lucratif. Dans 16 autres, une seule structure de ce type demeure, réalisant moins de 1 000 accouchements par an.

Le désengagement du secteur privé à but lucratif résulte pour une part de sa structuration même telle qu'elle prévalait avant la parution des décrets de 1998. Il était surreprésenté parmi les petits établissements qui pour beaucoup n'ont pas été en capacité de réaliser les mises aux normes indispensables pour voir renouvelée leur autorisation. Par ailleurs, la question de l'assurance des actes d'obstétrique au regard des risques pesant individuellement sur les médecins pratiquant l'accouchement dans un cadre libéral a longtemps pesé sur les professionnels libéraux exerçant en cliniques privées.

L'assurance en responsabilité civile des médecins libéraux intervenant en cliniques

La prime moyenne de responsabilité civile professionnelle des gynécologues obstétriciens ayant une activité d'accouchements atteignait 20 614 euros par an en 2012¹⁹ (soit l'équivalent de 70 accouchements). Depuis 2006 cependant, l'État a mis en place un dispositif permettant à certains spécialistes, s'ils sont particulièrement exposés aux risques professionnels et s'ils s'engagent volontairement dans une démarche d'accréditation encadrée par la Haute Autorité de santé²⁰ de bénéficier d'une aide annuelle, versée par l'assurance maladie, à la souscription d'une assurance en responsabilité civile professionnelle. Pour les gynécologues-obstétriciens ayant réalisé au moins un accouchement, l'aide moyenne versée (858 bénéficiaires en 2012) était de 11 308 euros soit un taux de prise en charge de 55 %. Pour les anesthésistes (670 bénéficiaires), la prime moyenne était de 7 694 euros et l'aide de 1 165 euros soit un taux de prise en charge beaucoup plus faible (15 %).

C'est cependant plus fondamentalement la rentabilité jugée insuffisante de l'activité qui a conduit les cliniques à s'orienter vers d'autres types de prises en charge (cf. *infra*).

Le désengagement du secteur privé lucratif contraste avec la stabilité de la place du secteur privé non lucratif en dépit de ses fragilités.

Une stabilité de la place du secteur privé non lucratif

Le nombre de maternités privées non lucratives est en baisse (7 fermetures entre 2002 et 2012), mais cette baisse est conforme à la moyenne générale, toutes catégories d'établissements confondues, si bien que la part du secteur non lucratif dans le total est stable à 7,4 % (voir *supra* tableau n° 8).

Le secteur compte des maternités emblématiques d'une philosophie de la naissance plus « naturelle » qui attire parfois les mères au-delà de la seule proximité géographique (exemples de la maternité des Bluets et de la maternité des Lilas en région parisienne, de la maternité Jules Verne à Nantes, de l'hôpital Saint Joseph de Marseille). Leur présence est plus importante en milieu urbain qu'en zone rurale.

Bien que les maternités privées non lucratives présentent de nombreuses similitudes avec les établissements publics²¹, parmi lesquelles l'absence de recherche du profit, le salariat du corps médical, la rémunération des médecins sur la base d'honoraires conventionnels sans dépassements²² et la grille de tarifs, elles sont soumises à une contrainte financière d'équilibre qui s'apparente à celle du privé lucratif.

Le secteur a été marqué par la disparition d'établissements emblématiques comme l'Institut de puériculture de Paris, fermé en 2012²³ après avoir préalablement cessé son activité d'accouchements en 2006, qui intégrait de façon originale les dimensions sanitaire et sociale de la naissance, associant en son sein la protection maternelle et infantile et un centre d'action médico-sociale précoce.

D'autres sont très fragilisés, en raison de leur caractère mono-activité, et se trouvent dans une situation financière critique. C'est le cas de la maternité des Bluets, reconstruite et adossée à la maternité de l'hôpital Trousseau en 2007 pour mieux garantir la sécurité et la qualité des soins et qui a connu une croissance très importante du nombre d'accouchements (+ 50 % entre 2006 et 2012). C'est le cas également de la maternité des Lilas, dont le projet de reconstruction est contesté (cf. deuxième cahier, monographie relative à l'Île-de-France).

¹⁹ CNAMTS, *La participation de l'assurance maladie à l'assurance en responsabilité civile professionnelle des médecins libéraux, Résultats du financement en 2013 des aides au titre de l'année 2012*, juillet 2014.

²⁰ Art. D.185-1 du code de la sécurité sociale.

²¹ Cf. *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2013*, chapitre X : La place de l'hospitalisation privée à but non lucratif, p. 279-305, disponible sur www.ccomptes.fr

²² Un certain nombre d'entorses à ce principe et leur caractère non conforme à la réglementation ont été relevés par la Cour en 2013.

²³ Après sa liquidation judiciaire, les activités ont été réparties entre plusieurs établissements dont l'hôpital Necker (néonatalogie) et le centre hospitalier sud francilien.

3 - Des soins de plus en plus techniques

Les évolutions de la structure de l'offre au bénéfice en particulier des maternités de type II et de type III ont accompagné un mouvement plus général vers des soins de plus en plus techniques.

Selon les résultats de l'enquête périnatale 2010, le nombre d'interventions médicales pendant la grossesse et l'accouchement a progressé depuis la précédente enquête conduite en 2003 : le pourcentage de femmes dont le travail est déclenché artificiellement est passé de 19,7 à 22,7 %. La prise en charge de la douleur pendant le travail s'est accrue puisque en sept ans, les accouchements avec péridurale ou rachianesthésie²⁴ sont passés de 74,9 % à 81,4 %. Les accouchements par voie basse spontanée ont tendance à légèrement diminuer, alors que les accouchements par voie basse instrumentale et les césariennes ont corrélativement augmenté.

Les difficultés de certains établissements à assurer une permanence des soins complète les conduisent parfois à mettre en place une programmation très avancée des accouchements sur des créneaux horaires compatibles avec l'activité des praticiens. Le taux plus élevé de césariennes résulterait ainsi de la nécessité de prévenir toute activité obstétricale tardive voire nocturne, son déclenchement intervenant dès lors que l'accouchement programmé risque de s'étendre au-delà de l'après-midi.

La Haute Autorité de santé a entrepris des actions pour maîtriser la technicité des soins. Elle a ainsi lancé une expérimentation pilote sur l'optimisation de la pertinence des césariennes programmées à terme, et publié à l'appui de cette démarche des recommandations de bonne pratique en janvier 2012. Certaines initiatives locales mises en œuvre dans les établissements ou dans le cadre des réseaux de périnatalité contribuent également à cet objectif. À Argenteuil, la pratique de la « chasse à l'indication »²⁵ a conduit à publier régulièrement et à comparer les taux individuels de césariennes des médecins pendant leurs gardes. En conséquence, le taux de césarienne a baissé de 22,21 % en 2010 à 20,61 % en 2011 et à 17 % en 2013. En Auvergne, l'action déterminée du réseau a contribué à une amélioration de la pratique médicale : les revues de césariennes organisées par le réseau a permis de voir leur taux de pertinence passer de 65,6 % à 80,6 % entre 2011 et 2013, et de 60 % à 86,7 % pour les maternités de type I. La part des césariennes de convenance parmi les césariennes non pertinentes est passée de 13 à 0 %.

En réaction à des prises en charges ressenties du fait de leur caractère technique comme ne permettant pas un accompagnement global et personnalisé, tend à se développer un mouvement de retour à des pratiques plus naturelles et plus proches du déroulement physiologique, à l'ampleur difficilement évaluable.

Un nombre croissant de services dénommés « espaces physiologiques » ou « salles nature » ont été créés ces dernières années dans des maternités, soit dans l'attente de la définition d'un cadre juridique aux maisons de naissance, soit plus simplement pour répondre

²⁴ L'anesthésie péridurale consiste à injecter un produit anesthésique dans l'espace péridural, sans franchir la barrière méningée (dure-mère). Elle est indiquée dans les accouchements normaux car elle permet des ré-injections autant que de besoin grâce à un cathéter laissé en place. Pour une rachianesthésie, l'injection du produit anesthésique se fait dans le liquide céphalorachidien après franchissement de la dure-mère. Elle est pratiquée surtout pour les césariennes, car elle est plus efficace et son action est plus rapide (mais temporaire car on ne laisse pas de cathéter en place).

²⁵ Pratique inspirée des États-Unis. Les césariennes, par exemple, ne sont plus systématiques en cas de présentation par le siège, d'antécédents de césarienne, de ralentissement du rythme cardiaque fœtal.

à la demande de certaines parturientes en faveur d'accouchements moins médicalisés. Ces espaces offrent aux femmes la possibilité d'accoucher au sein des maternités, avec les personnels des établissements, dans le cadre moins médicalisé de salles spécifiquement aménagées situées à proximité des salles d'accouchement « classiques » et du bloc obstétrical. Cette proximité permet aux futures mères, si elles le souhaitent, d'opter pour une péridurale en cours de travail et garantit la présence d'un médecin dans l'hypothèse d'éventuelles complications. L'activité de sages-femmes libérales au sein de la maternité est également possible, l'accouchement étant réalisé par la sage-femme qui a assuré le suivi de la grossesse²⁶.

Le nombre des salles physiologiques est difficilement estimable en raison de l'absence de définition claire du périmètre des services proposés ou de labellisation. Le label « Hôpital Ami des Bébés », créé à l'initiative de l'Organisation mondiale de la santé, l'Unicef et l'Association internationale de pédiatrie n'est pas officiellement reconnu en France. Fin 2012, 18 services en France étaient labellisés « Amis des Bébés », réalisant environ 23 700 accouchements par an, soit 2,87 % des naissances²⁷.

Dans le cas du centre hospitalier de Pertuis et du centre hospitalier de Cognac, établissements tous deux labellisés « Amis des Bébés », la possibilité de naissances moins médicalisées est apparue comme un facteur d'attractivité pour les établissements, contribuant à leur viabilité en attirant un nombre significatif de parturientes. Un phénomène similaire a été constaté dans le cas de la maternité de l'hôpital de Givors (Rhône), dont la hausse très importante du nombre d'accouchements (passé de 577 naissances en 2007 à 850 en 2012) serait imputable au choix de l'établissement de mettre l'accent sur l'accouchement physiologique²⁸ qui lui a permis d'élargir son recrutement au-delà du bassin de Givors. En 2012, 86 accouchements, soit 10 % du total, y ont été réalisés par sept sages-femmes libérales. La maternité de Thiers en Auvergne a également ouvert son plateau technique aux sages-femmes libérales depuis 2012. Elles y réalisent une trentaine d'accouchements par an.

L'expérimentation des maisons de naissance

Dans la plupart des pays de l'OCDE, la naissance a lieu à l'hôpital. La proportion de naissances à domicile ou dans des maisons de naissance est marginale²⁹. Des maisons de naissance, apparues dans les années 1970-1980, existent néanmoins dans de nombreux pays : Australie, Canada, Allemagne (150 structures), Suisse (22) Suède (8), Belgique, Pays-Bas, Italie, Espagne, Autriche, Royaume-Uni (« *Birth centers* »).

L'accouchement non médicalisé aux Pays-Bas

Aux Pays-Bas³⁰, dans 27 % des cas, l'accouchement n'est pas médicalisé. Il a lieu à domicile dans 16,3 % des cas³¹, et dans 11 % des cas dans un des 26 « centres de naissance », polyclinique où la

²⁶ Elle donne lieu au versement d'une redevance par les sages-femmes aux établissements de 30 % des honoraires facturés.

²⁷ Rapport n° 368 de Mme Muguette Dini enregistré à la présidence du sénat le 20 février 2013, fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi autorisant l'expérimentation des maisons de naissance.

²⁸ Les faibles taux de césarienne (13 % en 2011) et de péridurale (50 % en 2011) reflètent cette prise en charge faiblement médicalisée. Chambre régionale des comptes Auvergne, Rhône-Alpes, *Relevés d'observations définitives : centre hospitalier de Montgelas à Givors, exercices 2007 à 2012*, février 2014.

²⁹ 0,3 % aux États-Unis, 1 % au Canada et en Suisse, 2 % en Allemagne, 3 % au Royaume-Uni, 4 % en Belgique.

³⁰ AKRICH Madeleine, *Accoucher à domicile ? Comparaison France/Pays-Bas*. In : *La santé de l'homme*, n° 391, octobre 2007.

patiente vient avec la sage-femme en fin d'accouchement et ressort dans les 24 heures. La sélection des indications est rigoureuse, réalisée selon une procédure institutionnelle qui classe les grossesses en trois catégories (A, B et C). Pour les patientes classées en catégorie A (sans facteur de risque), il a lieu à domicile ou dans une polyclinique (cf. page 24). Pour les catégories B (risque faible) la sage-femme décide, après avis d'un obstétricien, de garder la patiente ou de l'orienter vers l'hôpital. Les patientes présentant une pathologie ou un risque (patientes classées en catégorie C) sont suivies par un obstétricien et accouchent à l'hôpital. La décision d'accoucher dans un environnement médicalisé ou non n'appartient donc pas à la patiente. De ce fait, certaines femmes classées en catégorie A et souhaitant bénéficier d'une péridurale partent accoucher en Belgique.

Selon le rapport Europeristat³² la mortalité néonatale et infantile est plus élevée aux Pays-Bas qu'en France (respectivement 3,3 ‰ contre 2,3 ‰ et 3,8 ‰ contre 3,5 ‰), mais la mortalité maternelle y est moindre (taux corrigés de 7,7 pour 100 000 contre 9,1 en France sur 2006-2010³³).

En France, l'expérimentation de maisons de naissance, évoquée depuis 1998, a été autorisée par la loi en décembre 2013³⁴. Les maisons de naissance y sont définies comme des structures où des sages-femmes réalisent l'accouchement des femmes enceintes dont elles ont assuré le suivi de grossesse et prévoit que la maison de naissance soit contiguë à une maternité (avec laquelle elle doit passer une convention) disposant d'un accès direct permettant notamment un transfert rapide des parturientes en cas de complication. La Haute Autorité de santé a établi un cahier des charges, publié en septembre 2014, sur la base duquel sera arrêtée la liste des maisons de naissance autorisées à fonctionner à titre expérimental pour une durée maximale de cinq ans.

Outre un mode d'accouchement moins médicalisé, les maisons de naissance ont été associées à la perspective d'économies chiffrées en 2010 à 7 M€. Toutefois, les conditions économiques réelles de fonctionnement des maisons de naissance sont aujourd'hui inconnues, notamment le montant d'investissement initial nécessaire pour la mise en place de chaque structure, qui sera nécessairement variable selon la configuration immobilière des bâtiments, le nombre d'accouchements réalisés, le niveau de tarification retenu et l'ampleur des frais généraux.

L'article 4 de la loi du 6 décembre 2013 dispose que « un an avant le terme de la dernière autorisation attribuée à une maison de naissance, le Gouvernement adresse au Parlement une évaluation de l'expérimentation ». Cette évaluation ne devrait pas porter exclusivement sur la prise en charge qualitative et médicale des naissances, mais, comme la Cour l'a recommandé en 2011, constituer une « évaluation médico-économique (établie) dans des conditions méthodologiquement rigoureuses »³⁵. La réalisation d'une telle évaluation exige que, dès l'autorisation des premières expérimentations, et avant leur lancement effectif, des indicateurs médicaux et économiques soient définis et leurs modalités de recueil clairement précisées.

II - Des difficultés très localisées d'accès à une prise en charge

La baisse du nombre de lits d'obstétrique constatée entre 2002 et 2012 a porté sur les régions souvent dotées d'une offre excédentaire au regard de la natalité constatée dans la région. En conséquence, les conditions moyennes d'accès à l'offre de soins en obstétrique

³¹ Le taux d'accouchements à domicile a fortement diminué depuis 2004, où il était de 30 %.

³² Euro-Peristat Project with SCPE and Eurocat. European Perinatal Health Report. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010, mai 2013.

³³ Chiffre établi par EuroPERISTAT à des fins de comparaison européenne, différent de celui de l'enquête nationale confidentielle sur la mortalité maternelle citée page 44 (ENCMM) 2007-2009, INSERM, octobre 2013.

³⁴ Loi du 6 décembre 2013 autorisant l'expérimentation des maisons de naissance.

³⁵ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2011, Le rôle des sages-femmes dans le système de soins*, p. 198. La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr

sont restées globalement stables, bien que des tensions locales commencent à être constatées dans certaines zones.

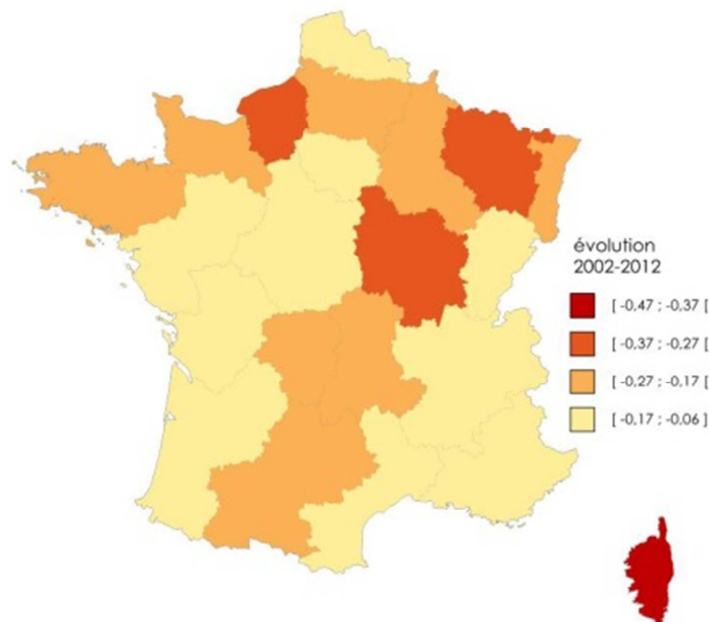
A - Une stabilité des conditions moyennes d'accès aux maternités

1 - Une homogénéisation du taux d'équipement

La répartition actuelle des équipements sur le territoire ne fait pas apparaître de disparités particulièrement flagrantes. En effet, sur la base des données de l'enquête nationale périnatale, il apparaît, selon la DREES, qu'il existe « peu de disparités d'accueil entre les régions. Le nombre de lits pour 1 000 accouchements est relativement homogène sur l'ensemble du territoire, de 20 à 25 lits ; seule la Corse dispose de 31 lits pour 1 000 accouchements »³⁶.

Entre 2002 et 2012, la baisse du taux d'équipement en lits d'obstétrique (rapportée à la population féminine au-delà de 15 ans) a été de - 17 % tant pour la France métropolitaine que pour la France entière (médiane régionale de 18,6 %). Les régions qui ont connu les diminutions les plus importantes sont la Corse (- 47 %), la Haute-Normandie (- 31 %), la Bourgogne (- 37 %), la Lorraine (- 27 %) et l'Auvergne (- 25 %).

Carte n° 1 : évolution du taux d'équipement en obstétrique de 2002 à 2012 par rapport au nombre de femmes de plus de 15 ans



Source : données SAE et PMSI, traitements DREES/IRDES ; taux d'équipement en nombre de lits en obstétrique pour 100 000 femmes de plus de 15 ans.

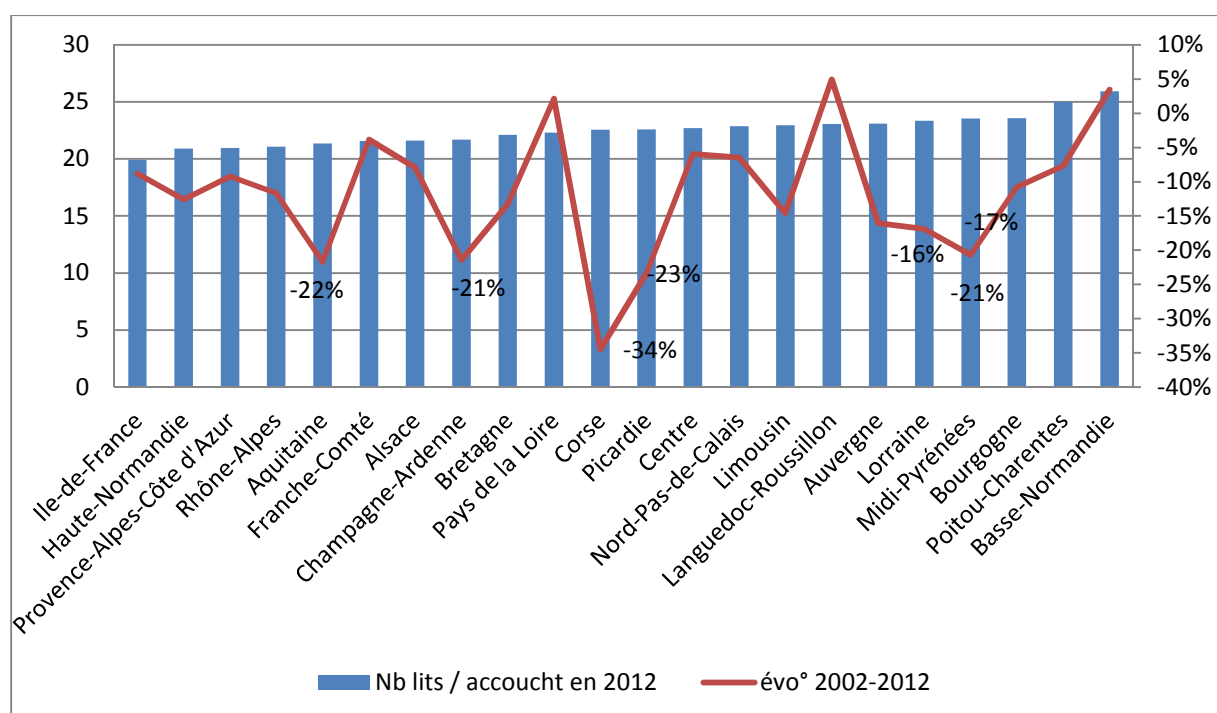
Rapportée à la natalité et non plus à la population, l'ampleur de la baisse de l'offre obstétricale est toutefois significativement plus faible (en moyenne 7 % de moins, avec un

³⁶ Ministère de la santé, direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), *Etudes et résultats* n° 776, octobre 2011.

écart surtout marqué en Basse-Normandie, Pays de la Loire, Haute-Normandie et Alsace), la diminution sur la France entière étant limitée à - 10 %

La diminution du nombre de lits en obstétrique est particulièrement marquée dans des régions (sauf l'Aquitaine) dont la dotation reste aujourd'hui supérieure à la moyenne (21,8 lits pour 1 000 accouchements en métropole). C'est notamment le cas en Corse, en Picardie et en Midi-Pyrénées. En Champagne-Ardenne, la baisse de 21 % a ramené le nombre de lits exactement dans la moyenne et en Aquitaine, juste en dessous de la moyenne (21,3 lits). Les évolutions constatées aboutissent ainsi à une meilleure adéquation de l'offre de soins à la réalité de la natalité de chaque région.

Graphique n° 1 : évolution du nombre de lits en obstétrique par rapport au nombre de naissances



Source : données SAE et PMSI, traitements DREES/IRDES

2 - Des temps d'accès stables dans l'ensemble

La recomposition de l'offre de soins en maternité consécutive aux nombreuses fermetures d'établissements n'a pas globalement dégradé les temps d'accès des parturientes aux maternités qui sont dans l'ensemble stables depuis une décennie.

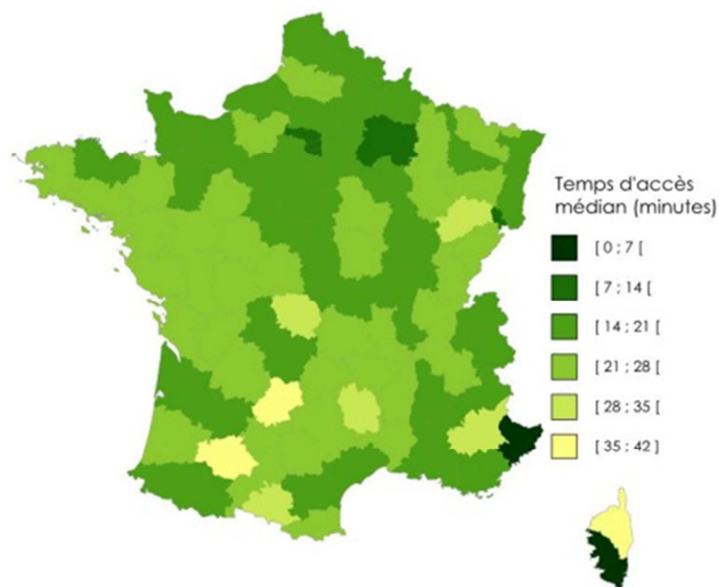
Une étude de la DREES³⁷ montre que le temps d'accès médian aux maternités est resté entre 2001 et 2010 de 17 minutes. Cependant ce temps d'accès médian peut, par construction, masquer des situations contrastées. Ainsi, en Corse-du-Sud, où plus de la moitié des femmes

³⁷ Exploitant les données issues du PMSI et du SNIIR-AM, l'étude examine la distance entre les deux codes postaux de la maternité et du domicile. Par convention, du fait de l'absence de données infra-communales sur la localisation des femmes, celles qui accouchent dans leur commune de résidence ont un temps d'accès considéré comme nul, à l'exception de Paris, Lyon et Marseille, pour lesquelles les distances sont calculées au niveau des arrondissements. DREES, *Les maternités : un temps d'accès stable malgré les fermetures*, Études et résultats n° 814, octobre 2012.

accouchent dans la commune où elles habitent, le temps d'accès médian est estimé comme nul. Pourtant, 25 % des femmes y sont à plus de 39 minutes de la maternité. De la même façon dans le Lot, si le temps médian s'établit à 27 minutes, 25 % des femmes résident à plus de 49 minutes de la maternité.

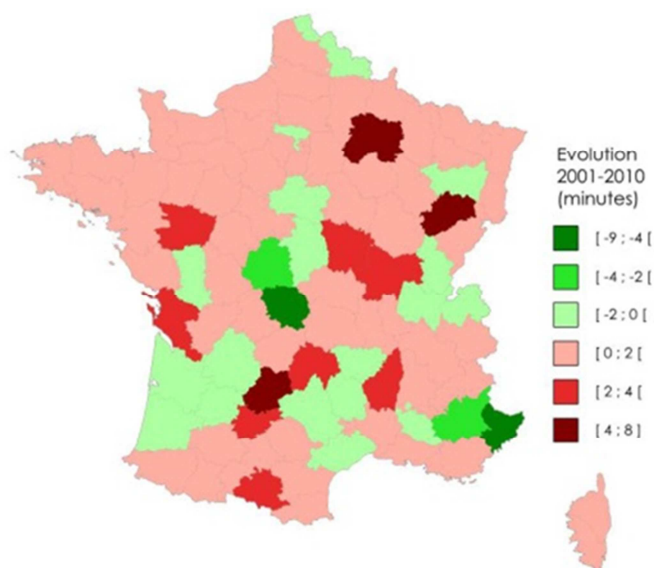
Les cas d'éloignement important des parturientes des maternités existent donc mais ne sont pas plus nombreux qu'auparavant, la part des accouchements réalisés à plus de 30 minutes du domicile n'ayant connu qu'une très faible hausse (passant de 22 à 22,7% en moyenne), celle des accouchements réalisés à plus de 45 minutes du domicile étant pour sa part en très légère baisse, passant pour l'ensemble des maternités de 7,9 à 7,6 % en moyenne. Ce constat de la stabilité des temps d'accès est confirmé par l'enquête nationale périnatale 2010, dans laquelle les femmes ont estimé leur temps d'accès moyen pour venir accoucher à 19 minutes, 10 % des femmes indiquant un temps d'accès supérieur à 30 minutes (inchangé depuis 2003).

Carte n° 2 : temps d'accès médian aux maternités en 2010



Source : données DREES

Selon la DREES, seuls trois départements ruraux connaissent, en 2010 un temps d'accès potentiel médian supérieur à 35 minutes ou plus : Gers, Haute-Corse et Lot. Dans huit départements, plus de la moitié des femmes accouchaient à plus d'une demi-heure de leur domicile alors qu'elles n'étaient que 15 % en Île-de-France et dans le Nord. Dans ces huit départements, les évolutions entre 2001 et 2010 étaient disparates, avec des temps d'accès soit à la hausse (Haute-Saône, Lot, Gers et Ariège), soit à la baisse (Creuse, Alpes de Haute-Provence), ou stables (Haute-Corse et Lozère). Ces départements représentaient 1,7 % des femmes en âge d'accoucher et 1,5 % des accouchements.

Carte n° 3 : évolution du temps d'accès médian aux maternités entre 2001 et 2010

Source : données DREES

Selon cette étude, trois facteurs sont susceptibles d'améliorer ou de dégrader le temps d'accès : la localisation de la maternité, la domiciliation des femmes et le choix de la maternité. Les modifications d'implantation des maternités entre 2001 et 2010 font augmenter le temps d'accès médian d'une minute et demie, tandis que les modifications de comportement entraînent une baisse des temps d'accès également d'une minute et demie. Le facteur de la localisation des femmes est globalement neutre, sauf dans certaines zones, où des départements peu denses ont vu leur situation s'améliorer (Creuse ou Alpes de Haute-Provence), parce que les femmes résident désormais plus près des maternités. Dans le Lot comme dans le Tarn-et-Garonne l'évolution de la localisation de l'offre a engendré une augmentation du temps d'accès de 8,5 minutes (en partie compensée par une domiciliation des femmes plus proche des établissements et/ou par le choix d'une maternité plus proche du domicile). En Seine-Saint-Denis et dans le Finistère, ce critère a augmenté le temps d'accès de 5,5 min et de 4,5 min dans l'Aude.

L'éloignement comme facteur de risque potentiel

En dépit de l'attention particulière donnée en France au critère de la proximité des maternités dans l'organisation des soins, très peu d'études ont été réalisées pour chercher à mettre en perspective le lien entre la localisation des établissements et des femmes en âge d'accoucher et la sécurité de la prise en charge.

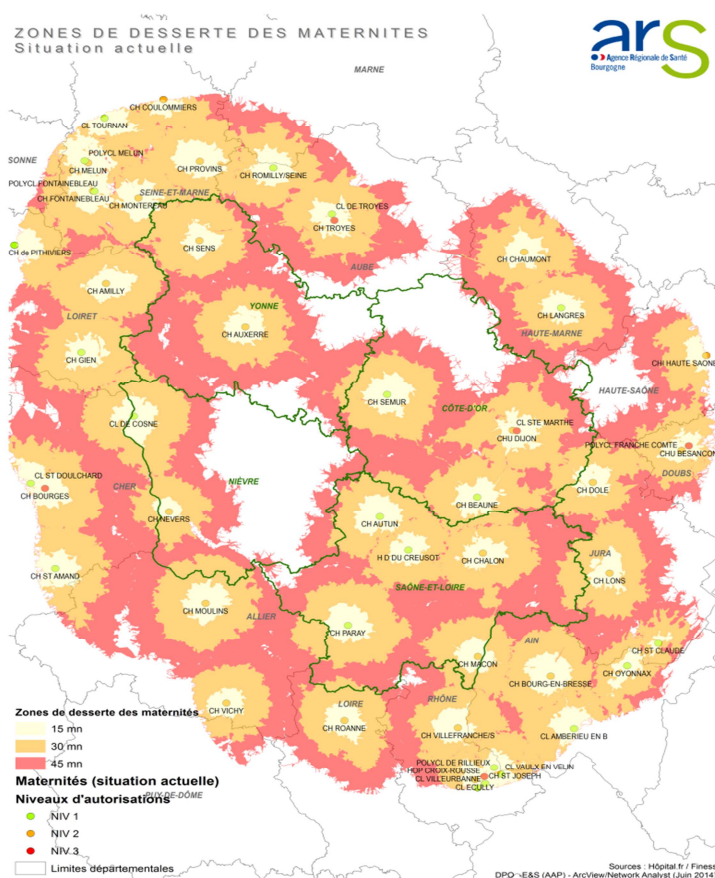
Selon une étude de l'INSERM³⁸, en 2005-2006, 4,3 naissances sur 1 000 avaient eu lieu en dehors d'une maternité. Le risque de naissances en dehors de l'hôpital était plus de deux fois plus élevé pour les femmes vivant à 30 km ou plus de la maternité la plus proche que pour celles vivant à moins de 5 km, cette différence étant encore plus grande pour les femmes qui avaient déjà eu plusieurs accouchements antérieurs. Cette situation justifiait, selon l'INSERM, qu'une attention particulière soit donnée à l'organisation des services de soins dans les régions reculées.

³⁸ INSERM, *Naissances hors hôpital : un risque très faible mais réel*, Beatrice Blondel et al., Health and place, 2011.

Une étude pilotée par le CHU de Dijon a porté sur l'éloignement des parturientes dans la région Bourgogne. En effet, cette région, centrée sur le massif du Morvan et comprenant de nombreuses zones enclavées, compte plusieurs territoires qui sont à un temps d'accès théorique à la première maternité supérieur à 45 minutes, notamment dans la Nièvre et en Côte d'Or (zones blanches sur la carte n° 4 *infra*).

Cette situation résulte de restructurations de grande ampleur : près d'une maternité sur deux a fermé entre 1992 et 2014. La plupart des établissements fermés réalisaient entre 300 et 400 accouchements par an. Toutes les fermetures de maternités y ont toutefois donné lieu à une ouverture de centre périnatal de proximité, qui sont désormais au nombre de 7 pour 13 maternités.

Carte n° 4 : zone de desserte des maternités en Bourgogne



Source : ARS Bourgogne

Cette étude, portant sur les naissances comprises entre 2000 et 2009³⁹, vient tempérer l'idée selon laquelle le regroupement des naissances sur un moindre nombre de sites serait sans risque même lorsque les distances à parcourir s'allongent. Elle montre que l'isolement pourrait être un facteur de risque pour la naissance. Réalisée cependant sur un seul territoire et portant sur un nombre réduit d'événements indésirables, elle appelle elle-même à des analyses complémentaires sur la question. Il serait de fait souhaitable que des enquêtes épidémiologiques plus larges soient conduites pour affiner la politique en matière d'organisation des soins obstétricaux.

En tout état de cause, dans un certain nombre de zones, le maintien d'une accessibilité dans des temps raisonnables à une prise en charge n'a été permise que par la pérennisation à titre dérogatoire de très petits établissements qui n'atteignent pas le seuil minimal

³⁹ Journal de gestion et d'économie médicales, *Temps d'accès aux maternités Bourguignonnes et indicateurs de santé périnatale*, Combier Evelynne et al, 2013/6 Vol 31, p. 348-368.

d'accouchements auquel est normalement subordonnée, pour des raisons de sécurité, l'autorisation de fonctionner.

3 - Le maintien persistant à titre dérogatoire de maternités réalisant moins de 300 accouchements

Les décrets de 1998 établissent un seuil minimal d'activité de 300 accouchements par an en deçà duquel l'autorisation d'exercer doit normalement être retirée. Ce seuil⁴⁰ a été établi sur le principe selon lequel une activité trop faible ne permet pas aux équipes la pratique nécessaire à la sécurité des soins pour faire face à un incident au cours de l'accouchement. Toutefois, la possibilité reste règlementairement ouverte d'accorder à certains établissements réalisant moins de 300 accouchements par an l'autorisation de pratiquer l'obstétrique « à titre dérogatoire lorsque l'éloignement des établissements pratiquant l'obstétrique impose des temps de trajet excessifs à une partie significative de la population ».

Le maintien en fonctionnement de certains établissements réalisant moins de 300 accouchements est de fait souvent justifié par la géographie⁴¹. Dans le cas de la polyclinique du Sud de la Corse (Porto-Vecchio), le SROS PRS⁴² de Corse relève l'éloignement géographique particulier de la zone, qui impose des temps de trajet très importants à une partie significative de la population (plus de deux heures trente de route vers les centres hospitaliers d'Ajaccio ou de Bastia).

Bien que le nombre de maternités réalisant moins de 300 accouchements ait baissé de 55 % entre 2002 et 2011 (cf. *supra* tableau n° 2), celles-ci n'ont toujours pas totalement disparu. En effet, chaque année, certains établissements ferment, fusionnent ou sont transformés en centre périnatal de proximité (cf. *infra*) voire dans certains cas voient leur activité se redresser légèrement au-delà du seuil, tandis qu'en parallèle, de nouveaux établissements voient leur activité glisser en deçà du seuil réglementaire. Ainsi, sur les 19 maternités qui réalisaient moins de 300 accouchements en 2012, quatre ont depuis été transformées en centres périnataux de proximité (Decize, Marie-Galante, La Seyne-sur-Mer⁴³, Vire). Dans le cas de l'île de Marie-Galante, les parturientes sont désormais hébergées à Pointe-à-Pitre à la fin de leur grossesse. La maternité de Carhaix dans le Finistère a pour sa part fusionné avec le centre hospitalier de Brest et continue à fonctionner dans le cadre d'une équipe médicale mutualisée. La fermeture des maternités de Die (137 accouchements en 2013) et d'Apt (291 accouchements en 2013) a fait l'objet de décisions de principe, inscrites dans les SROS-PRS (cf. chapitre 2). Toutefois, la première a obtenu un sursis de 30 mois jusqu'en 2015, sur demande de la ministre, et la seconde fait actuellement l'objet d'une étude visant à préciser son avenir. La maternité de la clinique privée de Meudon-la-Forêt est parvenue quant à elle à porter son activité de 291 accouchements en 2012 à 316 accouchements en 2013.

Compte tenu de ces évolutions, 13 maternités, dont deux cliniques privées, présentaient en 2013 une activité inférieure à 300 accouchements. Deux autres avaient une activité très

⁴⁰ Qui ne paraît avoir fait l'objet d'aucune étude spécifique lors de sa fixation.

⁴¹ La proximité doit cependant être mise en balance avec le niveau de sécurité offert par la structure (cf. page 60).

⁴² Schéma régional d'organisation des soins – Projet régional de santé.

⁴³ L'activité de la maternité de la Seyne-sur-Mer était en réalité très supérieure au seuil, la très faible activité de l'année 2012 étant causée par l'arrêt de l'activité d'accouchement en cours d'année.

proche du seuil (CH de Millau – 301 accouchements, voisin du CH de Saint-Affrique⁴⁴ – et CH de Langres – 304 accouchements).

Tableau n° 10 : liste des maternités ayant réalisé moins de 300 accouchements en 2013

	Nb accouchements
CH Die	137
Polyclinique Sokkori, Saint Palais	77
CH Saint Palais (reprise de la polyclinique Sokkori)	+ 154 = 231
CH Ariège Couserans	219
CH Lourdes	234
CH Bourg-Saint-Maurice	237
CH Privas	238
Clinique Porto-Vecchio	240
CH Saint-Affrique	249
Clinique Saint Louis, Ganges	249
CH Ussel	249
CHU Brest Hôpital de Carhaix-Plouguer	252
CH Apt	291
CH Decazeville	296

Source : DGOS

B - Des organisations spécifiques pour assurer un suivi adapté des grossesses

1 - La mise en place de réseaux de périnatalité

Au-delà d'un maillage de maternités demeuré dans l'ensemble suffisant, dans certaines zones, la bonne articulation de ces dernières représente un enjeu déterminant pour une orientation adéquate de la femme enceinte vers la structure la mieux adaptée selon le niveau de risque de la grossesse en permettant autant que possible le transfert de l'enfant avant sa naissance (*in utero*).

C'est le rôle des réseaux de santé en périnatalité, institués par le décret du 9 octobre 2008, que de faciliter l'identification des facteurs de risque et d'organiser l'adressage des parturientes vers le type d'établissement requis par son état de manière à assurer une prise en charge globale et continue, tout en favorisant les collaborations professionnelles, en assurant les formations interdisciplinaires et en organisant le partage de l'information et le recueil de données épidémiologiques. Les réseaux en périnatalité couvrent ainsi le suivi de toute grossesse normale ou pathologique en amont et en aval, de la prise en charge à la naissance, ainsi que le suivi des nouveau-nés durant la période périnatale et au cours d'un suivi plus prolongé pour les nouveau-nés vulnérables⁴⁵.

La prise en charge par les réseaux de l'organisation des transferts permet un gain de temps pour les médecins au sein des maternités. Le réseau périnatal de l'est parisien organise ainsi les transferts entre la maternité de l'hôpital Trousseau (de type III, mais sans

⁴⁴ Et concurrent depuis l'échec de la fusion des deux établissements engagée en 2000 et interrompue en 2007 par l'ARH.

⁴⁵ Circulaire DHOS/O1/O3/CNAMTS n° 2006-151 du 30 mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité.

réanimation adulte) et les maternités de l'hôpital Tenon et de La Pitié-Salpêtrière (toutes deux de type II A) qui accueillent des pathologies maternelles. Là où les réseaux ne s'impliquent pas directement dans la mise en place concrète des transferts, ils jouent néanmoins souvent un rôle important, mettant en place des procédures, des dossiers partagés, des pratiques identiques et des critères communs. Ainsi, le réseau périnatal de Poitou-Charentes a réalisé un travail d'harmonisation des pratiques reconnu par tous les acteurs concernés qui apprécient, en particulier, l'existence de fiches liaison spécifiques aux transferts.

Selon l'enquête nationale périnatale 2010, seulement 2 % des maternités déclarent ne pas être membre d'un réseau contre 8 % lors de la précédente enquête en 2003. En mai 2014, on dénombrait 55 réseaux de santé en périnatalité dans toute la France dont 11 en Île-de-France. Ils incluent généralement à la fois des établissements de santé publics et privés, des professionnels libéraux, et les services de protection maternelle et infantile, voire dans certains cas d'autres structures comme des associations.

Le réseau périnatal de Bourgogne

Malgré les difficultés géographiques de la région Bourgogne (vaste territoire centré par le Morvan) et sa faible démographie (tant des patientes que des professionnels), les travaux du réseau ont permis d'améliorer les pratiques professionnelles et d'atteindre de bons résultats en termes de santé pour les mères et les nouveau-nés. La région a en effet dépassé les objectifs nationaux depuis plus de dix ans tant en matière de mortalité et morbidité que de césariennes (diminution régulière du taux de césariennes en Bourgogne depuis 2007, atteignant 17,3 % en 2012), de prises en charge des hémorragies du post-partum, etc.

Le taux de mortalité périnatale est de 9,9 pour mille entre 2008 et 2010 (contre 10,3 en moyenne en France métropolitaine), et la mortalité maternelle est particulièrement basse (3,7 pour 100 000 contre 9,4 sur la période 2007-2009).

Le Réseau périnatal de Bourgogne dispose depuis 2000 d'une base de données informatique qui intègre de façon exhaustive les indicateurs de l'ensemble des séjours hospitaliers des mères et des nouveau-nés de Bourgogne (indicateurs du PMSI élargis par une cinquantaine d'items complémentaires). Elle permet la constitution d'outils médicaux (par exemple : la courbe de poids fœtal en Bourgogne), permettant la rédaction d'un rapport annuel, et la réalisation de nombreux travaux de recherche ayant abouti à des publications dans des revues internationales.

Un dossier obstétrico-pédiatrique commun (en cours d'informatisation sur un serveur régional financé par l'ARS) met à disposition de l'ensemble des professionnels (hospitaliers libéraux, spécialistes ou généralistes, et de PMI), un seul et même dossier médical patient pour chaque mère et pour chaque nouveau-né.

2 - La contribution des centres périnataux de proximité

Les décrets de 1998 ont ouvert la possibilité de transformer les établissements qui ne sont plus autorisés à pratiquer l'obstétrique en « centre périnatal de proximité » (CPP) pouvant continuer à exercer des activités prénatales et postnatales (à l'exclusion des accouchements et sans activité d'hébergement), en bénéficiant par convention du concours d'un établissement de santé pratiquant l'obstétrique. Généralement animés par des sages-femmes, les CPP assurent, selon les cas, les consultations prénatales et postnatales, les cours de préparation à la naissance, les échographies, les consultations de planification familiale, les IVG médicamenteuses, voire des consultations pédiatriques. Certains CPP, très minoritaires, conservent de façon dérogatoire un hébergement en service de suites de couches⁴⁶, où les mères et leurs enfants sont transférés en ambulance 6 à 24 heures après l'accouchement. Le

⁴⁶ Par exemple la maison de périnatalité de Feurs dans la Loire, les accouchements ayant lieu à la maternité de Montbrison (à 23 km) ou le centre hospitalier d'Amboise, les accouchements ayant lieu à Tours (à 26 km).

coût pour l'assurance maladie-maternité de ces CPP est cependant élevé, compte tenu notamment de la nécessité des transferts en ambulance entre la maternité où a lieu la naissance et le CPP où sont assurées les suites de couches.

Souvent mis en place afin d'atténuer les difficultés organisationnelles et parfois sociales associées à la fermeture d'une maternité, les CPP présentent l'intérêt de permettre d'assurer des consultations à caractère obstétrical dans des zones où il n'est pas possible de faire fonctionner une maternité dans des conditions de sécurité satisfaisantes et où les professionnels libéraux sont généralement peu nombreux, ce qui évite aux parturientes de multiples déplacements pour les nombreuses consultations de la grossesse.

En 2012, on comptait 78 CPP répartis dans 19 régions, la région Rhône-Alpes concentrant l'offre la plus importante avec 12 CPP, devant la Bourgogne, la Bretagne, Midi-Pyrénées et la Picardie, qui comptaient chacune 7 CPP.

Les CPP de Brioude et d'Ambert, une place bien installée dans l'offre de soins auvergnate

Le CPP de Brioude, le premier créé en France en 1998, permet aux patientes de cette région excentrée d'être suivies pendant la durée de leur grossesse et en période post natale (Brioude est à 35 minutes d'Issoire par la route). L'organisation, le fonctionnement et la gestion du personnel médical et paramédical du CPP sont assurés sous conventions par le centre hospitalier d'Issoire. Plus de 2 750 consultations sont réalisées chaque année. La plupart (80 %) des parturientes ayant été suivies au CPP ont accouché à la maternité d'Issoire.

La fermeture de la maternité d'Ambert en 2006 et sa transformation en centre périnatal de proximité (CPP) a été provoquée par la mutation du chef du service de gynécologie-obstétrique, et l'impossibilité de le remplacer. L'activité d'accouchements étant transférée au CH de Thiers, la convention prévoit que le CPP d'Ambert pratique une activité de consultations, y compris d'anesthésie (suivi de la grossesse, préparation à l'accouchement, consultations postnatales). La responsabilité médicale de l'organisation des soins ressort du chef de service de la maternité de Thiers. La sage-femme cadre de santé de la maternité de Thiers est quant à elle en charge des plannings, de l'organisation du travail, et des formations de l'ensemble du personnel du CPP et de la maternité de Thiers.

Grâce à la présence permanente de deux sages-femmes et aux consultations pratiquées sur place par des gynécologues et des pédiatres de la maternité de Thiers, le CPP d'Ambert offre la possibilité à une population située en zone isolée de bénéficier d'un suivi de grossesse de proximité. Les indicateurs d'activité du centre témoignent de son utilité. À titre d'illustration, 377 échographies et 1 109 consultations y ont été réalisées en 2013, soit respectivement 20 % et 12 % de l'activité totale des sites de Thiers et d'Ambert.

En 2012, deux CPP ont été créés, en Provence-Alpes-Côte d'Azur (La Seyne-sur-Mer) et en Picardie (Noyon) et deux fermetures sont intervenues en Champagne-Ardenne (Bar-sur-Aube) et en Auvergne (Riom). La pérennité des CPP n'est en effet assurée que s'il existe une véritable demande des parturientes. Ils sont de fait très fragiles⁴⁷, leurs recettes étant tributaires du niveau d'activité qu'ils parviennent à maintenir, ainsi que des financements attribués par les ARS⁴⁸.

⁴⁷ Certains CPP n'ont fonctionné que de façon transitoire et ont dû fermer après quelques années, comme celui de Riom en Auvergne ou de Saint Pol en Ternoise en Nord-Pas-de-Calais.

⁴⁸ Qui se sont élevés à un total de 15 M€ en 2012, versés dans le cadre du fonds d'intervention régional (FIR).

Les consultations hospitalières avancées

Certains établissements ont mis en place par des initiatives locales des consultations avancées à l'instar du centre hospitalier de Saint-Flour dans le Cantal ou en Lozère, de celui de Lens à Hénin-Beaumont, ou encore de l'hôpital de Givors à Mornant. Ces consultations permettent d'assurer un suivi de proximité pour les parturientes tout en attirant la patientèle vers les centres hospitaliers qui les organisent, dont elles peuvent contribuer à conforter l'activité.

Le développement de consultations avancées en gynécologie-obstétrique par le centre hospitalier de Saint-Flour au sein de plusieurs hôpitaux locaux permet ainsi de renforcer le suivi des grossesses. En 2013, le chef de la maternité de Saint-Flour a ainsi réalisé 281 consultations à Condat dans le Cantal (59 km, 1 h de route) et 37 à Saint-Chély-d'Apcher en Lozère (36 km, 26 min). Une sage-femme a également réalisé 43 consultations dans cette dernière localité. Un projet similaire est en cours de déploiement dans une maison médicale à Murat (Cantal). Ces consultations permettent de proposer une offre de proximité à des patientes qui pourraient rencontrer des difficultés pour se déplacer, mais également de faire connaître la maternité de Saint-Flour et ses équipes et donc d'en renforcer l'attractivité.

L'ARS du Nord-Pas-de-Calais entend pour sa part faire face à la faible offre périnatale dans certaines zones par la mise en place de consultations avancées pré et post-natales mais l'insuffisance de pédiatres dans certains territoires (Lens, Maubeuge, Cambrai) tant dans les structures publiques que privées freine la mise en place de ce dispositif (cf. deuxième cahier, monographie sur le Nord-Pas-de-Calais).

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

À la suite de la mise en place par deux décrets du 9 octobre 1998 d'une réglementation visant à renforcer la sécurité des soins en instituant de nouvelles normes de fonctionnement et d'organisation, les maternités constituent l'activité hospitalière qui a été la plus restructurée au cours des 15 dernières années. L'application de ces textes a entraîné une diminution très importante du nombre d'établissements et une augmentation sensible de leur taille bien qu'elle demeure inférieure à celle constatée chez certains de nos voisins. De nombreuses maternités, pour l'essentiel de type I, ont en effet fermé, souvent de statut privé à but lucratif, moins fréquemment publiques ou privées à but non lucratif. Cette évolution s'est accompagnée d'une augmentation sensible du nombre des accouchements réalisés dans les maternités de type II, et plus encore de type III, dans un contexte de technicisation croissante des soins obstétricaux qui suscite en réaction un mouvement de retour à des pratiques plus naturelles et un souhait d'accompagnement plus personnalisé chez certaines femmes, à l'origine de diverses initiatives et plus récemment de l'expérimentation législative de maisons de naissance.

Dans ce cadre, les difficultés d'accès à une prise en charge restent limitées. Les temps d'accès médians (17 min) ne se sont pas allongés, même s'ils sont dans certaines zones rurales nettement plus importants. Des organisations spécifiques ont été créées pour assurer un suivi de proximité des grossesses, avec la mise en place de 55 réseaux de périnatalité, la présence de 78 centres périnataux de proximité et la mise en œuvre de consultations avancées. De très petites maternités réalisant moins de 300 accouchements (13 en 2013) ont en outre été maintenues en fonctionnement de façon dérogatoire. Toutefois, très peu d'études ont été réalisées pour mettre en perspective le lien entre la localisation des établissements et la domiciliation des parturientes au regard de la sécurité des prises en charge.

La Cour formule ainsi la recommandation suivante :

- 1. réaliser une enquête épidémiologique pour préciser la relation entre l'éloignement des parturientes des maternités et les résultats de périnatalité.*
-

Chapitre II

Une sécurité des prises en charge à assurer avec rigueur

Les décrets de périnatalité du 9 octobre 1998 ont été guidés par un impératif de santé publique visant à garantir aux mères et surtout aux nouveau-nés des conditions de prise en charge propres à assurer un niveau de sécurité élevé. Pourtant, malgré l'importante réorganisation de l'offre obstétricale à laquelle ces décrets ont conduit, la position relative de la France en termes d'indicateurs de périnatalité s'est dégradée par rapport aux pays voisins dont les résultats ont progressé plus rapidement, comme la Cour l'avait relevé en 2012⁴⁹.

Une stagnation des indicateurs de périnatalité en France

En 2013, le rapport européen sur la santé périnatale (EuroPERISTAT⁵⁰) coordonné par l'INSERM et basé, pour la France, sur les données de l'enquête nationale périnatale 2010, a confirmé l'appréciation mitigée de la situation de la France. Sur les différents indicateurs, la France est dans une position moyenne en Europe mais ne se trouve jamais parmi les cinq pays ayant les meilleurs résultats.

Le taux de mortalité néonatale⁵¹ a connu une légère baisse depuis 2004 passant de 2,6 ‰ à 2,3 ‰. Toutefois, cette baisse a été moins importante que dans la plupart des autres pays européens, laissant la France au 17^e rang européen alors qu'elle occupait auparavant la 6^e place.

La France continuait par ailleurs à enregistrer le taux de mortinatalité⁵² le plus élevé d'Europe même si cela pouvait être dû, selon la Société française de pédiatrie, à des pratiques médicales différentes de celles des pays voisins, en particulier en raison d'une politique très active de dépistage des anomalies congénitales et une pratique des interruptions médicales de grossesse plus tardive. En effet, les interruptions médicales de grossesse (estimées à environ 40 à 50 % des mort-nés) n'étaient jusqu'à présent pas distinguées des mort-nés spontanés. Elles le sont désormais et le taux de mortinatalité calculé selon les nouvelles modalités de décompte, s'élève pour l'année 2013 à 8,9‰ (France entière), en légère baisse par rapport au dernier taux comparable calculé en 2007 (9,3 ‰)⁵³.

⁴⁹ Cour des comptes, *Rapport public annuel 2012*, Tome II, La politique de périnatalité : l'urgence d'une remobilisation, p. 395 – 428, disponible sur www.ccomptes.fr

⁵⁰ Euro-Peristat Project with SCPE and Eurocat. European Perinatal Health Report. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010. mai 2013.

⁵¹ Nombre de décès dans les 27 premiers jours pour 1 000 naissances vivantes.

⁵² Nombre d'enfants mort-nés après 22 semaines de grossesse et de poids supérieur à 500 g (OMS).

⁵³ DREES, Etudes et Résultats n° 901 : « Le nouveau suivi de la mortinatalité en France depuis 2012 », décembre 2014.

Enfin, s'agissant de la mortalité maternelle⁵⁴, la France se situe dans la moyenne européenne avec un taux de 10,3 pour 100 000 naissances vivantes sur la période 2007-2009⁵⁵ soit 85 décès en moyenne par an mais ce taux est en stagnation, et reste loin des meilleurs comme la Suède qui affiche un taux deux fois plus faible. L'indicateur le plus préoccupant est celui de la mortalité maternelle évitable, qui stagne dans la période récente malgré une diminution de la mortalité par hémorragie du post-partum et une « baisse significative » du taux de soins considérés comme « non optimaux ».

I - Des normes d'effectifs imparfaitement respectées

Les résultats médiocres de la France en matière de périnatalité s'expliquent en partie par le respect encore très inégal, malgré des progrès, des normes instituées par les décrets du 9 octobre 1998.

A - Une démographie médicale marquée par une grande fragilité et de fortes disparités géographiques

Les effectifs des médecins relevant des spécialités présentes en maternité n'ont jamais été aussi élevés qu'aujourd'hui. Le nombre des gynécologues-obstétriciens⁵⁶ s'élevait à 4 074 au 1^{er} janvier 2014 (+ 28,6 % par rapport à 2008), celui des anesthésistes-réanimateurs à 10 022 (+ 4,4 %) et celui des pédiatres à 7 008 (+ 8,4 %)⁵⁷.

Cette situation démographique apparemment satisfaisante masque une grande fragilité liée à la perspective de départs en retraite massifs dans les années qui viennent et aux importantes disparités de répartition qui se constatent sur le territoire et que les évolutions démographiques des professions concernées tendent à renforcer, malgré les dispositifs mis en place pour chercher à y remédier.

⁵⁴ Décès d'une femme pendant la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse.

⁵⁵ Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles, France, 2007-2009, INSERM, octobre 2013. Depuis 1995, le comité national d'experts sur la mortalité maternelle (CNEMM) a pour mission d'examiner les décès maternels documentés par une enquête confidentielle, d'identifier les facteurs en cause dans la survenue de ces décès et de proposer des mesures de prévention. L'enquête nationale constitue le système spécifique de collecte d'information utile à cette analyse. Si les informations individuelles sont confidentielles, les résultats du traitement statistique des données font l'objet d'une publication.

⁵⁶ Hors spécialités médicales de la gynécologie médicale ou mixte, qui répondent à une analyse différente.

⁵⁷ Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2014, Conseil national de l'ordre des médecins.

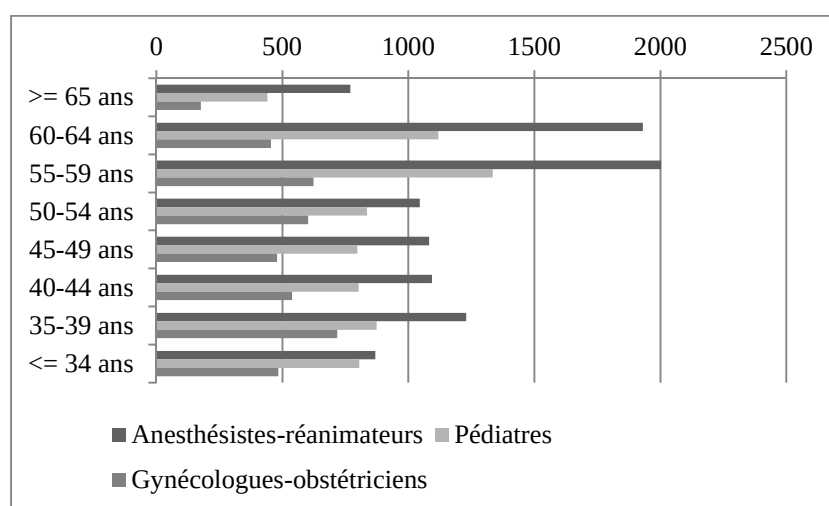
1 - Une grande fragilité démographique des spécialités médicales de la naissance

a) La perspective de départs en retraite massifs

Les prévisions établies par la DREES en 2009⁵⁸ pour 2030 indiquaient que les évolutions démographiques de ces trois spécialités seraient très contrastées compte tenu de la combinaison des flux d'entrée et de sortie : d'ici à 2030, le nombre d'anesthésistes-réanimateurs devait baisser de - 4,9 %, tandis que ceux des gynécologues-obstétriciens et des pédiatres devaient augmenter respectivement de 12,8 % et de 19,9 %.

À plus court terme, un déficit transitoire devait apparaître en 2018-2020 compte tenu de départs massifs en retraite sur cette période, la pyramide des âges étant particulièrement déséquilibrée pour les anesthésistes-réanimateurs puisque les praticiens de plus de 60 ans représentent 27 % des effectifs (25,6 % toutes spécialités confondues), et les plus de 55 ans 46,9 % (46,1 % toutes spécialités confondues). Elle est légèrement moins défavorable pour les pédiatres (respectivement 22,3 % et 41,3 %) et surtout pour les gynécologues-obstétriciens (respectivement 15,5 % et 30,8 %).

Graphique n° 2 : pyramide des âges des spécialités médicales présentes en maternités



Source : Atlas de la démographie médicale en France, 1^{er} janvier 2014, CNOM

S'agissant des seuls praticiens hospitaliers à temps plein, une simulation des départs entre 2009 et 2020 réalisée par leur centre national de gestion⁵⁹ montre que la situation est particulièrement difficile pour les anesthésistes-réanimateurs et les gynécologues-obstétriciens. Alors qu'il était prévu qu'en moyenne 43 % des praticiens hospitaliers quittent la profession entre 2009 et 2020, les départs devaient atteindre 55 % pour les anesthésistes-réanimateurs exerçant à l'hôpital (dont 44 % pour cause de retraite), faisant de cette spécialité

⁵⁸ La démographie médicale à l'horizon 2030, de nouvelles projections nationales et régionales, DREES, Études et résultats n° 679, février 2009.

Cette étude était fondée sur l'hypothèse favorable d'un *numerus clausus* porté à 8 000 par an à compter de 2011, alors qu'il n'a atteint en réalité que 7 587 postes à l'internat en 2013. *A contrario*, les récentes réformes des retraites pourraient inciter certains praticiens à prolonger leur carrière. Une mise à jour de cette étude est en cours.

⁵⁹ « Estimation des départs à la retraite et autres sorties de 2009 à 2020 des praticiens hospitaliers temps plein, par spécialité », Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière.

la seconde la plus touchée par les départs, après les chirurgiens en chirurgie générale (75 %). Les gynécologues-obstétriciens étaient la troisième profession la plus touchée avec 52 % de départs (dont 39 % pour cause de retraite). La situation des pédiatres était moins défavorable avec seulement 31 % de départs (dont 23 % pour cause de retraite).

b) Des flux de formation en hausse limitée

Dans les trois spécialités, le nombre de praticiens nouvellement formés progresse moins que le total des postes ouverts à l'internat. Ainsi, entre 2004 et 2013, le nombre de postes d'anesthésistes-réanimateurs pourvus à l'issue des épreuves nationales classantes est en hausse de 72 % (passant de 243 à 417), celui des pédiatres de 53 % (de 196 à 300) et celui des gynécologues obstétriciens de 33 % (de 158 à 210), mais ce nombre de postes a progressé moins vite que le *numerus clausus* total des postes d'internes, qui a pour sa part progressé de 125 % (passant de 3 368 à 7 587). L'attractivité de ces professions n'est pas en cause, puisque depuis dix ans⁶⁰, les postes d'internes offerts à l'issue des épreuves nationales classantes ont été dans les trois cas pourvus à 100 % de façon systématique.

D'ici à 2019, il est prévu, dans l'arrêté annuel qui fixe⁶¹ la projection sur 5 ans du nombre d'internes à former par spécialité, de relever le nombre de nouveaux praticiens dans ces trois professions. En effet, année après année, la projection à cinq ans du nombre de postes se voit augmentée, en particulier pour les internes à former en anesthésie-réanimation, dont la prévision pour l'année 2015 est passée de 380 (arrêté de 2010) à 435 (arrêté de 2014). En outre, le nombre de postes finalement ouverts a jusqu'à présent été systématiquement supérieur aux projections. Mais, là aussi, l'effort est limité puisque la part de ces spécialités dans le total des postes prévus reste en baisse. Au demeurant, ces évolutions ne suffiront pas à remplacer les départs prévus dans les prochaines années.

Les sages-femmes : une démographie dynamique

La démographie des sages-femmes reste en contraste très dynamique. Après que le nombre de sages-femmes a connu un « quasi-doublement »⁶² entre 1990 et 2010, le quota annuel de recrutement a été maintenu au plus haut niveau⁶³. Dès lors, les effectifs ont connu une nouvelle augmentation de 7 % depuis 2011 (soit 20 235 professionnelles en 2013). Or les effectifs de sages-femmes salariées sont désormais stables, à environ 16 000 professionnelles, les nouvelles sages-femmes se dirigeant désormais vers l'activité libérale notamment en raison des difficultés qu'elles rencontrent pour trouver un emploi stable⁶⁴.

c) Une présence de plus en plus importante de médecins à diplôme étranger

Selon le conseil national de l'ordre des médecins⁶⁵, le nombre de médecins en activité régulière, titulaires d'un diplôme étranger, a augmenté de 43 % depuis 2008, atteignant

⁶⁰ Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves nationales classantes en 2013, DREES, *Études et résultats* n° 894, octobre 2014 (et années précédentes, données depuis 2004).

⁶¹ Depuis la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

⁶² Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011*, chapitre VI, Le rôle des sages-femmes dans le système de soins, p. 177-198, disponible sur www.ccomptes.fr

⁶³ Stable pendant les années 1990 à environ 660 places par an, ce quota a été progressivement relevé à compter de 1999, après la parution des décrets de 1998 pour atteindre 940 places en 2003 puis 1 015 depuis 2008.

⁶⁴ Le marché du travail des sages-femmes : transition ou déséquilibre ? Conseil national de l'ordre des sages-femmes, rapport d'étude, octobre 2014.

⁶⁵ Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2013, Conseil national de l'ordre des médecins, et « Démographie médicale des spécialistes intervenants au Bloc », Conseil national de l'ordre des médecins, 6 avril 2012.

17 835 en 2013, leur effectif devant croître encore de 34 % d'ici à 2018. La part des médecins à diplôme étranger dans les effectifs totaux de médecins en activité régulière devrait passer de 6,3 % en 2008 à 12 % en 2018.

Cet apport est encore plus significatif s'agissant des spécialités présentes en maternités. Ainsi, alors que la proportion de médecins à diplôme étranger en activité régulière, rapportée aux médecins à diplôme français, était de 7,9 % en 2012, toutes spécialités confondues, elle s'élevait à 13,7 % en anesthésie-réanimation, 14,8 % en gynécologie-obstétrique et 15,2 % en pédiatrie. Cette proportion est en progression très rapide et a atteint en 2014 respectivement 17,5 %, 17,3 % et 17,3 %.

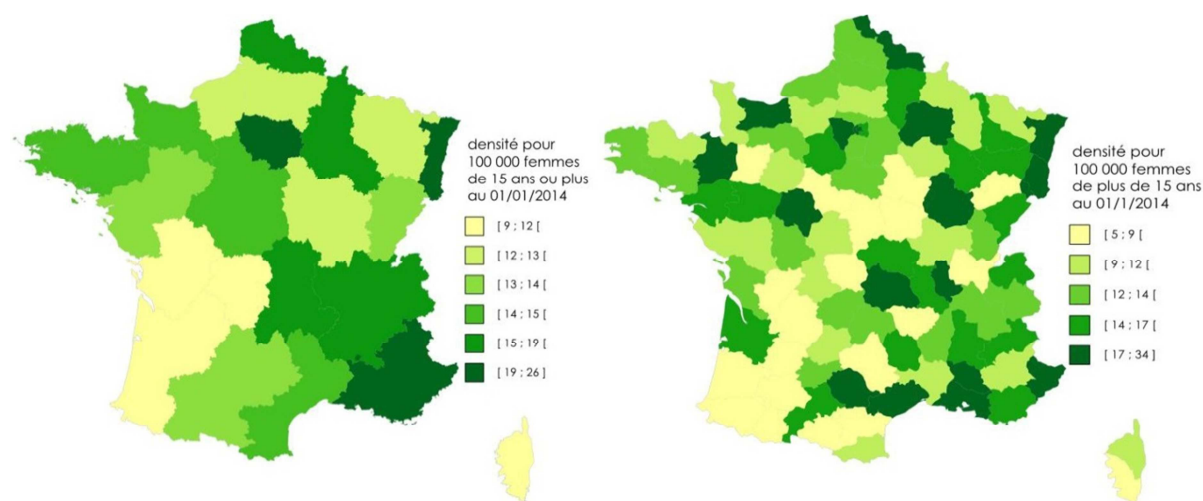
C'est ainsi la présence accrue de ces médecins qui permet aux effectifs totaux des professions concernées de demeurer globalement à un niveau élevé et de remédier partiellement à des disparités territoriales qui pour autant restent considérables.

2 - Des disparités géographiques considérables

La situation démographique préoccupante constatée au plan national se traduit, dans les zones les moins attractives et les plus isolées, par une présence de médecins souvent insuffisante et qui peut s'avérer très problématique.

Trois régions métropolitaines (Alsace, Île-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur), et trois régions d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane et la Réunion) ont une densité de gynécologues-obstétriciens supérieure de plus de 20 % à la moyenne nationale. À l'opposé, l'Aquitaine, le Limousin, Poitou-Charentes et Mayotte ont une densité inférieure de plus de 20 % à la moyenne. Les inégalités de répartition des effectifs sont toutefois significativement plus importantes à l'échelle départementale, avec 48 départements en dessous de la moyenne nationale, donc certains atteignant des niveaux très bas : l'Aveyron, la Creuse, l'Ain, le Gers et la Haute-Saône sont à moins de 40 % de la moyenne nationale. Les disparités à l'intérieur des régions sont particulièrement marquées.

Carte n° 5 : densité des gynécologues obstétriciens, par régions et par départements



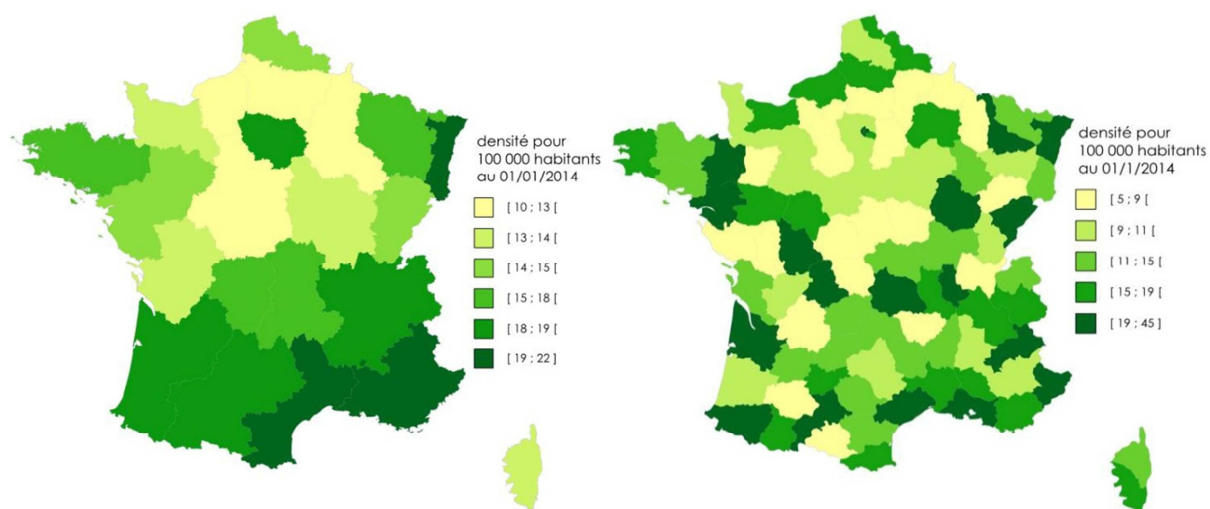
Source : CNOM, Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) 2014

Dans le cas des anesthésistes-réanimateurs, les disparités régionales sont également très importantes, avec toutefois une répartition différente des praticiens sur le territoire national montrant un relatif héliotropisme : Provence-Alpes-Côte d'Azur, Languedoc-Roussillon et

Aquitaine ont une densité moyenne supérieure (de plus de 10 %) à la moyenne nationale, de même que l'Alsace et l'Île-de-France. Picardie, Centre et Haute-Normandie sont les régions métropolitaines les moins bien dotées.

Comme pour les gynécologues-obstétriciens, c'est à l'échelle départementale que les différences sont les plus marquées. Dans treize départements métropolitains⁶⁶, la densité est inférieure de moitié à la moyenne nationale, et dans 7 départements, la plupart urbains ou du sud de la France, elle est supérieure de plus de 150 % à la moyenne⁶⁷.

Carte n° 6 : densité des anesthésistes-réanimateurs, par régions et par départements



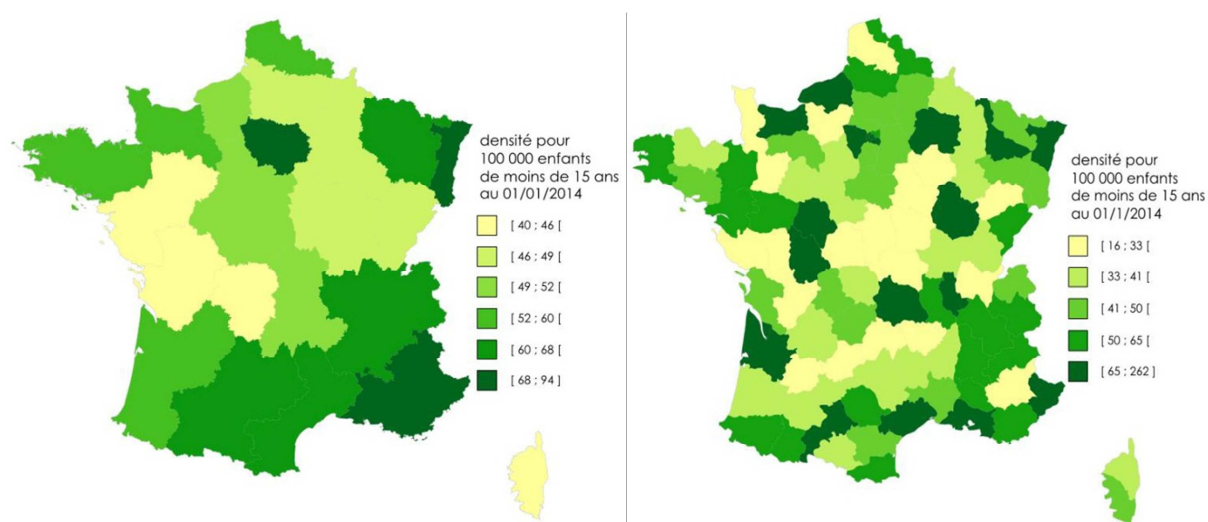
Source : CNOM, Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) 2014

La répartition géographique des pédiatres est également marquée par de fortes disparités régionales (avec des praticiens moins nombreux en Pays de la Loire, Poitou-Charentes et Corse, et significativement plus nombreux en Provence-Alpes-Côte d'Azur et en Île-de-France) mais surtout départementales, 14 départements métropolitains ayant une densité inférieure de plus de la moitié à la moyenne nationale⁶⁸.

⁶⁶ Ain, Eure, Meuse, Oise, Gers, Aisne, Cher, Creuse, Haute-Saône, Seine-et-Marne, Deux-Sèvres, Dordogne, Mayenne.

⁶⁷ Alpes-Maritimes, Hautes-Alpes, Meurthe-et-Moselle, Bouches-du-Rhône, Hérault, Rhône, Paris.

⁶⁸ Mayenne, Eure, Indre, Vendée, Haute-Loire, Deux-Sèvres, Ain, Yonne, Haute-Saône, Nièvre, Cantal, Charente, Cher, Lot.

Carte n° 7 : densité des pédiatres, par régions et par départements

Source : CNOM, Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) 2014

B - Des défauts persistants d'application des normes de personnels

1 - Des progrès limités

Selon le décret du 9 octobre 1998 relatif aux conditions de fonctionnement des maternités, les mêmes normes relatives au nombre de personnels médicaux (médecins et sages-femmes) affectés à la maternité s'appliquent pour les services d'obstétrique quel que soit le type de la maternité ; seul compte le niveau d'activité de la structure de soins.

Pour les médecins (gynécologue-obstétricien, anesthésiste-réanimateur et pédiatre), les normes portent sur les conditions de fonctionnement de la permanence des soins. Il n'existe en revanche pas de norme fixant le nombre précis de médecins requis pour le fonctionnement général de chaque structure. Pour assurer la permanence des soins, les textes exigent, selon l'activité de l'établissement, soit la présence de médecins en garde sur place, soit leur disponibilité sous astreinte. Les règles sont fixées en fonction des seuils d'activité de l'établissement, une ligne de garde⁶⁹ étant nécessaire jusqu'à 1 500 accouchements par an, puis une seconde entre 1 500 et 2 000 et une autre au-delà de 2 000 accouchements. En deçà de 1 500 accouchements et au-delà de 2 000 accouchements, quelle que soit l'activité, les exigences en matière de personnels pour assurer la permanence des soins sont identiques.

Pour les sages-femmes, les effectifs requis sont en revanche fixés de façon précise, en fonction du nombre de naissances annuel de la structure de soins. À moins de 1 000 naissances par an, une sage-femme doit être présente et affectée en permanence dans le secteur de naissance⁷⁰. Au-delà de 1 000 naissances par an, l'effectif est majoré d'un poste à temps plein pour 200 naissances supplémentaires, et au-delà de 2 500 naissances par an, une sage-femme supplémentaire coordonne les soins le jour.

⁶⁹ Soit l'organisation d'une présence médicale permettant une prise en charge continue des soins 24 heures sur 24.

⁷⁰ Une dérogation existe toutefois pour permettre, dans le cas des maternités de moins de 500 accouchements, d'affecter la sage-femme en dehors du secteur de naissance dès lors qu'aucun accouchement n'est en cours (article D. 6124-44 du code de la santé publique).

L'enquête nationale périnatale 2010⁷¹ montre que l'encadrement médical a été renforcé, mais reste toujours très imparfait au regard des normes réglementaires. Ainsi, 54 % des établissements déclaraient en 2010 la présence d'un gynécologue-obstétricien en permanence dans la maternité y compris la nuit et le week-end contre 39 % en 2003, mais seulement 44 % des établissements dont l'activité était comprise entre 1 000 et 1 499 accouchements, et surtout seulement 95 % de ceux dont l'activité était comprise entre 1 500 et 1 999 accouchements pour lesquels une garde sur place est strictement prévue par les textes. Un anesthésiste était présent en permanence dans le secteur de naissance dans 39 % des maternités contre 21 % en 2003, mais 3 % des établissements réalisant entre 1 500 et 1 999 accouchements n'avaient pas un anesthésiste présent en permanence alors que cette présence est réglementairement requise, et 24 % des établissements à l'activité comprise entre 1 000 et 1 500 accouchements par an.

Tableau n° 11 : équipes soignantes suivant la taille des maternités en 2010

	< 500 acc/an	500 à 999	1 000 à 1 499	1 500 à 1 999	> 1 999 acc/an	Total
Gynécologue-obstétricien <i>en permanence dans l'établissement</i>	8 %	18 %	44 %	95 %	100 %	54 %
Pédiatre <i>dans le secteur de naissance</i>	0 %	4 %	10 %	21 %	56 %	21 %
<i>dans l'établissement</i>	2 %	8 %	12 %	17 %	22 %	13 %
<i>pas en permanence ou absence</i>	98 %	88 %	78 %	62 %	22 %	66 %
Anesthésiste-réanimateur <i>dans le secteur de naissance</i>	10 %	16 %	24 %	47 %	87 %	39 %
<i>dans l'établissement</i>	24 %	39 %	52 %	50 %	13 %	35 %
<i>pas en permanence ou absence</i>	67 %	45 %	24 %	3 %	0 %	25 %

Source : enquête nationale périnatale 2010

Assurer la permanence des soins des médecins représente pour un établissement un enjeu de recrutement très significatif, compte tenu des règles relatives au temps de travail des médecins, puisqu'on peut estimer qu'une garde 24 heures sur 24 suppose de disposer d'au moins 6 ETP de médecins⁷². Ceci explique que certains établissements pour lesquels une garde sur place est requise par les textes ne parviennent pas à l'assurer.

Par ailleurs, dans le cadre de l'enquête nationale périnatale, les établissements n'ont pas été interrogés sur le respect effectif des règles relatives aux astreintes applicables à ceux réalisant moins de 1 500 accouchements alors que de nombreuses situations relevées au plan local montrent que celui-ci est régulièrement soit défaillant soit assuré dans des conditions contraires aux règles relatives au temps de travail des médecins ou même parfois aux dispositions relatives à leurs qualifications (cf. *infra*).

⁷¹ DREES / DGS / INSERM, Enquête nationale périnatale 2010 : Les maternités en 2010 et leur évolution depuis 2003, juillet 2011.

⁷² Pour un coût d'environ 1 M€ par an.

2 - Des difficultés de recrutement récurrentes

Pour certains établissements, les problèmes de recrutement de personnels médicaux sont récurrents et peuvent prendre des proportions considérables, avec un impact potentiel sur la sécurité des parturientes puisque les règles de permanence des soins sont très inégalement respectées. Cette situation touche particulièrement les établissements situés en zone rurale, où des petites maternités peinent à attirer des spécialistes qui privilégient souvent les centres universitaires (recherche et diversité d'activité) ou les centres urbains. Elle peut également survenir pour des établissements de plus grande taille situés dans des zones comptant des populations défavorisées. L'attractivité limitée de certains établissements conduit en outre à fragiliser leur activité, contribuant selon un enchaînement souvent constaté à alimenter encore davantage les réticences des médecins à y exercer et à renforcer la difficulté des établissements à être en conformité sur le plan de la sécurité.

Les nouvelles règles applicables au temps de travail médical pourraient accroître les tensions sur les établissements les plus en difficulté pour recruter des praticiens pour la permanence des soins. Les dispositions sur les astreintes pèseront surtout sur les maternités de type I et II qui mettent en place des dispositifs d'astreintes (alors que les établissements de type III pratiquent plus généralement les gardes sur place), et pourraient fragiliser encore davantage un certain nombre d'équipes médicales.

Les nouvelles dispositions relatives au temps de travail médical

La Commission européenne a rendu le 26 septembre 2013 un avis motivé demandant à la France de respecter le droit des médecins hospitaliers à une durée hebdomadaire moyenne de travail de 48 h et à des périodes de repos minimales après la prestation d'heures supplémentaires de travail de nuit, comme l'exige la directive du 4 novembre 2003 concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail.

En conséquence, un arrêté du 8 novembre 2013, complété par une instruction de la DGOS, a redéfini les règles relatives au temps de travail additionnel et aux astreintes des médecins. Le temps de travail additionnel est désormais soumis à l'obligation de signature d'un contrat sur la base du volontariat, il est décompté de façon plus rigoureuse et peut, au choix du praticien, être rémunéré, récupéré ou versé au compte épargne-temps. S'agissant des astreintes, le temps de trajet est désormais pris en compte comme du temps de travail effectif et leur encadrement est défini de façon plus précise.

Par un autre avis motivé du 28 mars 2014, la Commission européenne a demandé à la France de respecter le droit des internes en médecine à travailler en moyenne quarante-huit heures par semaine et à bénéficier de périodes minimales de repos, principes qui ne seraient pas respectés en dépit de la circulaire du 10 septembre 2012 relative au rappel des dispositions réglementaires sur le temps de travail des internes dans les établissements de santé.

Plusieurs exemples peuvent être donnés de ces difficultés. La maternité de Cognac ne respecte pas la norme s'agissant de la présence des sages-femmes de nuit. L'établissement estime toutefois que son organisation est suffisante pour assurer la sécurité des patientes et qu'un strict respect des textes obligerait à recruter 3,3 ETP de sages-femmes pour un coût évalué à 142 000 €.

À la maternité du centre hospitalier d'Ussel (qui a réalisé seulement 250 accouchements en 2013 et fonctionne donc à titre dérogatoire), l'équipe médicale a été fragilisée après des difficultés liées au départ inopiné d'un praticien en septembre 2013, remplacé seulement en juillet 2014, un soutien étant apporté pendant cette période par des vacances de médecins du CHU de Limoges. Pour la pédiatrie, un praticien spécialiste de plein exercice vient d'être recruté mais ne pourra pas assurer une « couverture » 24h/24 seul.

Les difficultés de personnels dans les maternités de type I en région Centre

Région à densité médicale faible, le Centre compte 11 maternités de type I, dont 8 de statut public et 3 de statut privé. Situées dans la majorité des cas dans des zones relativement isolées géographiquement, elles enregistrent de faibles niveaux d'activité (moins de 600 accouchements par an en moyenne). Leur éloignement des grandes agglomérations représente par ailleurs un frein au recrutement des personnels, notamment médicaux, ce qui fragilise leur fonctionnement.

Ces maternités sont confrontées à des difficultés importantes :

- vieillissement du corps médical, faisant peser une incertitude sur le maintien de certaines activités à échéance de 5 ans. En 2011, l'âge moyen des pédiatres exerçant dans les maternités publiques et privées de type I de la région Centre était de 57,1 ans (7 pédiatres sur 25 avaient plus de 60 ans en 2011), et celui des gynécologues obstétriciens de 55,6 ans (12 gynécologues sur 36 avaient plus de 60 ans en 2011) ;

- pourcentage élevé de médecins titulaires d'un diplôme étranger, reflétant les réticences des praticiens titulaires d'un doctorat en médecine français à exercer dans ces structures isolées (seuls 40 % des gynécologues obstétriciens et 41 % des anesthésistes étaient titulaires d'un doctorat en médecine français en 2011, ce pourcentage étant proche de zéro pour les gynécologues obstétriciens dans trois maternités et nul pour les anesthésistes dans 4 maternités) ;

- absence de compétence chirurgicale dans certaines structures, compensée par des astreintes de chirurgie viscérale, assurées le cas échéant par un médecin libéral exerçant dans une clinique privée partageant les murs de la maternité ;

- difficulté à assurer la permanence des soins, rendant nécessaire dans plusieurs structures le recours à du personnel intérimaire ou le paiement de gardes sur place à certains personnels dont le domicile est éloigné de la maternité, là où le niveau d'activité justifierait uniquement une astreinte opérationnelle ; insuffisance dans certains cas de la permanence pédiatrique, contraignant les anesthésistes réanimateurs à pallier en tant que de besoin l'absence de pédiatre, avec si nécessaire recours au SAMU de néonatalogie.

De telles difficultés ne sont cependant pas seulement rencontrées dans les zones rurales. Elles se manifestent aussi en zones urbaines, notamment en banlieue. Le centre hospitalier d'Argenteuil rencontre ainsi des difficultés de recrutement de pédiatres et notamment pour attirer des internes. Le centre hospitalier de Mantes-la-Jolie demande de façon récurrente⁷³ l'attribution de postes d'internes en anesthésie et en gynécologie-obstétrique mais n'a obtenu satisfaction que pour la première spécialité. Enfin, la situation de la maternité de l'hôpital de Montluçon est critique, du fait d'une attractivité faible dans un contexte rendu plus difficile encore par l'importance du déficit de l'établissement, puisqu'elle connaît un sous-effectif d'anesthésistes et bientôt de gynécologues obstétriciens, particulièrement préoccupant au regard de la continuité et de la sécurité des soins.

Montluçon, une situation critique

Au centre hospitalier de Montluçon, maternité de type II B ayant effectué 1 314 accouchements en 2012, sur les 6,2 ETP de gynécologues et obstétriciens autorisés, 3,2 sont vacants. Sur les quatre praticiens en poste, deux seulement disposent de compétences chirurgicales et assurent la permanence des soins. Un troisième, gynécologue médical, ne peut pas participer aux astreintes, et le quatrième, assistant à titre étranger, ne bénéficie pas de la plénitude d'exercice.

Les fréquentes astreintes des deux praticiens (un week-end sur deux et deux fois par semaine), avec des déplacements quasi journaliers conduisent à une importante activité de nuit qui s'ajoute à une activité de jour tout aussi développée. À des matinées opératoires, de trois à quatre interventions, succèdent fréquemment entre 15 et 20 consultations par demi-journées, d'une durée moyenne de 15 minutes. Le risque ne peut être écarté qu'une activité aussi soutenue ne finisse par mettre en cause la qualité, sinon la sécurité, des soins. La relative proximité des deux praticiens de la retraite fragilise en outre les perspectives de l'équipe médicale à moyen terme.

⁷³ Dans l'objectif de fidéliser ces internes pour qu'ils restent à Mantes en tant que praticiens à l'issue de leur internat.

Les ARS sont de plus en plus fréquemment amenées à prendre des décisions de suspension d'activité⁷⁴, avec un risque de fermeture définitive, en raison d'un personnel médical insuffisant pour assurer la sécurité des parturientes et le bon fonctionnement des équipes médicales. C'est le cas par exemple de la maternité de Decize, fermée depuis 2010 faute d'équipe médicale malgré une autorisation récemment renouvelée (conditionnée à la résolution de cette question), et plus récemment des maternités de Montbéliard dans le Doubs⁷⁵ et des Trois Frontières à Saint-Louis dans le Haut-Rhin, suspendues en 2014 principalement pour des raisons de manque de personnel médical. La fermeture de la maternité d'Orthez en octobre 2014 a été causée par les difficultés récurrentes de recrutement de personnel médical dans le contexte du décès d'une parturiente fin septembre 2014.

La fermeture de la maternité d'Orthez

La maternité du centre hospitalier d'Orthez dans les Pyrénées-Atlantiques a été suspendue puis fermée en octobre 2014 dans le contexte d'un accident d'anesthésie ayant causé le décès d'une parturiente pendant l'accouchement fin septembre 2014. Un centre périnatal de proximité y est mis en place.

L'établissement réalisait 284 accouchements en 2002, 367 en 2008 et 403 en 2012 (le nombre de maternités dans le département étant passé sur la période de 9 à 7).

Le schéma régional de l'organisation des soins (SROS-PRS) 2012-2016, révisé le 23 janvier 2014, prévoyait le maintien en Béarn des quatre maternités existantes, y compris celle d'Orthez, mais indiquait que « si une diminution devait intervenir sur la durée du SROS pour des motifs de sécurité » il faudrait mettre en place des CPP. En effet, les difficultés de recrutement de la maternité du CH d'Orthez étaient récurrentes et connues de l'ARS qui avait demandé l'embauche de deux gynécologues-obstétriciens avant une date butoir fixée au 11 octobre 2014.

Les difficultés liées à la démographie des professions de la naissance ne concernent au demeurant pas seulement les conditions dans lesquelles l'accouchement lui-même a lieu, mais parfois plus largement le suivi de la grossesse.

3 - Des solutions partielles, précaires et onéreuses

a) Des médecins à diplôme étranger qui ne peuvent pas assurer la permanence des soins

Le recours aux médecins à diplôme étranger pour combler les déficits constatés en matière de personnel médical en maternité présente des limites dans le cas des médecins titulaires de diplômes extra-communautaires.

En effet, les médecins à diplôme étranger, s'ils sont titulaires d'un diplôme de médecine délivré dans un pays de l'Union européenne, bénéficient d'un accès de droit au plein exercice de la médecine en France. En revanche, s'ils sont titulaires d'un diplôme délivré dans un pays extérieur à l'Union européenne, ils ne peuvent exercer que sous l'autorité et en présence d'un médecin de plein exercice (qui les « séniorise »), tant qu'ils ne sont pas parvenus au terme de leur parcours d'accréditation.

Ces médecins sont en effet soumis à une longue procédure de validation de leurs diplômes par le conseil de l'ordre pour obtenir la plénitude d'exercice en France, et n'y

⁷⁴ En 2014, les ARS ont pris des décisions de suspension suivies de réouverture à l'encontre du service de gynécologie-obstétrique du GCS des Trois Frontières à Saint Louis dans le Haut-Rhin et de la Clinique de Montbéliard dans le Doubs. La suspension de la maternité d'Orthez a été suivie d'une décision de fermeture définitive. Enfin, l'activité de la maternité du centre hospitalier de la Côte Fleurie à Cricqueboeuf dans le Calvados est suspendue depuis le 20 octobre 2014.

⁷⁵ Rouverte fin juillet 2014 après le recrutement d'un praticien.

parviennent pas toujours. Or, tant que cette validation n'est pas acquise, la pratique médicale de ces praticiens est limitée. Puisqu'un autre médecin doit être présent pour les « sénioriser », ils ne peuvent pas participer à la permanence des soins.

b) Une articulation perfectible des compétences respectives des gynécologues-obstétriciens et des sages-femmes

Le recours accru aux sages-femmes est cependant la pratique première et normale des établissements pour pallier les difficultés de recrutement de gynécologues-obstétriciens qu'ils rencontrent. Pour ce faire, ils procèdent à des ajustements de la répartition des activités entre les différentes catégories de personnels. Le recours aux sages-femmes est d'autant plus important que les obstétriciens sont moins nombreux, moins disponibles, ou moins tournés vers l'activité d'accouchement. À cet égard, il s'agit souvent davantage d'un ajustement contraint des rôles plutôt que de la recherche d'une meilleure valorisation et d'une utilisation optimale des compétences respectives de chaque profession par une redéfinition des pratiques et des responsabilités : compétence des sages-femmes pour l'obstétrique physiologique, prise en charge des seules grossesses pathologiques par les obstétriciens, contrairement aux recommandations de la Cour en 2011⁷⁶.

Un renforcement récent des compétences des sages-femmes

Les textes relatifs aux sages-femmes ont peu à peu évolué dans le sens d'un accroissement de leurs compétences. Depuis 2004⁷⁷, elles peuvent suivre en toute autonomie une patiente, de la déclaration de grossesse à l'examen postnatal, sous réserve de l'absence de pathologie, en utilisant tous les instruments pertinents. Depuis 2010⁷⁸, les sages-femmes disposent d'un droit de prescription de contraceptifs, et peuvent réaliser des consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention. Elles doivent toutefois faire appel à un médecin en cas de pathologie maternelle, fœtale ou néonatale pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches, et en cas de difficultés apparaissant pendant l'accouchement.

Au total, selon une étude européenne⁷⁹, le champ des compétences des sages-femmes est souvent plus étendu en France que dans d'autres pays européens où elles ne sont parfois que des infirmières spécialisées agissant sur prescription médicale.

L'enquête nationale périnatale 2010 relève un accroissement de la place des sages-femmes dans la naissance puisque près de 80 % des accouchements par voie basse non opératoire avaient été réalisés par une sage-femme en 2010, contre 69 % en 2003. Cette situation est particulièrement marquée dans le secteur public ou dans le secteur privé non lucratif où, quel que soit le type de la maternité, les accouchements par voie basse sans complication sont le plus souvent réalisés par les sages-femmes, les médecins n'intervenant qu'en cas de grossesse pathologique ou d'accouchement difficile. Dans les établissements privés à but lucratif, le travail est généralement suivi par une sage-femme qui prévient les gynécologues-obstétriciens en fin de travail afin qu'ils réalisent la naissance⁸⁰.

⁷⁶ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2011*, chapitre « Le rôle des sages-femmes dans le système de soins », p. 173-198. La documentation française, septembre 2011, 579 p., disponible sur www.ccomptes.fr.

⁷⁷ Loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

⁷⁸ Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires et ordonnance du 17 décembre 2009 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles requises pour l'exercice des professions médicales, pharmaceutiques et paramédicales.

⁷⁹ Etude des régulateurs européens de sages-femmes, deuxième édition (février 2010), publication de l'ordre des sages-femmes.

⁸⁰ Le suivi par le médecin de la phase d'expulsion étant nécessaire pour facturer les honoraires médicaux de l'accouchement.

Alors que dans certaines petites maternités publiques bien dotées en gynécologues-obstétriciens, ceux-ci réalisent davantage d'accouchements physiologiques, ailleurs, comme à Autun, un report sur les sages-femmes est constaté compte tenu des difficultés constatées sur les effectifs de gynécologues-obstétriciens.

Au-delà des seuls accouchements, la répartition des compétences peut également varier s'agissant du suivi des grossesses (notamment s'agissant des consultations et des échographies). Les sages-femmes ne réalisent pas d'échographies à Cognac ou à Issoire, où elles font également très peu de consultations, car les effectifs de médecins y sont complets. En revanche, elles pratiquent 20 % des échographies à Saint-Flour, et 50 % à Argenteuil où les équipes médicales sont dans une situation plus difficile. De son côté, la maternité de Montluçon est contrainte de réduire ses effectifs de sages-femmes dans le cadre de son plan de retour à l'équilibre financier alors même que la fragilité des effectifs médicaux pourrait justifier de renforcer leur rôle notamment pour les activités d'échographie.

Le recours aux sages-femmes est toutefois limité par le fait que la permanence des soins ne peut être assurée que par des médecins, si bien qu'il ne permet pas de pallier les carences les plus importantes en termes de sécurité de la naissance.

c) L'intérim, un recours coûteux qui peut créer des problèmes de sécurité

Dans le contexte d'une démographie médicale à la fois fragile et mal répartie, de nombreux établissements faiblement attractifs sont contraints, pour assurer la permanence des soins, de recourir à des personnels contractuels ou intérimaires, pour un coût souvent très élevé. La situation de pénurie médicale constatée dans certaines zones conduit aussi fréquemment à une concurrence entre structures de naissance pour attirer les personnels qualifiés, et donc à une surenchère financière au bénéfice des médecins contractuels ou intérimaires se traduisant une hausse du coût de ces recrutements pour les établissements.

Ainsi, au centre hospitalier d'Autun, entre 2008 et 2012, entre 9 et 15 médecins contractuels remplaçants selon les années (14 médecins contractuels représentant 1,66 ETP en 2008 ; 15 médecins contractuels pour 2,49 ETP en 2012) ont été payés en moyenne 51,2 % de plus qu'un praticien titulaire. À la maternité du centre hospitalier du pays de Cognac, 68 journées de travail intérimaire d'anesthésie ont été payées en 2012 pour un coût de 1 479 € par jour.

Le rapport de M. Olivier Véran, député de l'Isère, sur l'emploi médical temporaire à l'hôpital⁸¹ a relevé en décembre 2013 le caractère particulièrement critique de cette pratique pour les établissements de santé confrontés à des difficultés de recrutement, en particulier pour les « disciplines sous tension » au premier rang desquelles figurent l'anesthésie-réanimation mais aussi, outre la radiologie et la médecine d'urgence, la gynécologie-obstétrique et la pédiatrie.

⁸¹ Rapport devant la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, *Hôpital cherche médecins, coûte que coûte, essor et dérives du marché de l'emploi médical temporaire à l'hôpital public*. Olivier Véran, député de l'Isère, décembre 2013.

Au-delà du coût très élevé de telles pratiques pour les établissements⁸², il soulignait fortement les questions qu'elles posaient au regard de la sécurité des soins : « La qualité et la sécurité des soins posent régulièrement question. Parfois, en raison des compétences professionnelles des médecins, mais le plus souvent du fait que les missions temporaires ne favorisent pas l'implication dans le projet médical d'établissement, ni la connaissance des procédures, la maîtrise des logiciels informatiques, ou le suivi au long cours des malades. »

4 - Des dispositifs incitatifs aux effets limités

a) Des incitations individuelles peu utilisées

Plusieurs mécanismes ont été mis en place pour inciter les médecins à exercer au sein des établissements de santé connaissant des difficultés de recrutement⁸³ :

- l'ARS peut inscrire sur une liste de postes prioritaires⁸⁴ des postes vacants qui présentent des difficultés particulières de recrutement et d'exercice⁸⁵ les rendant éligibles à une prime de 10 000 € ainsi qu'à un avancement accéléré de deux ans en contrepartie d'un engagement à exercer sur ces postes pendant une durée de cinq années. Le niveau actuel de ces primes ne semble pas constituer une incitation suffisante face à l'absence d'attractivité des postes en question. Seulement 0,2 % des praticiens exerçant en CHU sont concernés et 0,9 % dans les centres hospitaliers. L'hôpital de Saint-Flour ne parvient pas ainsi à attirer des anesthésistes sur deux postes pourtant inscrits comme « prioritaires » ;
- le nouveau dispositif d'affectation des internes à l'issue des épreuves nationales classantes exclut la possibilité de changer ultérieurement de subdivision et permet d'affecter et maintenir les internes dans des régions prioritaires. Toutefois, la notion de zone d'affectation étant significativement plus large que les territoires de santé où sont constatés les déficits de médecins, ce dispositif ne garantit pas que les internes soient affectés dans les zones ou les établissements les plus en difficulté. L'impact pour les établissements les plus fragilisés est donc limité ;
- le contrat d'engagement de service public mis en place par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires permet aux étudiants et internes en médecine de bénéficier d'une allocation mensuelle durant leurs études (1 200 € bruts), en contrepartie d'un engagement à exercer, à titre libéral ou salarié, dans une zone où l'offre médicale fait défaut, pour une durée égale à celle durant laquelle ils ont perçu cette allocation, avec un engagement minimal de deux ans. Ce

⁸² « Tandis qu'un praticien hospitalier gagne environ 260 euros nets par jour travaillé, il perçoit en moyenne 650 euros nets en mission temporaire. Idem pour le prix d'une garde de 24h, qui passe de 600 à 1 300 euros. Une fois additionnés les indemnités spécifiques, frais d'hébergement, de transport et de bouche, les frais d'agence, les diverses charges, le coût global est triplé. »

⁸³ Les médecins exerçant en établissement ne sont pas concernés par les dispositifs incitatifs mis en place visant à encourager la présence de médecins libéraux dans les zones où ils n'étaient pas suffisamment représentés, qui visent en particulier les médecins pratiquant la médecine générale.

⁸⁴ Décret du 24 février 1984 modifié portant statut des praticiens hospitaliers et arrêté du 23 octobre 2001 fixant les modalités d'application des dispositions relatives aux postes à recrutement prioritaire.

⁸⁵ Article R. 6152-204 du code de la santé publique.

dispositif touche un nombre trop limité de futurs praticiens⁸⁶ pour avoir un impact significatif sur la présence médicale dans les maternités fragilisées.

Les difficultés rencontrées par de nombreux établissements dans le recrutement de leurs médecins montrent que ces dispositifs sont rarement suffisamment incitatifs pour redresser l'attractivité des postes qu'ils offrent. En réalité, comme souvent constaté par les juridictions financières, les établissements ne parviennent souvent à recruter qu'au prix d'accommodements avec la réglementation. Certains établissements attirent le personnel médical en autorisant largement un secteur privé « activité libérale » comme à Argenteuil qui peut être parfois plus importante que ne l'autorise la réglementation (Mantes-la-Jolie). La rémunération de la permanence des soins peut également être plus favorable que ne le prévoient les textes (situation constatée par exemple à la maternité de Givors⁸⁷).

b) Des mutualisations trop lourdes à mettre en place

La mutualisation de personnels entre établissements constitue d'ores et déjà une voie exploitée par un certain nombre d'établissements pour attirer les médecins. Plusieurs dispositifs existent à cet effet :

- les postes d'assistants spécialistes territoriaux en fin d'internat permettent de partager l'activité d'un praticien entre deux établissements, avec versement d'une prime pour exercice sur plusieurs établissements (415,86 € brut mensuels) dite « prime-multi-site »⁸⁸, si l'activité exercée sur plusieurs sites représente au moins 2,5 demi-journées par mois. Elle est aujourd'hui perçue par 10 % des praticiens hospitaliers (PH) exerçant en centres hospitaliers (CH) (5 % des PH temps partiel et 5 % des assistants) et 1,9 % des praticiens exerçant en CHU (1 % des temps partiels, 1,3 % des assistants)⁸⁹ ;
- à cette prime s'ajoute la prime d'engagement d'exercice à plein temps⁹⁰ versée à l'occasion du recrutement initial ou du renouvellement du contrat de l'assistant qui s'engage à exercer à temps plein dans un établissement public de santé pour une période soit de deux ans, soit de quatre ans (5 329,34 €) pour un engagement de 2 ans et 10 658,70 € pour un engagement de 4 ans. Un tiers des assistants des CHU se sont engagés à exercer à temps plein, dont un sur quatre pour quatre ans. Plus d'un assistant sur cinq en centre hospitalier a pris un engagement d'exercice à temps plein dont un sur sept pour quatre ans.

⁸⁶ Depuis la création de ce dispositif, 528 contrats ont été signés pour 1 209 proposés. S'agissant des internes en particulier, 83 postes toutes spécialités confondues ont été ouverts aux épreuves nationales classantes de 2013 au titre du contrat d'engagement de service public, contre un total de postes de 7 820 hors CESP. La majeure partie des postes (71) concernait la médecine générale et seulement 5 les spécialités de la maternité (1 poste en anesthésie-réanimation, 2 en gynécologie-obstétrique et 2 en pédiatrie). Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves nationales classantes en 2013, DREES, Etudes et résultats n° 894, octobre 2014.

⁸⁷ Transformation des astreintes en gardes sur place, plus onéreuses, octroi de trois demi-journées de récupération contre deux selon la réglementation, indemnisation d'une partie des gardes en du temps de travail additionnel, à un taux plus élevé de 80 %. La situation serait en voie de normalisation. Chambre régionale des comptes Auvergne, Rhône-Alpes, Rapport d'observations définitives *Le centre hospitalier de Montgelas à Givors, exercices 2007 à 2012*, février 2014.

⁸⁸ Arrêté du 17 octobre 2001 relatif à l'activité exercée dans plusieurs établissements par différentes catégories de personnels.

⁸⁹ Enquête du CNG « données sociales relatives aux personnels médicaux de la FPH ». Elle porte sur l'ensemble des personnels médicaux, tous statuts confondus (données au 31 décembre 2011). Réalisé sur un échantillon représentatif d'établissements (61 % des effectifs médicaux). Données provisoires, janvier 2014.

⁹⁰ Article R. 6152-516 du code de la santé publique.

Les exemples de bonnes pratiques sont nombreux. Selon la Chambre régional des comptes d'Alsace, « le maintien de la maternité à Altkirch n'est possible que grâce au personnel mis à disposition par le CH de Mulhouse »⁹¹. En Nord-Pas-de-Calais, l'ARS a mis en place le recrutement d'assistants partagés par le CHU, en liaison avec la faculté de médecine (et le conseil régional qui offre une prime supplémentaire), pour rechercher une solution au manque de médecins notamment pédiatres constatés par exemple dans le Cambrésis. Les postes d'assistants spécialistes territoriaux sont mis en place entre Carhaix et Brest depuis 2009, avec un accompagnement financier de l'ARS. À la maternité du CH d'Ussel, un pédiatre du CH de Tulle intervient à 20 % de son temps sur la maternité d'Ussel. Une collaboration est en cours de formalisation entre les deux établissements.

Ces dispositifs sont mis en place soit par des conventions inter-hospitalières, soit dans le cadre des communautés hospitalières de territoire prévues par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, qui permettent de faire travailler en commun plusieurs établissements ou enfin dans le cadre de groupements de coopération sanitaire.

D'une façon générale, le recours aux mutualisations reste toutefois encore marginal, conséquence notamment d'un mécanisme administratif qui reste très lourd (conventions à mettre en place, démultiplication des instances).

De fait de nombreux exemples ont été relevés de situations locales où la mutualisation est souhaitée mais ne parvient pas véritablement à s'installer. Ainsi, la fusion entre les hôpitaux d'Aix et de Pertuis devait permettre de mettre en place des mutualisations entre personnels afin notamment de renforcer les équipes d'anesthésie de la maternité de Pertuis. Au terme de la première année, on a constaté une hausse du recours à l'intérim. L'exercice mutualisé de l'activité médicale a été présenté aux personnels lors de la fusion comme « envisageable » en cas de « difficultés majeures ». Si la mutualisation des équipes de pédiatrie est intervenue en 2013, celle de l'anesthésie est en revanche toujours en cours.

Dans le cas de l'Hôtel-Dieu du Creusot, la mise en place d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) avec le centre hospitalier de Montceau visait notamment à mutualiser les équipes médicales pour assurer la permanence des soins. Mais la situation financière des deux établissements restant déficitaire, ceux-ci remettent en question ce GCS.

Enfin, au centre hospitalier de Montluçon, une enquête, confiée à un professeur en gynécologie-obstétrique du CHU de Clermont-Ferrand, a été diligentée à la demande de l'ARS, pour évaluer les difficultés de personnels de la maternité. Elle a proposé la mise en place de plans d'urgence en cas de défaut d'un praticien, qui doivent reposer essentiellement sur l'aide en personnel du CHU de Clermont-Ferrand⁹², les autres maternités de la région n'étant pour la plupart pas en capacité de se séparer de leur personnel et d'entrer dans une démarche coopérative.

⁹¹ Depuis 2002, des conventions passées entre le CH de Mulhouse et le CH d'Altkirch ont permis la mise à disposition d'internes puis d'un praticien hospitalier d'abord contractuel puis titulaire, qui effectue neuf demi-journées par semaine en temps additionnel à Altkirch. De plus, un gynécologue de Mulhouse assure aussi neuf demi-journées par semaine en temps additionnel à Altkirch depuis 2004 et participe à l'activité du bloc opératoire (ROD CRC Alsace Centre hospitalier d'Altkirch, mai 2014).

⁹² Un assistant spécialiste du CHU devait prendre ses fonctions pour une durée d'un an à compter de novembre 2014.

II - Des difficultés préoccupantes dans d'autres domaines

Les difficultés que rencontrent certains établissements en matière d'effectifs ne sont pas les seules à peser sur le niveau de sécurité du système de soins en maternité. D'autres découlent d'une insuffisante mise en conformité des locaux, d'un suivi insuffisant du niveau de sécurité des très petits établissements, et de la structuration encore imparfaite de l'offre de soins.

A - Une mise en conformité des locaux inachevée

Le décret du 9 octobre 1998 a posé des règles d'organisation des locaux des maternités, précisant le nombre de lits (15 au minimum) et les conditions de fonctionnement du secteur d'accueil et du secteur de naissance. Il a notamment imposé l'obligation de disposer d'un bloc obstétrical situé à proximité immédiate et au même niveau que les salles de naissance, les conditions d'organisation des unités de néonatalogie et de réanimation néonatale, ainsi que leur nombre de lits, selon les types de structures.

En 2002, de nombreuses maternités n'avaient pas installé les lits de néonatalogie autorisés et 80 % des services de réanimation pédiatrique et néonatale n'étaient pas aux normes⁹³. Selon les résultats de l'enquête nationale périnatale 2010⁹⁴, la conformité des locaux aux normes était mieux respectée qu'en 2002, mais l'effort de mise aux normes n'était toujours pas achevé. Ainsi, si le bloc obstétrical pour les césariennes se trouvait de plus en plus rarement en dehors du bâtiment où est implantée la maternité, 2 % des maternités de type I étaient encore dans une telle configuration. Le bloc obstétrical était plus souvent dans le secteur naissance ou contigu (66 % contre 56 % en 2003) mais 45 % des maternités de type I, 29 % des maternités de type II et même 6 % des maternités de type III ne disposaient toujours pas d'un bloc contigu. Le service était équipé d'une unité de néonatalogie située à l'intérieur même du service dans près des deux-tiers des maternités de types II et III, contre moins de la moitié en 2003, mais celle-ci se trouvait à l'extérieur dans un tiers des cas. Enfin, dans près de huit établissements sur dix, une salle de réveil était disponible 24 heures sur 24 sur le site de la maternité et une unité de surveillance continue présente, mais elles étaient absentes sur le site de la maternité respectivement dans 5 % et 19 % des maternités de type III, 13 et 24 % des maternités de type II, ce qui constitue, seize ans après la parution des textes l'imposant, des carences particulièrement graves et anormales.

⁹³ Cour des comptes, *La politique de périnatalité, Rapport public annuel 2006*, p. 376. La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr

⁹⁴ DREES / DGS / INSERM, *Les maternités en 2010 et leur évolution depuis 2003*, Enquête nationale périnatale 2010, juillet 2011.

Le CHU de Tours, une opération de modernisation immobilière contraire aux normes

Au cours d'une précédente enquête⁹⁵, la Cour avait souligné l'exemple, jugé préoccupant, des opérations immobilières menées au sein du CHU de Tours (de type III) entre 1998 et 2011. Les résistances locales ont empêché le regroupement des services de l'hôpital pédiatrique Gatien de Clocheville⁹⁶ sur le site de Bretonneau. Le CHU de Tours dispose ainsi d'une maternité sur le site de Bretonneau alors que les services de réanimation néo-natales sont installés sur le site de Gatien de Clocheville (distant de 800 à 900 mètres), ce qui n'est pas conforme à la réglementation⁹⁷.

Le projet d'établissement 2012-2016 envisage le transfert de la réanimation néo-natale sur le site de Bretonneau, ce qui mettrait, mais seulement à terme, la maternité du CHU en conformité avec les normes puis, dans un second temps, mais sans perspective calendaire précise, celui également du service pédiatrique. Or le site de Bretonneau est déjà dense. Tout nouveau projet est susceptible de connaître des coûts et délais supplémentaires alors qu'une première opération immobilière d'envergure vient tout juste de s'achever, qui aurait dû inclure dès l'origine ces transferts.

S'agissant du nombre de lits installés dans les établissements qui doit normalement s'établir à un minimum de 15, les établissements déclarant en 2012 disposer de moins de 15 lits étaient au nombre de 44, parmi lesquels 7 comptaient moins de 10 lits (4 lits à Die, 6 à Ussel et à Saint-Affrique, 10 à Apt et à Autun, 11 à Thiers).

Compte tenu de la situation financière dégradée de beaucoup d'établissements et de leur capacité désormais limitée à investir, l'achèvement de la mise aux normes des maternités reste un enjeu lourd dont la poursuite mérite chaque fois d'être soigneusement pesée au regard des nécessités d'une meilleure efficacité des maternités dans leur ensemble et de la perspective d'une accélération inévitable des restructurations (cf. *infra*).

B - De petites maternités fonctionnant dans des conditions de sécurité insuffisamment strictes

Maintenir en activité des établissements réalisant moins de 300 accouchements par an pour des raisons de proximité exige qu'il soit vérifié rigoureusement que leur fonctionnement offre une complète garantie de qualité et de sécurité des soins. Le choix dérogatoire d'une non-fermeture par rapport à un regroupement des accouchements dans une maternité plus importante à plus grande distance du domicile n'est envisageable qu'à conditions de sécurité équivalentes. La moindre durée de déplacement pour la parturiente n'est à cet égard qu'un des éléments à considérer. Or la dérogation qui leur est accordée ne porte que sur l'autorisation donnée de pratiquer un nombre d'accouchements inférieur au seuil de 300 accouchements par an. Les textes n'imposent alors aucun dispositif d'encadrement ou de suivi particulier. Sur l'ensemble des autres points et en particulier la conformité aux normes, ces établissements doivent seulement, selon la DGOS, « comme tout autre établissement autorisé en obstétrique, respecter les conditions techniques de fonctionnement prévues par le code ».

⁹⁵ Cour des comptes, *La gestion du patrimoine immobilier des CHU affecté aux soins*. Communication à la commission des finances du Sénat. La Documentation française, juin 2013, 115 p., disponible sur www.ccomptes.fr

⁹⁶ L'hôpital pédiatrique Gatien de Clocheville est un ancien hôtel particulier construit à la fin du XVIII^e siècle et transformé en hospice en 1881. Il est entièrement dédié aux enfants de 0 à 16 ans. Il regroupe notamment les activités de médecine et de chirurgie, les urgences pédiatriques, le centre de nutrition et la Maison des parents.

⁹⁷ Même si la maternité dispose d'une unité de pédiatrie (1 lit de réanimation néonatale, 8 lits de néonatalogie), elle n'est pas en mesure d'assurer la prise en charge de réanimation sur le site de Bretonneau, avant un éventuel transfert du nouveau-né.

L'octroi d'une dérogation est parfois conditionné par les ARS à la mise en place de mesures de sécurité particulières. Dans le cas de la Polyclinique du sud de la Corse, le SROS PRS précise que « des conventions devront être établies entre cette maternité et les deux maternités de niveau II B ». Le contrat pluriannuel d'objectif et de moyens de l'établissement prévoit en effet de telles dispositions, et une antenne du SMUR d'Ajaccio est implantée à Porto-Vecchio et réalise les transferts. À Saint-Girons en Ariège, l'octroi de la dérogation en 2001 a été conditionné à la mise en place d'une mutualisation des moyens avec le centre hospitalier du Val d'Ariège (type II) voisin, qui met effectivement à disposition deux pédiatres pour des consultations. Aucune visite de conformité n'a toutefois été réalisée depuis l'octroi de la dérogation en 2001.

Cependant, pour d'autres maternités exerçant également de façon dérogatoire, aucun dispositif spécifique visant à renforcer la sécurité n'a été mis en place (par exemple à Die ou à Ussel, cf. *infra*). Surtout, la non-conformité a été relevée à plusieurs reprises sans que l'activité ait été interrompue.

À Ussel et à Die, des risques avérés en matière de sécurité

À Ussel, la maternité, qui a réalisé 250 accouchements en 2013, fonctionne à titre dérogatoire depuis 2001, compte-tenu de l'isolement géographique (le CH de Tulle, maternité la plus proche est à 51 minutes).

Aucune condition particulière n'a alors été posée pour le fonctionnement en dehors de la conformité aux décrets de périnatalité de 1998.

Un rapport d'inspection de l'ARS réalisé en avril-mai 2014, motivé par des difficultés de fonctionnement de l'équipe médicale, a conclu que l'activité de la maternité était non conforme en ce qui concerne l'organisation de la présence du personnel de nuit et du fait de l'impossibilité de joindre un pédiatre 24h/24. Une collaboration avec le CH de Tulle est en cours de mise en place.

À Die, la maternité est implantée dans une zone isolée, à 1 h 15 de Valence. Elle est la structure qui réalise le moins d'accouchements en France (137 en 2013).

L'unique gynécologue-obstétricien est relayé par des remplaçants qui assurent le roulement des astreintes. Un pédiatre est présent deux journées par semaine. La présence chirurgicale est assurée par un chirurgien à temps plein, relayé notamment par un temps partiel du CH de Valence, dans le cadre d'une convention. Des anesthésistes contractuels assurent les gardes.

En juillet 2010, un rapport d'évaluation de la HAS relatif à l'activité de chirurgie du CH de Die a conclu à un nombre insuffisants de praticiens pour assurer les astreintes : aucune présence pédiatrique ou de sage-femme n'était garantie 24/24h. L'ARS a néanmoins renouvelé l'autorisation jusqu'au 31 décembre 2012, pour que l'activité de la maternité puisse être maintenue. En juillet 2011, la commission spécialisée de l'organisation des soins (commission spécialisée de la conférence régionale de santé et de l'autonomie) a émis un avis défavorable au renouvellement de l'autorisation d'obstétrique compte tenu notamment de « dysfonctionnements dans la gestion d'urgences vitales, d'erreurs de diagnostic et de retards à la décision », avis défavorable à la poursuite de l'activité de chirurgie et de maternité maintenu en novembre 2012.

Par courrier du 14 décembre 2012, la ministre a indiqué au président du conseil général de la Drôme qu'elle demandait au DGARS « de renouveler par une décision dérogatoire l'autorisation d'activité d'obstétrique pour une durée de 30 mois et à condition toutefois que les conditions actuelles en matière de sécurité ne se dégradent pas ». En juin 2014, l'ARS a adressé au CH de Die une injonction (article L. 6122-10 du code de la santé publique) visant au dépôt avant fin 2014 d'un dossier complet de demande de renouvellement d'autorisation d'activité en maternité.

Au-delà des maternités dont le maintien en activité exige une dérogation formelle, nombre de maternités de petite taille fonctionnent en dépit de difficultés importantes. Ainsi, bien que le nombre des maternités dont l'activité est comprise entre 300 et 500 accouchements ait baissé de près de 60 % entre 2002 et 2012, avec la fermeture de 47

établissements sur 82 (cf. *supra*), il subsiste 35 maternités de petite taille qui sont confrontées à des difficultés sérieuses sur le plan financier et sur le plan des personnels. Le respect des normes y est inégalement assuré, en particulier en matière de permanence des soins.

Dans quelques cas, ces maternités apportent une contribution à l'offre de soins dont la nécessité est généralement reconnue par les ARS, par exemple à Saint-Flour ou à Autun. Hors ces cas, peu nombreux, d'isolement géographique avéré, le maintien des maternités les plus petites est loin d'être indispensable au maillage de l'offre de soins.

La sécurité des parturientes et des nouveau-nés pourrait dans certains cas être mieux assurée en mettant en place des organisations permettant aux futures mères de résider temporairement à proximité de la maternité, à la fin de la grossesse, selon le principe des « hospitels »⁹⁸ mis en œuvre dans les pays nordiques où l'isolement et les conditions de climat difficiles sont fréquents⁹⁹. C'est une organisation de ce type qui a été mise en place à la Guadeloupe pour les patientes des îles de Marie-Galante, les Saintes et la Désirade, à la suite de la fermeture de la maternité de Marie-Galante et son remplacement par un centre périnatal de proximité.

La fermeture de la maternité de Marie-Galante en Guadeloupe

L'île de Marie-Galante, située à 30 km au sud-est de la Guadeloupe, à une heure de bateau de Pointe-à-Pitre, comptait 11 718 habitants en 2009. La maternité de l'hôpital Sainte-Marie de Grand-Bourg a réalisé 143 accouchements en 2002 et 97 en 2011.

La fermeture de la maternité en octobre 2012 (concomitante à celle du service de chirurgie) a été décidée par l'ARS pour des raisons de sécurité des soins, compte tenu du nombre très faible d'accouchements.

Un centre périnatal de proximité a été mis en place afin d'assurer les consultations de suivi des grossesses, assurées par une équipe permanente de trois sages-femmes (qui assurent notamment les échographies) et deux fois par mois par deux gynécologues-obstétriciens du CHU de Pointe-à-Pitre.

Les accouchements ont lieu au CHU de Pointe-à-Pitre. Un dispositif spécifique a été mis en place pour organiser le transfert des parturientes de l'île, étendu à celles des autres îles de la Guadeloupe (Les Saintes, La Désirade) vers le CHU. Ainsi, le transfert et l'hébergement des parturientes sont organisés au début de la 38^{ème} semaine de la grossesse et sont intégralement pris en charge par l'assurance maternité, sans avance de frais (ainsi que l'hébergement éventuel du conjoint, sous condition de ressources). En cas d'urgence, l'intervention d'un hélicoptère de la sécurité civile est possible pour transporter sur place les personnels disposant des compétences médicales nécessaires.

Depuis la fermeture de la maternité en octobre 2012, la qualité des soins a globalement été améliorée pour les parturientes et les nouveau-nés. Toutefois, deux enfants ont vu le jour sur l'île de Marie-Galante. Le premier, en juillet 2013, est né deux semaines avant la date prévue pour le transfert de sa mère. L'accouchement a été réalisé par les sages-femmes du centre périnatal de proximité. La mère et l'enfant ont été transférés au CHU par bateau après la naissance, l'hélicoptère étant indisponible. Le second, en novembre 2013, n'était pas prématuré. L'accouchement a justifié le recours à l'hélicoptère qui n'est arrivé sur l'île qu'après la naissance. L'enfant est né en bonne santé.

⁹⁸ L'hôtel hospitalier ou « hospitel » est une structure d'hébergement non médicalisée, située au sein ou à proximité d'un établissement de santé, qui accueille des patients dans le cadre de leurs parcours de soins hospitaliers. Il permet d'éviter une ou plusieurs nuits d'hospitalisation classique non indispensables en amont ou en aval d'une intervention médicale, tout en permettant une prise en charge médicale en cas de besoin. Ce dispositif peut, par exemple, se concevoir dans le cadre d'une chirurgie ambulatoire ou d'un traitement du cancer par séances itératives, ou bien encore pour le cas de patient domicilié loin de l'hôpital ou souffrant d'isolement.

⁹⁹ En Suède avec le « Family Suite program » la mère en bonne santé et le nouveau-né sont transférés dans un hôtel pour patients quatre heures après un accouchement sans complication ou après avoir passé une nuit à l'hôpital. Les membres de la famille peuvent y séjourner également s'ils le souhaitent. (Lotta Ellberg, *Postnatal care – Outcomes of various care options in Sweden* -, 2008).

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 cherche à conforter ces initiatives isolées. Elle prévoit en effet le financement expérimental, pour une durée de trois ans, par le fonds d'intervention régional « de dispositifs améliorant le parcours du patient et optimisant les prises en charge hospitalières sur la base d'un appel à projets national ». Cette prestation serait particulièrement adaptée pour assurer en fin de grossesse la présence à proximité de la maternité des parturientes résidant en zone très isolée.

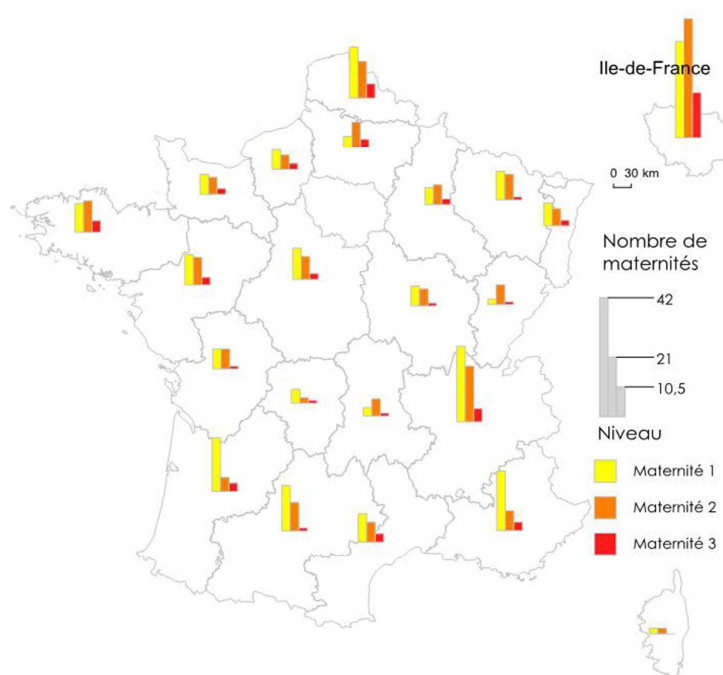
C - Une structuration par type de prise en charge imparfaite

La structuration actuelle de l'offre entre les trois niveaux de soins n'a pas été conçue en fonction des besoins mais résulte essentiellement de l'application de cette classification à la configuration du réseau des maternités pré-existant aux décrets de 1998 et de la capacité inégale des établissements à s'adapter aux normes que ceux-ci ont instituées. Ont subsisté dans la reconfiguration que ces dernières ont provoquées les établissements les moins fragiles, sans lien nécessaire avec les besoins.

1 - Une articulation contingente des différents types de maternités

La répartition après la parution des décrets de 2008 des autorisations d'exercice des services d'obstétrique entre les trois types d'établissements a traduit le constat de l'équipement existant, plus qu'une réflexion sur les besoins de soins de chaque territoire. Depuis lors, ces autorisations d'exercice ont en général été reconduites, les évolutions étant dans la majeure partie des cas le résultat de la fermeture d'établissements, même si parfois elle a été également la conséquence de demandes de modification de leur autorisation d'exercice formulées par des établissements. Il en résulte une structuration hétérogène des soins selon les régions, sans cohérence avec une évaluation fine des besoins.

Carte n° 8 : répartition des maternités en France métropolitaine



Source : Cour des comptes d'après données DREES (SAE 2012)

Sept régions métropolitaines ne disposent que d'une seule maternité de type III, ce qui conduit dans certains cas à constater un report sur celles de type II. L'Auvergne et la Bourgogne comptent une maternité de type III pour 6 maternités de type II, la Franche-Comté et Poitou-Charentes une pour 7, la Lorraine une pour 9 et Midi-Pyrénées une pour 10.

La place importante des maternités de type II dans ces régions peut également traduire la faible présence des établissements de type I. Ainsi, la Franche-Comté compte deux maternités de type I pour 7 de type II. En Auvergne, le département de l'Allier, accueille trois maternités, toutes de type II (Montluçon, Moulins, Vichy), sous équipées au regard de l'autorisation dont elles disposent, et aucune de type I, d'où une dispersion des moyens qui contribue aux difficultés de recrutement des deux premières.

L'absence de lien entre le niveau d'activité et le type d'autorisation peut également être délicate. En effet, un certain nombre de maternités de type I ont une activité significativement plus importante que d'autres maternités de type II voisines, plus petites¹⁰⁰. Dès lors, arithmétiquement, le risque de devoir réaliser des transferts augmente puisque le plus grand nombre d'accouchements est réalisé dans la structure la moins équipée.

A contrario, certaines petites maternités de type II fonctionnent davantage comme des maternités de type I « renforcé » que comme de véritables établissements de type II et ne remplissent pas toutes les normes applicables compte tenu de leur type d'autorisation. Ainsi, les six maternités de type II d'Auvergne ne comptent que deux lits de soins intensifs contre six en principe.

L'articulation entre les deux sous-types d'établissements de type II, le type II A qui dispose d'une unité de néonatalogie et le type II B qui dispose d'une unité de soins intensifs et doit donc prendre en charge des nouveau-nés justifiant de soins plus complexes, n'a pas non plus résulté d'une répartition réfléchie des moyens en fonction des besoins. Dans un seul cas, il a été constaté la traduction concrète, dans l'organisation des soins, de l'existence de deux types intermédiaires, avec un adressage de patientes entre des établissements de type II A et II B à La Rochelle.

2 - Une prise en charge perfectible des grossesses à risque

a) Les naissances multiples

Un peu moins de 13 800 naissances gémellaires et multiples ont été recensées en 2012. Les maternités de type II ont assuré 40 % de ces séjours et celles de type III, 47 %. La part des naissances gémellaires assurées dans des maternités de type I est de 12 %, en baisse par rapport à 2009 (15 %).

Les grossesses gémellaires présentent un risque majoré de complications par rapport aux grossesses uniques. Le taux de prématurité des jumeaux était de 41,7 % en 2010 contre 5,5 % pour les naissances uniques¹⁰¹. En 2012, 5 % du total des naissances multiples se sont terminées par le décès de l'un ou de tous les nouveaux-nés (3 % en type I et II, contre 4 % en 2009 ; 6 % en type III, contre 7 % en 2009).

¹⁰⁰ À Pau, la polyclinique de Navarre (de type I) réalise 1 700 accouchements en 2012, et le CH de Pau (de type III) 1 380. À Perpignan, la clinique Notre Dame d'Espérance (type I), 1 908 accouchements et le CH de Perpignan (type III), 1 637.

¹⁰¹ DREES, *La santé des femmes en France*, enquête nationale périnatale 2010, Études et résultat n° 834, mars 2013.

Aucune règle formelle n'interdit les naissances de grossesses gémellaires dans une maternité de type I¹⁰².

S'agissant des naissances multiples (au-delà de deux nouveau-nés), un très petit nombre de séjours de ce type est pris en charge par des maternités de type I (11 séjours seulement en 2012). Toutefois, plus du tiers de ces naissances ont été marquées par le décès de l'un ou de tous les nouveaux-nés, contre seulement 7 % dans les maternités de type II et 10 % dans les maternités de type III qui accueillent pourtant des grossesses *a priori* plus compliquées.

Les grossesses multiples étant normalement toutes identifiées au moment de la première échographie, il serait possible, sans grande difficulté, d'organiser leur prise en charge dans la quasi-totalité des cas (sauf situation d'urgence) par des maternités de type II et III, afin de limiter au maximum les risques qui y sont associés. Ainsi, la maternité de Cognac, de type I, limite à 0,5 % le taux des naissances gémellaires parmi ses accouchements.

b) Les naissances prématurées

Un peu plus de 58 000 naissances prématurées ont été comptabilisées en 2013. Sur quatre ans, entre 2010 et 2013, on note une diminution assez sensible du nombre de ces naissances en établissement de type I (- 4,1 %) et une augmentation dans les deux autres catégories de maternités (+ 4,8 % en type II et + 5,8 % en type III).

En 2012, sur les 4 322 naissances correspondant aux nouveaux-nés les plus prématurés (de poids inférieur à 1 500 grammes), 545, soit 13 %, se sont déroulées dans des maternités de type I et II, alors qu'elles ne devraient intervenir que dans des maternités de type III. 48 séjours ont eu lieu dans une maternité de type I alors qu'ils relevaient au minimum d'une maternité de type II. En effet, les recommandations du collège national des gynécologues et obstétriciens sur les naissances prématurées (1998) indiquent qu'« il existe des données pour affirmer que la morbidité et la mortalité néo-natales sont diminuées si l'accouchement a lieu dans une maternité où existe une réanimation néo-natale (maternité de type III) ».

L'orientation de la quasi-totalité des grands prématurés vers des établissements de type III doit constituer une priorité des réseaux et des équipes qui suivent les patientes. Elle donne de bons résultats. Les CH de Cognac et de Saint-Flour, par exemple, ont su, grâce à une anticipation systématique, éviter les naissances de prématurés de moins de 32 semaines d'aménorrhée dans leurs services. Encore faut-il que les maternités de type III qui animent les réseaux de périnatalité soient en capacité d'accueillir ces grossesses à risques, ce qui n'est pas toujours le cas.

c) Le risque maternel

Selon l'enquête nationale périnatale 2010, un service de réanimation adulte est présent dans seulement huit maternités sur dix parmi les maternités de types II B et III. En effet, la présence d'un tel service n'est pas exigée par les normes actuelles relatives aux maternités, qui concernent uniquement les conditions de prise en charge des nouveau-nés et ne

¹⁰²

Les recommandations pour la pratique clinique des naissances gémellaires élaborées en 2009 par le collège national des gynécologues et obstétriciens français établissent un cahier des charges composé d'une liste de critères pouvant permettre la prise en charge d'une naissance gémellaire dans toute maternité qui est en mesure de le respecter.

comprennent aucune règle spécifique relative au suivi des parturientes. Toutefois, cette situation (déjà relevée par la Cour en 2012¹⁰³) conduit à augmenter le nombre de transferts.

Devant les résultats médiocres constatés en matière de mortalité maternelle, la question de la présence systématique de services de réanimation adulte au sein des établissements accueillant les grossesses pathologiques devrait être examinée pour que la notion de niveau de soins conduisant à définir le type d'autorisation de chaque établissement tienne compte également des risques relatifs à la santé des mères.

3 - Un recours peu optimal aux maternités de type III

La prise en charge de grossesses à bas risque dans les maternités de type III, qui n'entraîne cependant pas, selon l'INSERM¹⁰⁴, de surmédicalisation des actes, contribue dans certains cas à saturer les capacités d'accueil des établissements au détriment alors du bon accomplissement de leur mission d'accueil des grossesses les plus à risque.

Ainsi, alors que selon l'enquête nationale périnatale¹⁰⁵, seule une petite minorité d'établissements (7 %) déclare avoir souvent des difficultés pour accueillir les femmes par manque de place, de telles difficultés étaient signalées par 25 % des établissements de type III. Plusieurs cas de saturation ponctuelle ont en effet été signalés durant l'enquête. En Île-de-France, il a pu être nécessaire, afin de libérer des lits permettant de recevoir des parturientes dont la situation ou celle de leur enfant l'exigeaient, de transférer d'autres femmes et leurs nouveau-nés en bonne santé dès le lendemain de la naissance vers des structures de type I. Ces situations traduisent des incohérences anormales dans les prises en charge au regard même des objectifs de périnatalité comme aussi en termes d'efficience.

La saturation des maternités de type III peut aussi découler de la structure de l'offre de soins. Ainsi, celle des maternités de type III de Marseille, Nice et Clermont-Ferrand est notamment imputable au fait que les autres maternités de ces villes sont privées, et se révèlent plus onéreuses pour les parturientes en raison des dépassements d'honoraires et frais d'hôtellerie pratiqués dans ces structures.

Enfin, la saturation des maternités de type III peut parfois être la répercussion de la saturation de maternités de type II (notamment en raison du manque de pédiatres). Dans ce cas, les maternités de type III peuvent se trouver contraintes de garder des nouveau-nés qui auraient pu être transférés vers des maternités de type II dès lors que leur état de santé le permettait.

¹⁰³ Cour des comptes, *Rapport public annuel 2012*, Tome II. La politique de périnatalité : l'urgence d'une remobilisation, p. 401. La Documentation française, février 2012, disponible sur www.ccomptes.fr

¹⁰⁴ Dans cette enquête basée sur des données représentatives de naissances à bas risques tirées de l'enquête nationale périnatale 2010, a été étudiée la corrélation éventuelle entre la taille, le niveau de soin ou le statut public ou privé des maternités avec les pratiques que sont le déclenchement du travail, la césarienne, la naissance instrumentale (forceps, cuillères, ventouses) et l'épisiotomie. Elle n'a pas montré de corrélation entre la taille de la structure ou le niveau de soins avec les techniques précitées, à l'exception de l'usage des instruments. Le niveau de technicité était supérieur dans les structures privées, pouvant s'expliquer par des différences dans l'organisation des soins. Des écarts importants existaient entre des structures similaires en termes de taille ou de niveau de soins, en particulier pour l'épisiotomie. « *Obstetric Interventions for Low-Risk Pregnant Women in France : Do Maternity Unit Characteristics Make a Difference ?* » Bénédicte Coulm et al., *Birth*, septembre 2012.

¹⁰⁵ DREES, *Les maternités en 2010, premiers résultats de l'enquête nationale périnatale*, Études et résultats n° 776, octobre 2011.

La capacité pour une maternité de type III d'accueillir à tout moment une grossesse à risque est à considérer ainsi comme un point de vigilance prioritaire, tant de la part des directions hospitalières que des agences régionales de santé. Elle est en effet au fondement même de leur mission.

Cela peut passer par la mise en place de quotas d'inscription pour les grossesses *a priori* physiologiques (c'est-à-dire sans risque identifié), à l'instar de ceux qui sont souvent mis en place en Île-de-France, où les maternités de type III limitent généralement les inscriptions de parturientes dont les grossesses n'ont pas de caractère pathologique (par exemple à la maternité de Port-Royal¹⁰⁶), ou, à l'inverse, dans les établissements connaissant des situations de saturation, la réservation de quotas de places aux grossesses pathologiques. Il serait également possible d'organiser la réorientation systématique des femmes présentant une grossesse physiologique et dont la domiciliation ne correspond pas à la mission de proximité de l'établissement, afin que le suivi de grossesses physiologiques soit véritablement réservé à la patientèle de proximité, en particulier là où la seule offre alternative repose sur le secteur privé lucratif pratiquant des dépassements d'honoraires.

Quelle que soit la solution envisagée, une attention particulière devrait être réservée aux femmes en situation de précarité qui entament plus tardivement, en général, le suivi de leur grossesse, comme le fait la maternité de Port-Royal à Paris.

4 - Une efficacité inégale des réseaux de périnatalité

Dans la plupart des régions, les réseaux de périnatalité jouent un rôle majeur en termes d'organisation des soins et des transferts, d'outils de partage de l'information et de remontée de l'information.

Le regroupement de réseaux présents sur les mêmes territoires pourrait améliorer leur efficacité. Les 55 réseaux de périnatalité s'inscrivent en effet dans des cadres géographiques variés (régionaux, départementaux ou bassin de vie). En région parisienne, le fonctionnement des réseaux est tributaire d'une part du poids des établissements de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) ou plus généralement de gros établissements qui entendent maîtriser les flux de patientes de façon autonome¹⁰⁷, et d'autre part d'organisations très cloisonnées par département conduisant à un foisonnement des réseaux (11) dont l'implication dans l'organisation des transferts est variable. Par exemple, dans les Yvelines, le réseau a centré son activité sur l'épidémiologie (recueil et exploitation des données périnatales), plus que sur la coopération opérationnelle entre établissements visant à l'organisation des parcours. À l'instar de celui des trois réseaux de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur au printemps 2014, le regroupement de réseaux foisonnants dans certaines régions apparaît souhaitable pour améliorer l'efficacité d'ensemble du dispositif et pour optimiser l'utilisation de moyens financiers contraints.

Des cellules permanentes en charge de la gestion et l'optimisation des transferts viennent en outre dans certains cas se superposer aux réseaux. C'est le cas précisément en Île-

¹⁰⁶ Lors de l'inscription, qui a lieu au premier trimestre de la grossesse, les patientes sont réparties en trois listes par les agents du centre d'appel : grossesse normale, grossesse pathologique, situation de précarité. Lorsque le quota d'inscription permettant un taux d'occupation de 90 % est atteint, les grossesses sans pathologie annoncée sont refusées.

¹⁰⁷ C'est le cas du centre hospitalier Sud Francilien qui demande à être saisi préalablement à tout recours au réseau en cas de transfert.

de-France avec la cellule régionale de transfert du site de l'hôpital Antoine Béchère de Clamart (cf. monographie sur l'Île-de-France). Il serait utile d'éviter les redondances, en renforçant le rôle direct des réseaux dans l'organisation des transferts.

Bien qu'elles appartiennent généralement aux réseaux de périnatalité, l'articulation avec l'activité des services de Protection maternelle et infantile (PMI) est inégale et peut être améliorée, aussi bien avant les naissances qu'après la sortie de la maternité, les PMI n'assurant généralement pas de retour d'information vers les réseaux ou les maternités sur le devenir des enfants pris en charge.

Enfin, une généralisation des dossiers médicaux partagés et informatisés pourrait permettre d'améliorer le suivi des parturientes.

Pour encourager ces évolutions, les ARS devraient désormais intégrer aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens qu'elles passent avec les réseaux des indicateurs non plus seulement quantitatifs mais relatifs au contenu de leur action et aux résultats effectivement obtenus en matière d'amélioration des résultats de périnatalité.

5 - Une articulation parfois mal assurée dans le suivi des grossesses

Selon les régions et selon les territoires de santé, la place des médecins de ville et des sages-femmes libérales dans la prise en charge des parturientes est extrêmement variable. Dans certains cas, les maternités délèguent de fait une grande partie de leur activité de consultations au secteur libéral, par exemple en région Nord-Pas-de-Calais. Dans cette région, la fermeture de maternités de type I a accru l'activité de structures publiques qui ont été amenées à faire suivre les grossesses par les médecins de ville ou les sages-femmes libérales, pour n'accueillir les consultantes que vers 6 ou 7 mois.

Le suivi des parturientes en ville pendant la grossesse peut, s'agissant des grossesses physiologiques, être intégralement réalisé par les médecins de ville, conduisant à ce que des femmes ayant des grossesses physiologiques sont suivies par des médecins, alors que, si l'hôpital avait assuré le suivi de leur grossesse, les consultations auraient généralement été réalisées par des sages-femmes. L'absence d'une offre suffisante de médecins libéraux place *a contrario* d'autres établissements dans l'obligation d'assurer l'intégralité du suivi des grossesses. C'est le cas à Saint-Flour et à Montluçon.

Un suivi de grossesse inégalement assuré : l'exemple de l'Auvergne

En Auvergne (cf. monographie régionale), le nombre de maternités est passé de 19 en 1996 à 10 en 2014. Comme la Bourgogne, l'Auvergne dispose d'un réseau de périnatalité performant. Dans cette région, en dépit des difficultés d'accès, les restructurations intervenues entre 2001 et 2010 n'ont pas conduit à une hausse globale du temps médian régional d'accès des parturientes (bien que dans le Cantal et en Haute-Loire, le quart des femmes habite à plus de 39 minutes de la maternité la plus proche). La nécessité d'assurer le suivi des grossesses même dans les zones isolées en dépit de l'arrêt des accouchements a conduit à la mise en place de plusieurs CPP qui jouent un rôle important dans l'offre de soins¹⁰⁸.

¹⁰⁸ Une situation similaire est constatée dans les départements des Hautes-Alpes et des Alpes de Haute Provence, où les temps d'accès médians ont été stables, voire ont diminué (passant respectivement de 16,75 à 17 minutes et de 32,5 à 30 minutes). Mais la situation est très contrastée puisqu'un quart des femmes se trouve respectivement à plus de 36,5 minutes et 48,5 minutes de la plus proche maternité. Les CPP d'Embrun et de Sisteron, et la maternité de Briançon, permettent de limiter les difficultés d'accès aux soins.

Mais la région connaît une faible densité médicale qui fragilise un certain nombre d'établissements. Ceux-ci sont amenés à recentrer leur activité sur l'accouchement *stricto sensu*, et à réduire leur implication dans le suivi des grossesses. Ainsi à Montluçon, l'obtention d'un rendez-vous avec les deux praticiens hospitaliers de la maternité requiert plus de huit mois de délai. La plupart (71 %) des consultations y sont réalisées par les sages-femmes. Or la médecine de ville ne parvient pas à prendre le relais. La maternité est contrainte d'adresser un certain nombre de parturientes aux sages-femmes libérales (pour l'entretien prénatal précoce), tandis que les consultations de suivi gynécologique de routine sont largement orientées vers les médecins traitants des parturientes, voire les internes. À Saint-Flour, l'unique gynécologue obstétricien libéral approche de la retraite ; il n'y a dans la commune qu'un pédiatre libéral et une seule sage-femme libérale, qui exerce à temps partiel à l'hôpital.

L'ARS a identifié des fragilités en matière de médecine générale dans 65 bassins de santé rassemblant près de 28 % de la population régionale. La densité de pédiatres est inférieure de 21 % à la moyenne nationale. En conséquence, c'est l'ensemble de la filière de suivi de la grossesse qui peut se trouver fragilisé.

Certains établissements ont recours à des sages-femmes libérales qui assurent le suivi des grossesses physiologiques au sein même de l'établissement (c'est le cas à l'hôpital Antoine Béchère de Clamart). Un tel dispositif est même en cours de formalisation à l'hôpital de Mantes-la-Jolie, pour répondre à la fuite de patientèle causée par les délais de consultation en mettant en place un réseau ville/hôpital formalisant une collaboration entre les équipes hospitalières, les sages-femmes libérales et la médecine de ville. Les consultations hospitalières vont être réorganisées pour accueillir les femmes en début de grossesse sur une seule et même journée (échographie du 1^{er} trimestre, dépistage trisomie 21, entretien prénatal précoce, ouverture de dossier, etc.), le suivi étant ensuite réalisé en libéral par les sages-femmes puis pris en charge par l'hôpital à partir de 24 semaines.

Les difficultés d'articulation entre la ville et l'hôpital apparaissent particulièrement marquées à propos de l'entretien prénatal précoce prévu (sans être obligatoire) au 4^{ème} mois et destiné à détecter les femmes dont le suivi doit être renforcé. Bien que selon l'enquête nationale périnatale de 2010, 20 % environ des femmes en aient bénéficié, il est difficile de connaître son taux de réalisation de façon rigoureuse car cet entretien est mal identifié par les femmes auxquelles il s'adresse, comme par les établissements : il peut avoir lieu en ville comme à l'hôpital ou dans un service de PMI, et être réalisé aussi bien par une sage-femme que par un médecin (gynécologue-obstétricien ou généraliste). Les maternités organisent pour leur part ces entretiens de façon très irrégulière, cet examen semblant souvent négligé parce qu'insuffisamment rentable ou en raison de vraies carences en personnel. Il s'agit pourtant d'un facteur important pour pouvoir anticiper des difficultés et des risques tant pour l'enfant que pour la mère.

L'organisation de l'ensemble de la filière de prise en charge, incluant hôpital, médecins généralistes et spécialistes en ville, sages-femmes libérales et PMI, mériterait ainsi d'être périodiquement analysée selon un cadre territorial pertinent pour que le suivi des femmes durant leur grossesse soit adapté à leurs besoins dans une logique d'ensemble d'économie de moyens et non en fonction de la disponibilité des différents acteurs.

Une répartition du suivi entre l'amont et l'aval à revoir

La Cour a plusieurs fois¹⁰⁹ relevé la disproportion entre le suivi très large de la grossesse réalisé avant l'accouchement et le suivi post-natal qui pourrait utilement être renforcé à coûts constants.

En effet, l'éclatement du suivi des parturientes avant la grossesse entre différents professionnels de santé et structures de soins est propice à un suivi plus fréquent que ne le prévoit la réglementation. En effet, alors que le nombre de visites prénatales est fixé à 7, le nombre moyen de visites effectivement réalisé est passé de 8,9 à 9,9 entre 2003 et 2010 et celui des échographies de 4,5 à 5¹¹⁰. Par ailleurs, les huit séances de préparation à la naissance qui sont aujourd'hui prises en charge (en incluant l'entretien prénatal précoce) pourraient utilement être réorientées vers le suivi post-natal. En effet, le renforcement, à coût constant, du suivi post-partum constitue un enjeu important¹¹¹.

III - Des efforts à mieux cibler pour améliorer la sécurité des soins

L'amélioration de la sécurité de la naissance passe par une analyse des populations, des établissements et des zones au sein desquels les résultats sont les plus dégradés, afin de définir des priorités d'action.

A - En métropole, des efforts à concentrer particulièrement sur certains établissements

Le taux d'enfants mort-nés augmente avec le type de maternité, ce qui est normal dès lors que les grossesses les plus à risque doivent avoir lieu dans des établissements de type III. Il atteint ainsi, en 2012, 4,3 ‰ en maternités de type I, 6,6 ‰ en maternités de type II et 16,3 ‰ en maternités de type III.

Le taux constaté dans les maternités de type I est en hausse continue et sensible (passant de 3,6 ‰ en 2002 à 4,1 ‰ en 2008 et 4,3 ‰ en 2012). Même si ces données sont à considérer avec précaution, compte tenu de difficultés méthodologiques dans le recueil de l'information, elles interrogent d'autant plus que ces établissements n'ont normalement pas vocation à recevoir de grossesses pathologiques.

L'analyse du taux d'enfants mort-nés dans chaque établissement montre en outre l'existence dans certaines maternités de type I de résultats particulièrement dégradés par rapport à la moyenne des maternités de ce type. Ainsi, sur les 255 maternités classées en type I en 2012, si 131 présentent un taux inférieur à la moyenne de leur catégorie (4,3 ‰) on relève pour 33 maternités un taux d'enfants morts nés près du double (8,4 ‰) de la moyenne générale (4,3 ‰). Parmi ceux-ci, figurent 20 établissements dont les taux étaient supérieurs ou

¹⁰⁹ Cf. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011*, chapitre X, La prise en charge à 100 % de dépenses de santé par la sécurité sociale, septembre 2011, p. 300, et chapitre VI, Le rôle des sages-femmes dans le système de soins, p. 198, disponible sur www.ccomptes.fr et *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2014*, chapitre XIII. L'assurance maternité, une place à clarifier, La Documentation française, septembre 2014, p. 399, disponible sur www.ccomptes.fr

¹¹⁰ DREES, *Surveillance de la grossesse en 2012 : des inégalités socio-démographiques*, Études et résultats, n° 848, juillet 2013. Étude fondée sur les données de l'enquête nationale périnatale.

¹¹¹ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2014*, chapitre XIII, L'assurance maternité, une place à clarifier, La Documentation française, septembre 2014, p. 403, disponible sur www.ccomptes.fr

égaux à 10 % en 2012, plusieurs étant compris entre 15 et 20 %, dont la très grande majorité ont réalisé moins de 1 000 accouchements en 2012.

Ces données pourtant particulièrement préoccupantes ne font pas l'objet d'analyses systématiques. Les résultats de périnatalité obtenus dans les différents types d'établissements ne font l'objet en effet que de très peu d'études. En particulier, ils ne sont en général pas analysés selon le niveau de soins fourni par la structure ou la taille de l'établissement. Une étude de 2012 examinant le risque de mort maternelle en lien avec le type et le niveau d'activité montre pourtant un lien possible.

Le risque de mort maternelle et le type et le niveau d'activité des maternités

Une étude de 2012¹¹², menée sur un échantillon de 106 maternités françaises, permet d'éclairer le lien entre la première cause de mort maternelle, l'hémorragie grave du postpartum, et le profil des établissements accueillant les parturientes.

Cette étude, portant sur la période décembre 2004 - novembre 2006, établit que la prise en charge des hémorragies graves du postpartum après un accouchement par voie basse dans les établissements de l'échantillon n'était pas optimale dans 65,9 % des cas. Ces soins non optimaux apparaissaient significativement plus fréquents dans les maternités publiques non universitaires et dans celles effectuant moins de 2 000 accouchements annuels et/ou l'obstétricien n'était pas présent 24 heures sur 24.

Les revues de morbi-mortalité assurées par la plupart des réseaux de périnatalité (par exemple en Île-de-France, en Nord-Pas-de Calais, en Bourgogne) ne pallient pas ce défaut de vigilance. En effet, elles sont généralement orientées vers la recherche d'une amélioration collective de la pratique médicale dans un territoire, et n'ont pas vocation à nourrir une réflexion sur l'autorisation de la structure de soins où l'événement a eu lieu au regard de ses indicateurs de périnatalité.

Une telle analyse est cependant réalisée en Île-de-France par une équipe de l'ARS selon une procédure qui mériterait d'être étendue à l'ensemble du territoire.

B - Des populations précaires au suivi à renforcer

S'agissant des populations défavorisées, l'enquête nationale périnatale présente des constats particulièrement préoccupants. Selon la DREES¹¹³, « on observe encore des différences sociales de prématurité et de petits poids de naissance selon le niveau d'études et le groupe social de la mère, et que celles-ci sont même dans certains cas en accroissement (...). Les modalités de suivi de la grossesse sont significativement moins bonnes pour les populations défavorisées ».

En Île-de-France, la précarité des femmes enceintes impacte négativement les résultats en matière de périnatalité, par exemple dans le département de Seine-Saint-Denis. Les indicateurs régionaux sont particulièrement médiocres, notamment pour la mortalité néonatale (qui atteint 3,6 % contre 2,3 % en France) et pour la mortalité maternelle (12,5 décès maternels pour 100 000 naissances contre 9,4 en France métropolitaine). Une étude de

¹¹² C. Dupont, C. Deneux-Tharaux, C., Prise en charge des hémorragies graves du post-partum après un accouchement par voie basse : étude en population dans 106 maternités françaises. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, mai 2012.

¹¹³ Etudes et résultats n° 848, Surveillance de la grossesse en 2010 : des inégalités socio-démographiques, juillet 2013.

l'INSERM¹¹⁴ a montré que, après retraitement de l'âge, de la nationalité et des caractéristiques de leur grossesse, les femmes en question avaient plus fréquemment reçu des soins non optimaux que dans d'autres régions. Elle estimait en conséquence que cette situation pouvait être liée à des défauts d'organisation du système de soins dans la région¹¹⁵.

En Nord-Pas-de-Calais, où l'amélioration de l'accès aux soins des populations les plus précaires constitue l'un des axes du SROS, le premier indicateur de suivi retenu porte sur l'accès au suivi de grossesse pour les femmes en situation de précarité.

Certaines zones rurales, par exemple en Bourgogne et en Auvergne, sont aussi fragiles. En Bourgogne, malgré un taux de pauvreté régional moyen relativement faible¹¹⁶, il existe des poches de pauvreté importantes marquées dans certains cas par la réapparition de la tuberculose et par des problèmes importants d'obésité. De ce fait, le réseau de périnatalité a estimé nécessaire de créer un nouvel indicateur permettant de prendre en compte l'indice de masse corporelle dans les paramètres à risque de la grossesse. À la maternité du CHU de Clermont-Ferrand, où le taux de bénéficiaires de la CMU était de 14 %, la précarité allonge de 50 % la durée moyenne de séjour, en raison de la nécessité d'apporter à la mère des soins complémentaires à l'occasion de la naissance de son enfant.

C - Dans les DOM, un système de soins à la peine

Comme le relevait la Cour en juin 2014 dans son rapport public thématique « La santé outre-mer, une responsabilité de la République », une surmortalité infantile persiste dans tous les outre-mer qui s'est en partie aggravée dans la période récente, avec un taux qui variait en 2012 de 4,1 à 9,9 ‰ naissances (3,3 en métropole)¹¹⁷. S'agissant de la mortalité maternelle, l'étude précitée de l'INSERM sur la période 2007-2009 montre que les départements d'outre-mer ont un taux particulièrement élevé de 32,2 pour 100 000, soit plus du triple du taux de la France métropolitaine (9,4).

1 - Dans trois DOM, des indicateurs qui restent à améliorer malgré une offre de soins globalement satisfaisante

À la Réunion, en Guadeloupe et en Martinique, les indicateurs de périnatalité sont significativement moins bons qu'en métropole. La mortalité maternelle y est préoccupante. Sur la période 2001-2006, la seule sur laquelle des données détaillées sont disponibles, on enregistrait 26,4 décès pour 100 000 accouchements à la Réunion, 38,8 en Guadeloupe et 21,5

¹¹⁴ Understanding regional differences in maternal mortality : a national case-control study in France, Saucedo, Deneux-Tharaux, Bouvier-Colle, INSERM, International Journal of Obstetrics and Gynaecology, décembre 2012.

¹¹⁵ Deux réseaux régionaux transversaux ont pour mission la prise en charge de femmes enceintes vulnérables, l'un pour les femmes enceintes en très grande précarité (SOLIPAM), l'autre pour les femmes enceintes en situation d'addiction ou de troubles psychiatriques (DAPSA). Certains établissements, comme la maternité de Port-Royal, ont une politique spécifique d'accueil de ces populations.

¹¹⁶ Avec un taux de bénéficiaires de CMU complémentaire de 5 %, inférieur à la moyenne de la France (6,7 %).

¹¹⁷ Le défaut d'actions périnatales (consultations ou césariennes trop tardives, sous-estimation de la gravité, délais d'intervention, absence de pédiatre et/ou de gynécologue, faiblesse de moyens de diagnostic et de surveillance) explique jusqu'aux deux tiers de cette surmortalité, tandis qu'un dixième environ est lié à des malformations congénitales et à des anomalies chromosomiques.

en Martinique, contre 9,6 pour la France entière¹¹⁸. La mortalité infantile est double de celle de la métropole (7,4 ‰ à la Réunion, 8,1 en Guadeloupe, 8,3 en Martinique contre 3,5 sur la France entière¹¹⁹), de même que le taux de naissances prématurées.

Pourtant, dans ces trois DOM, on ne constate pas de pénurie en matière d'offre obstétricale. L'île de la Réunion compte deux maternités de type III, quatre maternités de type II (dont deux privées), une maternité de type I et un centre périnatal de proximité. Le nombre des professionnels de santé est satisfaisant, notamment pour les gynécologues obstétriciens et les pédiatres, dont la densité est même supérieure à celle de la métropole.

De même, en Guadeloupe, le département garde, après la fermeture de la maternité de Marie-Galante (cf. *supra*), deux maternités de type III à Pointe-à-Pitre et à Basse-Terre¹²⁰ et deux maternités de type I privées lucratives.

En Martinique, l'offre de soins est également satisfaisante, avec des densités de gynécologues-obstétriciens et de sages-femmes supérieures à celles de la métropole. En matière hospitalière, la fusion prévue des trois hôpitaux publics conduira au maintien de deux maternités (à Fort-de-France, de type III, et à Trinité, de type II) et au transfert de la troisième (de type II), du site du Lamentin vers Fort-de-France¹²¹. Deux maternités privées de type I sont par ailleurs en activité à Schœlcher et à Fort-de-France.

2 - Une situation très tendue à Mayotte

La situation en matière de périnatalité est particulièrement difficile à Mayotte, en raison d'une natalité dynamique en lien avec une très forte immigration clandestine, alors que le système de santé n'est pas à la hauteur des défis qui lui sont posés.

L'indice de fécondité (4,1 enfants par femme) est le double de celui de la métropole, et 6 524 accouchements ont été recensés en 2013 (6 003 à l'hôpital). Les résultats en matière de périnatalité sont médiocres. La mortalité maternelle est estimée à 50 décès pour 100 000 naissances, contre 9,4 en métropole. Le taux de prématurité en 2012 était de 11 % (contre 7 % en métropole) et celui des grands prématurés de 2 % (contre 0,7 %). De manière générale, les taux de mortalité périnatale sont supérieurs à ceux de la Réunion et de la métropole.

Le suivi des grossesses est très insuffisant et l'orientation des patientes aléatoire. Le centre hospitalier de Mayotte rencontre des difficultés aiguës pour recruter et fidéliser son personnel médical¹²². En 2012, la moitié des postes de gynécologie-obstétrique étaient vacants ou occupés par des remplaçants. Ces difficultés n'épargnent pas les sages-femmes, dont le turn-over important induit un fort contingent d'heures supplémentaires. L'établissement

¹¹⁸ Institut national de veille sanitaire, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 19 janvier 2010.

¹¹⁹ INSEE, données 2010-2012.

¹²⁰ Le SROS-PRS prévoit la suppression du plateau pédiatrique de la maternité du centre hospitalier de Basse-Terre, qui relèverait désormais du type II.

¹²¹ Voir Cour des comptes, *La santé dans les outre-mer, une responsabilité de la République*. La Documentation française, juin 2014, p. 28, disponible sur www.ccomptes.fr

¹²² Devant la gravité de la situation, une indemnité particulière pour les praticiens hospitaliers a été créée par un décret, dont le versement est soumis à une condition de résidence de quatre années. L'établissement a été autorisé à recruter des médecins à diplôme hors Union européenne sur des postes de praticiens attachés associés. L'hôpital a eu recours à la réserve sanitaire pour l'envoi immédiat de gynécologues obstétriciens à Mayotte afin de couvrir la période estivale.

n'assure donc que la consultation du 9^{ème} mois¹²³, le reste du suivi étant assuré par les 22 centres de PMI de l'île. Les femmes sont ensuite orientées, en fonction des risques présentés, soit vers le site principal de Mamoudzou, maternité de type IIB, soit vers l'un des quatre centres de référence de l'île, entièrement gérés par des sages-femmes¹²⁴.

Cette organisation peu rigoureuse génère un nombre important de transferts entre les structures. 30 % des accouchements de la maternité de Mamoudzou sont des transferts entrants. L'accouchement de ces parturientes, en provenance des autres structures de l'île, présente un risque et leur enfant nécessite des soins néonataux. Elles auraient dû être orientées vers la maternité de type II en fin de grossesse. Les transferts sortants sont également importants : 3 000 femmes sortent de la maternité trois heures après la naissance de leur bébé, pour être accueillies dans un des quatre centres de référence.

3 - De graves difficultés en Guyane

La population de la Guyane, estimée à 250 000 habitants, a crû de 25 % en dix ans et de 99 % en 20 ans. Le taux brut de natalité est de 26,8 pour mille habitants, contre 12,6 pour la France entière. L'indice conjoncturel de fécondité (3,5 enfants par femme en 2012) est très largement supérieur à celui de la France entière (2,01).

Il en va de même du taux de mortalité infantile (9,9 ‰ sur la période 2010-2012) qui est près de trois fois supérieur à celui de la métropole (3,5)¹²⁵. La mortalité maternelle s'établissait pour sa part à 47,9 pour 100 000 naissances sur la période 2001-2006¹²⁶, soit plus du quintuple de celle de la métropole.

Ces résultats très dégradés sont notamment imputables à un suivi insuffisant des grossesses (30,5 % des femmes seulement bénéficient de sept consultations prénatales), du fait notamment d'une faible densité médicale, mais aussi des difficultés particulières liées à l'étendue du territoire et à l'importance de l'immigration clandestine. En 2009, la population immigrée représentait 30 % de la population et 53,5 % des parturientes étaient de nationalité étrangère, dont la moitié en situation irrégulière.

Cette situation confronte les deux centres hospitaliers de Guyane à de grandes difficultés. Si le centre hospitalier de Cayenne a pu procéder à la reconstruction de son pôle mère-enfant, tel n'est pas encore le cas pour celui de Saint-Laurent-du-Maroni, installé dans un ancien bain et particulièrement vétuste.

¹²³ Et de manière incomplète puisqu'en 2013, le CHM n'avait assuré que 32 620 consultations et 4 995 échographies de grossesse pour 6 003 accouchements.

¹²⁴ Le fonctionnement de ces maternités périphériques ne respecte pas les conditions prévues par le code de la santé publique. L'activité de gynécologie-obstétrique et de néonatalogie y est exercée sans autorisation. Ne sont présents sur place (ou en astreinte opérationnelle exclusive) ni gynécologue-obstétricien, ni anesthésiste, ni pédiatre. La permanence des soins n'est donc pas assurée et les interventions chirurgicales abdomino-pelviennes ne sont pas envisageables. Ces centres, dans leur fonctionnement actuel, n'entrent dans aucun cadre juridique : ils ne sont ni des maternités de niveau 1, ni des centres périnataux de proximité (CPP), ni des maisons de naissance.

¹²⁵ INSEE, données 2010-2012.

¹²⁶ Institut national de veille sanitaire, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 19 janvier 2010. La dernière enquête (Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles, France, 2007-2009, INSERM, octobre 2013) ne distingue pas les résultats selon les différents DOM.

La maternité de Saint-Laurent-du-Maroni, de grands retards de modernisation

Maternité publique de type II B, la maternité de Saint-Laurent-du-Maroni a vu son nombre d'accouchements tripler en 20 ans, pour s'établir à environ 2 400 par an. Mais ce n'est que fin 2011 que la capacité de la maternité est passée de 21 à 45 lits, avec un taux d'occupation de 80 %, sans pour autant que l'ensemble du matériel et mobilier nécessaire ait été installé dans les nouvelles chambres. En 2013, une demi-douzaine de lits de prématurés était encore regroupée dans une seule chambre.

En raison des besoins, la capacité en pédiatrie est passée quant à elle de 9 à 15 lits dans un premier temps, avant d'être doublée. La capacité du service de néonatalogie a doublé, passant de 6 à 12 lits en 2013, et celui de néonatalogie intensive de 3 à 5 lits.

Une mission d'information du Sénat s'est rendue sur place en avril 2011. Elle avait souligné la vétusté des locaux qui ne permettait pas d'assurer la sécurité des professionnels et des patients, sans possibilité d'installation supplémentaire de lits, du fait de leur configuration.

La reconstruction du site, prévue pour débuter en 2014, pour un montant de 112 M€, devrait permettre à compter de janvier 2017, d'accueillir les patients dans 220 lits et 20 places au total dans le secteur médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) (dont 87 lits d'obstétrique), contre 106 lits et 8 places actuellement.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Priorité assignée au système de soins en maternités par les décrets de 1998, la sécurité de la grossesse et celle de la naissance doivent être assurées avec une rigueur encore renforcée, dans un contexte où la France n'occupe qu'une place moyenne parmi les pays européens au regard des indicateurs de périnatalité.

Plus de 15 ans après la parution des textes, les normes de personnel apparaissent toujours imparfaitement respectées. Alors que les effectifs de médecins spécialisés dans la naissance (gynécologues-obstétriciens, pédiatres, anesthésistes) n'ont pourtant jamais été aussi élevés, de même que ceux des sages-femmes, les perspectives démographiques de ces professions sont marquées, à l'exception de cette dernière, par une grande fragilité à terme désormais rapproché. Des disparités géographiques déjà considérables provoquent des difficultés de recrutement récurrentes dans de nombreux établissements peu attractifs, en zone rurale comme urbaine. Elles conduisent à la mise en œuvre de solutions partielles coûteuses, fragiles, et parfois susceptibles de mettre en cause la sécurité des soins. La perspective de départs en retraite massifs, alors même que les flux de formation n'ont augmenté que tardivement et de manière relativement limitée et la nouvelle réglementation relative au temps médical laissent augurer d'une aggravation rapide de ces difficultés et corrélativement des risques qu'elles entraînent.

Dans d'autres domaines aussi la situation apparaît préoccupante au regard de la sécurité des prises en charge, qu'il s'agisse de l'inachèvement de la mise en conformité des locaux, de l'insuffisante vigilance apportée aux conditions de fonctionnement des très petites maternités poursuivant leur activité à titre dérogatoire alors qu'elles auraient dû réglementairement fermer, d'une structuration des niveaux de prise en charge peu cohérente et mal adaptée à la réalité des besoins, avec pour conséquence un accueil perfectible des grossesses à risque, en particulier en raison d'un recours non optimal aux maternités de type II, d'un inégal fonctionnement des réseaux de périnatalité et d'un suivi parfois mal assuré des grossesses.

Des situations particulières appellent à cet égard une priorité d'action. Certains établissements connaissent en effet des résultats dégradés au regard des indicateurs de périnatalité. Le suivi des femmes dans une situation précaire est généralement défaillant alors qu'elles concentrent des risques élevés au regard de la sécurité des naissances, pour

elles-mêmes comme pour l'enfant qu'elles portent. Enfin, la prise en charge de la maternité dans deux départements d'outre-mer - Guyane et Mayotte - appelle une attention vigilante tant elle continue à apparaître défaillante.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

- 2. contrôler la sécurité du fonctionnement des maternités bénéficiant d'une autorisation d'ouverture par dérogation au seuil de 300 accouchements par an, et plus largement dans l'ensemble des petites maternités, et les fermer sans délai en cas d'absence de mise en conformité immédiate ;*
 - 3. mieux organiser la prise en charge des grossesses à risque, en renforçant l'efficacité des réseaux de périnatalité et clarifiant le rôle des maternités de type III ;*
 - 4. examiner l'opportunité de formaliser des normes spécifiques pour les maternités réalisant plus de 4 000 accouchements par an et de rendre obligatoire la présence d'un service de réanimation adultes dans les maternités de type III ;*
 - 5. systématiser l'analyse des résultats de périnatalité des maternités et subordonner en cas de résultats dégradés la poursuite de l'activité à la mise en œuvre des mesures correctrices appropriées ;*
 - 6. renforcer le suivi des femmes enceintes, tout particulièrement en situation de précarité, par une meilleure articulation des acteurs de la médecine de ville et hospitalière et par une répartition plus équilibrée du suivi anténatal et post-natal.*
-

Chapitre III

Des réorganisations indispensables à piloter activement

Confrontées, comme déjà évoqué, à des difficultés importantes pour assurer le respect des règles de sécurité auxquelles elles sont astreintes, les maternités connaissent par ailleurs globalement une situation financière précaire, alors même que leurs indicateurs d'efficience sont médiocres. De nouvelles restructurations sont ainsi aussi inévitables que nécessaires. Elles sont à anticiper par les pouvoirs publics et à organiser activement pour assurer une offre adaptée aux besoins, offrant les garanties de sécurité indispensables, et pérenne.

I - Des maternités à la fois financièrement fragiles et coûteuses

A - Une situation financière généralement précaire

Le résultat des maternités n'est pas isolé dans les comptes des établissements de santé auxquels elles appartiennent et ne peut être aisément analysé. En effet, pour les établissements qui les réalisent, les comptes de résultat analytiques (CREA) regroupent quasiment systématiquement l'activité de maternité au sein de « pôles mère-enfant » qui comprennent au-delà de l'obstétrique toute l'activité pédiatrique, voire gynécologique.

Les agences régionales de santé réalisent ponctuellement des analyses centrées autour d'un établissement dans le contexte d'une demande d'aide financière, comme par exemple l'ARS de Bourgogne pour le centre hospitalier d'Autun, mais aucune analyse globale de l'équilibre financier des maternités n'est conduite au sein des administrations.

L'examen de la gestion du centre hospitalier d'Auxerre réalisé par la chambre régionale des comptes de Bourgogne, Franche-Comté a permis de constater que la maternité de cet établissement contribuait à son résultat positif grâce à une activité d'accouchements qui a presque doublé sur les 20 dernières années.

À Auxerre, une maternité aux résultats positifs

L'hôpital d'Auxerre compte 565 lits ou places dont 56 lits et 2 places en obstétrique. C'est le seul service de gynécologie-obstétrique pour une population d'environ 200 000 habitants du sud du département de l'Yonne doté d'une maternité de type II B. Les naissances sont passées de 1 100 en 1995 à plus de 2 100 à la suite des fermetures successives de six maternités (cf. *supra* chapitre I). En 2011, la part de marché du CH d'Auxerre sur la zone d'attractivité était de 94,6 % en obstétrique, contribuant à rentabiliser l'établissement.

L'activité « maternité-gynécologie » dégage en effet des résultats positifs : + 535 919 € en 2010, + 644 262 € en 2011, + 283 495 € en 2012 et + 369 540 € en 2013. Le résultat obtenu en 2013, année de la mise en service du pôle mère-enfant, reste positif malgré la croissance de l'ensemble des postes de charges qui n'intègrent cependant pas encore les amortissements liés à la mise en place de ce nouveau pôle.

Cette situation se rencontre peu fréquemment. Ainsi, les établissements ayant une activité quasi-exclusive d'accouchements, très peu nombreux (centre hospitalier du Belvédère à Mont-Saint-Aignan près de Rouen, qui a fait l'objet d'un examen de sa gestion par la chambre régionale des comptes de Basse-Normandie, Haute-Normandie, évoqué *infra*, hôpital des Bluets-Pierre Rouquès et maternité des Lilas en Île-de-France), pour lesquels les comptes de la maternité sont par définition isolables, font apparaître tous trois des situations financières extrêmement difficiles.

L'examen de la situation financière des 18 établissements retenus pour l'enquête a montré que la grande majorité d'entre eux est confrontée à un déficit, plus ou moins aigu selon les cas, au regard de la couverture des charges directes de la maternité (petit équilibre), mais qu'ils ne parviennent quasiment jamais à couvrir l'ensemble des coûts directs et indirects, surtout dès lors qu'ils doivent amortir un investissement qui a pu être important.

Au sein de l'échantillon, seuls deux établissements parviennent à l'équilibre. Outre leur grande taille, ils se caractérisent par une activité très technique et/ou très diversifiée. C'est le cas de la maternité de l'hôpital Antoine Béchère (AP-HP) à Clamart, spécialisée dans la médecine prénatale (procréation médicalement assistée et diagnostic préimplantatoire), qui est excédentaire sur toute la période examinée. L'hôpital Trousseau (AP-HP) à Paris (maternité de type III assurant un grand nombre de naissances prématurées) parvenait en 2012 tout juste à l'équilibre, essentiellement grâce à la contribution de la réanimation néonatale.

En revanche, tous les autres établissements sont dans des situations financières précaires. Ainsi, au centre hospitalier de la Rochelle, en tenant compte de l'ensemble des dépenses directes et induites, l'activité de gynécologie-obstétrique génère un déficit annuel d'environ 2 M€, couvert par les autres activités de l'hôpital. À Pertuis, le déficit de la gynécologie-obstétrique représente 22 % des recettes. Les structures financièrement fragiles sont également nombreuses parmi les grosses maternités. Ainsi, le taux de marge sur coûts directs de la maternité d'Argenteuil, de 24 %, ne permet pas de couvrir les charges indirectes estimées à 25 %, et s'est dégradé en 2012 sous l'effet d'une diminution des produits (baisse du nombre de césariennes) et de l'augmentation des charges de personnel. La maternité du centre hospitalier d'Autun est, de toutes les activités de ce dernier, celle qui génère le plus gros déficit, en moyenne de l'ordre d'un million d'euros par an et cela après prise en compte d'une dotation spécifique annuelle de l'ARS (300 000 € en 2011, 400 000 € en 2012). Le déficit moyen par naissance est de 2 936 €, soit un montant supérieur à celui versé par l'assurance maladie pour un accouchement normal¹²⁷.

Les ARS se trouvent ainsi contraintes de soutenir des établissements fragilisés mais indispensables pour l'offre de soins, qui peuvent enchaîner les plans de retour à l'équilibre sans que la situation ne se trouve améliorée de façon suffisamment pérenne. À la maternité du centre hospitalier intercommunal de Cognac, l'accord sur l'aménagement et la réduction du temps de travail du personnel non médical a été révisé au cours de l'année 2009 pour accroître le temps de travail des personnels, mais l'établissement présente toutefois toujours un déficit important associé à la charge structurelle du coût du bloc opératoire mis à disposition par la clinique voisine. Au centre hospitalier d'Autun, dont les recettes ne couvrent même pas les charges directes, la baisse des effectifs et du nombre de lits réalisée en 2009 n'a pas suffi à assurer le retour à une situation financière saine. Enfin, la mise en place d'un groupement de coopération sanitaire entre le centre hospitalier de Montceau et l'Hôtel-Dieu du Creusot

¹²⁷ Qui s'élève, pour un accouchement par voie basse sans complication, à 2 435 euros dans un établissement public.

(établissement privé non lucratif), n'a pas permis de redresser la situation financière des deux établissements, l'activité maternité de l'Hôtel-Dieu étant elle-même déficitaire.

La situation financière des maternités privées à but lucratif

Il n'a pas été possible dans le cadre de l'enquête de recueillir des informations auprès de cliniques privées. Néanmoins, la fédération de l'hospitalisation privée a indiqué que la situation financière des établissements privés de petite taille est particulièrement délicate. Sur les 102 maternités de type 1 privées à but lucratif en activité en 2012, 59 réalisaient moins de 1 000 accouchements par an et se trouvaient dans une situation très fragile, selon cette fédération, qui place le seuil de viabilité des établissements à environ 1 100 accouchements par an. Longtemps supportés parce que cette activité permettait de fidéliser une patientèle de proximité s'adressant par la suite au même établissement pour d'autres types de soins, les déficits liés à la présence d'une maternité conduiraient aujourd'hui à une stratégie de désengagement de cette activité dans le cadre des regroupements d'établissements opérés ces dernières années sous forme de chaînes de cliniques dont l'actionnariat est essentiellement financier et de plus en plus international.

B - Des coûts systématiquement orientés à la hausse

1 - Une tendance générale à la croissance des coûts

Difficiles à identifier dans une comptabilité analytique balbutiante, les coûts associés à l'activité de maternité ne peuvent *a fortiori* pas être agrégés au niveau national.

Toutefois, l'étude nationale sur les coûts à méthodologie commune (ENCC)¹²⁸ fournit des données statistiques de plus en plus approfondies sur les coûts des différentes activités des établissements et notamment dans le secteur de l'obstétrique.

De 2006 à 2010, les coûts moyens de la naissance (ou « CMD 14¹²⁹ ») ont progressé d'environ 10%¹³⁰ dans les établissements publics. L'ENCC 2011¹³¹ montre une augmentation de 2,2 % par rapport à 2010, au troisième rang des hausses de coûts constatées sur les 23 CMD, alors que 17 d'entre elles connaissent une baisse. Dans les établissements anciennement soumis à dotation globale (établissements publics et privés non lucratifs), les coûts de l'obstétrique ambulatoire ou de courte durée et de l'obstétrique avec sévérité légère progressent respectivement de 3,6 et 2,2 %, alors que toutes les autres catégories de soins (sauf la néonatalogie) sont en baisse ou stables (- 0,4 % en moyenne).

L'ENCC 2012¹³² confirme cette tendance. Alors que, globalement, les coûts des activités de médecine, chirurgie et obstétrique diminuent de - 0,8 % dans le secteur public et privé non lucratif et de - 2 % dans le secteur privé lucratif, les coûts de l'activité d'obstétrique

¹²⁸ Cette enquête annuelle portant sur un échantillon d'établissements publics et privés produit des référentiels de coûts qui rendent possible la comparaison des coûts de chaque établissement au référentiel. Ils contribuent à la détermination des tarifs hospitaliers. Au plan local, l'ENCC permet de comparer les coûts des établissements aux coûts moyens constatés sur des activités similaires mais seulement si les coûts des établissements ont été décomposés, ce qui est rare.

¹²⁹ L'activité d'obstétrique est couverte par les « catégories majeures de diagnostic » (CMD) 14 et 15. La CMD 14 couvre les « grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum » et la CMD 15 les « nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale ».

¹³⁰ Il n'est pas possible de calculer ce taux d'évolution de façon précise compte tenu de l'absence d'homogénéité des données année après année.

¹³¹ Principaux résultats issus des données de coûts, ENCC 2011, ATIH, mai 2013.

¹³² Le coût des prises en charge à l'hôpital en médecine, chirurgie et obstétrique 2012, ATIH, 23 juillet 2014.

augmentent respectivement de 0,9 % et de 0,7 %, et ceux de l'activité de néonatalogie de 0,2 % et 0,5 %.

2 - Le poids croissant des dépenses de personnel

En 2012, 17 958 ETP¹³³ étaient affectés dans les services de naissance des établissements de santé publics et privés. Ce total se décomposait en 2 816 gynécologues-obstétriciens, 1 496 pédiatres, 1 440 anesthésistes réanimateurs, 8 725 sages-femmes et 3 481 infirmier(e)s spécialisés en puériculture.

La mise en place des nouvelles normes de personnel imposées par les décrets de 1998, conjugué avec l'effet de la mise en place des 35 heures, a été à l'origine de recrutements importants dans les maternités, en particulier dans le cadre du plan périnatalité 2005-2007.

Les financements du plan périnatalité 2005-2007

S'agissant des personnels, le plan périnatalité 2005-2007 comprenait un financement d'environ 180 M€ (65 % de l'enveloppe totale de 274 M€) pour permettre aux établissements le recrutement de personnel dans l'objectif d'une atteinte des normes prévues par les textes, dans le contexte de la mise en place des 35 heures à l'hôpital.

Au total, 3 177 postes ont été créés de 2005 à 2008. Le bilan établi par le ministère de la santé¹³⁴ indique que 71 % de ces postes (soit 2 253 ETP) concernaient la mise aux normes des établissements au regard des décrets de 1998. Il relève toutefois que le lien entre les financements apportés aux établissements et les moyens supplémentaires effectivement attribués aux maternités ne semble pas entièrement établi (« les financements supplémentaires liés au plan périnatalité se sont retrouvés, malgré le fléchage, « noyés » dans les budgets des services hospitaliers pour financer l'activité habituelle et non pour mettre en place de nouvelles mesures »).

Par la suite la progression des effectifs s'est ralentie comme le montre le tableau ci-après.

Tableau n° 12 : évolution des ETP totaux affectés en secteur de naissance

	2007	2012	évolution 2007 - 2012
Sages-femmes	7 919	8 725	10,2 %
Infirmiers(e) spécialisé(e)s en puériculture	2 185	3 481	59,3 %
Pédiatres	1 615	1 496	-7,4 %
Gynéco-obstétriciens	3 077	2 816	-8,5 %
Anesthésistes-réanimateurs	1 554	1 440	-7,4 %
Total	16 351	17 958	9,8 %

Source : Cour des comptes d'après données DREES (SAE)

Ces évolutions se sont traduites notamment par une très sensible décroissance des effectifs médicaux avec en parallèle une augmentation très sensible du nombre des sages-femmes.

¹³³ Les effectifs totaux des maternités sont difficiles à appréhender dans la mesure où les seules données agrégées disponibles découlent du bordereau Q16 de la statistique annuelle des établissements (SAE), dont la nature déclarative limite la fiabilité. Surtout, ces données ne portent que sur les personnels affectés en secteur de naissance, et ne comprennent donc pas, par exemple, les sages-femmes affectées aux consultations ni les personnels administratifs ou de soutien ni, en clinique privée, les personnels attachés directement aux médecins libéraux qui y exercent.

¹³⁴ Évaluation du plan périnatalité 2005-2007, direction générale de la santé, mai 2010, p. 43.

Tableau n° 13 : ETP totaux en secteur de naissance (hors infirmiers spécialisés en puériculture)

	2004	2007	2012	évolution 2004-2012
Sages-femmes	7 544	7 919	8 725	15,7 %
Pédiatres	1 620	1 615	1 496	-7,7 %
Gynéco-obstétriciens	3 229	3 077	2 816	-12,8 %
Anesthésistes réanimateurs	1 632	1 554	1 440	-11,8 %
Total	14 025	14 165	14 476	3,2 %

Source : Cour des comptes d'après données DREES (SAE)

En termes de masse salariale, il n'existe pas de données permettant de corréler ces évolutions d'effectifs à celles des dépenses de personnel, les coûts salariaux liés à l'activité des maternités ne faisant pas l'objet d'une approche analytique distincte au sein des établissements. Quand elles existent, les données sont à la fois partielles et sans profondeur historique.

3 - L'incidence importante des investissements

Les maternités ont pu faire l'objet de chantiers représentant dans certains cas des coûts importants, sans au demeurant que les plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012 n'en n'aient fait une priorité.

Peu d'opérations ont concerné des maternités isolées dans la mesure où celles-ci font quasiment systématiquement partie d'un établissement hospitalier aux activités plus larges. L'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris a toutefois construit une nouvelle maternité sur le site de Port-Royal, à la suite de la fermeture des maternités Baudelocque et Saint-Vincent de Paul. Le plus souvent les opérations de modernisation ont porté sur des ensembles hospitaliers plus importants, intégrant alors la reconstruction des maternités, notamment dans le cas du CHU de Clermont-Ferrand, du centre hospitalier Sud-Francilien, du site Sainte-Musse à Toulon, de l'hôpital de Montluçon ou de l'hôpital de Saint-Flour.

La reconstruction de la maternité du CHU de Clermont-Ferrand

La reconstruction de la maternité du CHU s'est inscrite dans celle, plus globale, de l'un de ses sites (d'Estaing). Jusqu'en octobre 2010, le CHU de Clermont-Ferrand disposait de deux maternités. La première comportait 44 lits (de suites de couches et d'hospitalisation ante-partum) et la seconde 20 lits, avec des effectifs totaux de 22 gynécologues-obstétriciens et de 63 sages-femmes. La reconstruction de la maternité a été justifiée par la vétusté du site de l'Hôtel-Dieu, qui ne respectait plus les normes de sécurité, et la volonté de regrouper les activités sur un seul site.

La nouvelle maternité a connu une hausse importante de son activité, le nombre d'accouchements étant passé de 2 682 en 2009, à 3 654 en 2012 (+ 37 %). L'afflux de nouvelles parturientes a été tel que la maternité a dû augmenter sa capacité de suites de couches. La nouvelle maternité comporte désormais ainsi 56 lits de suites de couches et 16 lits d'hospitalisation, 23 gynécologues obstétriciens (+ 1) et 77 sages-femmes (+ 14).

Compte tenu notamment du poids financier de cet investissement, le CHU de Clermont-Ferrand s'est vu contraint de signer deux contrats de retour à l'équilibre budgétaire depuis 2008.

Les choix immobiliers n'ont pas toujours été réalisés en se fondant sur une analyse étayée des perspectives d'activité ou des capacités de financement. Dès lors, un certain nombre d'établissements étudiés dans le cadre de l'enquête se trouvent durablement fragilisés par les conséquences de leurs décisions d'investissement.

La rénovation de la maternité du Pertuis

Le centre hospitalier de Pertuis, très vétuste, a été rénové dans sa quasi-totalité ces dernières années (et plus particulièrement depuis 2009). Les importantes opérations de rénovation et de modernisation ont concerné l'ensemble de la structure avec une attention particulière portée à la maternité. Le maintien de deux sites de maternité distincts lors de la création du centre hospitalier intercommunal d'Aix-Pertuis en 2012, a notamment été justifié, parmi d'autres facteurs, par les investissements importants de rénovation qui venaient d'être conduits sur le site de Pertuis, certains des travaux étant encore en cours au moment de la fusion avec le centre hospitalier d'Aix. Les investissements ont été décidés sans prise en compte préalable des perspectives d'activité sur ce site, qui reste confronté à des difficultés financières lourdes, en particulier en raison d'une sous-occupation des lits.

C - Des tarifs déconnectés des coûts

1 - Une tarification sur une base encore largement historique

Les tarifs arrêtés pour l'obstétrique et la néo-natalité n'ont pas été élaborés sur la base d'une analyse des coûts réellement constatés ni d'une appréciation du niveau considéré comme souhaitable de ces derniers. Ils ont été définis sur la base des enveloppes qui étaient consacrées à ces activités au moment de la mise en place de la tarification à l'activité ou T2A (en 2005 pour les établissements privés et en 2008 pour les établissements publics). Les financements historiquement consacrés au plan national aux activités d'obstétrique ont alors été maintenus mais avec une répartition différente en fonction des différents actes composant l'activité des établissements.

Les recettes des maternités

L'activité d'obstétrique est couverte par les « catégories majeures de diagnostic » (CMD) 14 et 15. La CMD 14 couvre les « grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum » et la CMD 15 les « nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale ». Ainsi, toute naissance fait l'objet de deux tarifications distinctes, l'une pour l'accouchement *stricto sensu* et l'hospitalisation de la mère, la seconde pour l'hospitalisation du nouveau-né.

Une naissance « normale » associée à une durée de séjour moyenne se compose de deux éléments (le « couple mère-enfant ») : le « groupe homogène de séjour » (GHS) 5490 (accouchement unique par voie basse chez une primipare sans complication significative), facturé dans un établissement public 2 435 euros et le GHS 5 903 (nouveau-né de 3 300 g et 40 semaines d'aménorrhée sans problème significatif), facturé 921 euros.

La structure des tarifs (CMD et GHS) est strictement identique dans les établissements publics (et privés à but non lucratif) et dans les établissements privés à but lucratif. Le niveau de la tarification est toutefois inférieur dans le second cas dans la mesure où les honoraires des médecins sont pris en compte de façon distincte.

Par ailleurs, les maternités bénéficient de crédits du fonds d'intervention régional (FIR) visant à financer la permanence des soins, et ponctuellement d'aides de l'ARS versées généralement dans le cadre de programmes d'investissement ou de plans de retour à l'équilibre. Au titre de missions spécifiques différentes dotations forfaitaires¹³⁵ peuvent également leur être attribuées.

¹³⁵ Les maternités peuvent bénéficier de dotations au titre des missions d'intérêt général (MIG) en raison de la présence de psychologues, de missions de permanence d'accès aux soins de santé, précarité, lactariums, assistance médicale à la procréation ou au titre de missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) en raison de la présence de centres de diagnostic prénataux, de diagnostic préimplantatoire ou de centres de référence sur la mort inattendue du nourrisson.

Elles bénéficient enfin des contributions versées par les patients, le supplément chambre particulière, qui se généralise progressivement, devenant un véritable accessoire de tarification qui contribue souvent de façon significative à la couverture des coûts¹³⁶.

Une refonte des tarifs des CMD 14 et 15 a cependant été mise en œuvre en 2012. Dans la nouvelle classification, les CMD 14 et 15 ont été décomposées selon un niveau de détail significativement plus important, conduisant à la revalorisation des actes les plus complexes opérés par les maternités de types II et III. Parallèlement, les CMD 14 et 15 ont subi depuis 2011 les mêmes baisses tarifaires qui ont été imposées à l'ensemble des hôpitaux par le niveau de l'ONDAM hospitalier¹³⁷.

Dans le cas particulier des établissements privés à but lucratif, la mise en place de la T2A a entraîné, à enveloppe globale constante, la redistribution de financements entre établissements de cette catégorie dans une logique de convergence intra-sectorielle¹³⁸. En effet, jusqu'en 2005, la rémunération des établissements privés était négociée avec l'assurance maladie en fonction de l'activité passée et prévisionnelle (sur une base déclarative) et pouvait varier significativement d'un établissement à l'autre. L'harmonisation consécutive à la mise en place de la T2A en 2005 s'est faite sur la base de la moyenne nationale des tarifs, entraînant une baisse parfois significative de la dotation de certains établissements précédemment mieux financés que d'autres, notamment les établissements isolés en mono-activité, qui bénéficiaient auparavant d'un soutien implicite se traduisant par des tarifs plus élevés.

Les études conduites par l'agence technique d'information hospitalière (ATIH) ont montré qu'en tenant compte des honoraires des médecins, versés dans le cadre de l'exercice libéral, les tarifs facturés à l'assurance maladie pour un accouchement sont proches de ceux du secteur public. En revanche, les tarifs relatifs aux soins aux nouveau-nés étaient significativement plus bas en raison d'une sous-facturation ancienne de la part des praticiens et des cliniques, qui avaient tendance à imputer aux mères les dépenses engagées pour les nouveau-nés. Ils ont depuis fait l'objet de mesures de convergence entre le secteur privé et le secteur public, qui sont passées par la baisse du tarif du secteur public.

2 - Des tarifs en décalage par rapport aux coûts¹³⁹

Le décalage structurel entre les tarifs des actes réalisés dans les maternités et les coûts constatés peut être illustré par le cas de la maternité du centre hospitalier du Belvédère, seul centre hospitalier public dont l'activité est quasiment intégralement consacrée à la naissance.

¹³⁶ L'AH-HP a généralisé la facturation de la chambre individuelle à compter de juin 2011 (45 € par jour) et a obtenu par ce biais 3,2 M€ en 2012.

¹³⁷ Pour la CMD 14, en établissements publics, les tarifs ont en effet évolué de la façon suivante : - 0,61 % en 2011 par rapport à 2012, stabilité en 2012 (année de la refonte de la CMD 14 et 15), - 0,93 % en 2013 par rapport à 2012 et stabilité (+ 0 %) en 2014 par rapport à 2013.

¹³⁸ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011*, Chapitre VI, Tarification à l'activité et convergence tarifaire, disponible sur www.ccomptes.fr, La Documentation française, p. 199-228.

¹³⁹ Ibid., page 209 pour une analyse de la construction de la grille tarifaire.

Le déficit chronique d'une très grosse maternité mono-activité, le centre hospitalier du Belvédère à Mont Saint Aignan

Le cas de la maternité du centre hospitalier du Belvédère permet d'analyser la situation d'une très grosse maternité dont l'activité était quasiment exclusivement tournée vers l'obstétrique (90 % de l'activité en 2011), sans qu'elle soit intégrée à un hôpital à l'activité diversifiée.

Cette maternité publique de type II, qui réalise près de 40 % des naissances dans l'agglomération de Rouen (3 614 en 2011), a connu des difficultés financières extrêmement lourdes qui ont exigé un soutien particulier de la part du ministère de la santé et de l'ARS se traduisant par des subventions annuelles (contribuant à couvrir le déficit constaté d'environ 1 M€ par an),

Le rapport d'observations définitives établi par la chambre régionale des comptes de Basse-Normandie, Haute-Normandie relevait en 2012 que l'augmentation de son déficit résultait du niveau de la valorisation des groupes homogènes de malades (GHM¹⁴⁰) qui déterminent les recettes de l'établissement. Il notait en effet qu'au centre hospitalier du Belvédère, 90 % des recettes liées à l'activité reposent sur 17 tarifs de GHM qui ne cessent de décroître. Cette réduction a généré une baisse de rémunération de 244 345 euros pour l'année 2010.

La CRC indiquait que malgré les efforts de gestion réalisés par l'établissement, sa situation financière, particulièrement préoccupante, n'était pas susceptible de s'améliorer sans la revalorisation des GHM des CMD 14 et 15 et sans la rémunération de l'activité des urgences, et qu'en l'absence de ces mesures, l'établissement ne pourrait fonctionner sans une aide permanente de ses autorités de tutelle.

L'ARS a annoncé en janvier 2014 avoir octroyé un soutien exceptionnel (à hauteur de 50 % d'un projet s'élevant à 11 M€) au financement de la modernisation du bâtiment et des équipements et à la restructuration de son plateau technique, dans l'objectif de permettre à l'établissement de diversifier son activité en particulier vers la chirurgie esthétique. Cette situation montre *a contrario* que l'activité de maternité n'est pas considérée comme rentable et nécessite l'apport d'autres activités pour assurer l'équilibre économique de l'établissement.

Dans le cas des maternités privées à but lucratif, se constate, selon l'analyse de l'ATIH, un décalage de financement en faveur de l'activité de chirurgie et au détriment de l'activité d'obstétrique qui préexistait à la mise en place de la T2A, celle-ci n'ayant fait que le pérenniser, mais qui a contribué au désengagement important des cliniques de cette activité.

Pour préciser cette sous-évaluation des tarifs, ont été comparés par les juridictions financières les coûts de l'année 2012, tels qu'identifiés dans les résultats de l'enquête nationale sur les coûts à méthodologie commune (ENCC)¹⁴¹ publiée en juillet 2014, pour les principaux groupes homogènes de malades (GHM) de la naissance, avec les tarifs 2012 correspondants. Même si cette échelle de coûts n'est pas intégralement superposable à celle des tarifs dans la mesure où elles ne recouvrent pas exactement le même périmètre, il est toutefois possible de dégager une tendance générale.

Cette analyse met en évidence que, dans le secteur public et dans le secteur privé non lucratif, les tarifs sont quasiment systématiquement inférieurs aux coûts constatés, parfois dans des proportions importantes. Le tarif de l'accouchement unique sans complication serait inférieur de 1,7 % aux coûts pour les multipares et de 5,1 % pour les primipares. Les tarifs applicables aux nouveau-nés apparaissent inférieurs de 16,6 % aux coûts dans le cas des nouveau-nés sans problème et de 16,9 % dans le cas des nouveau-nés avec autre problème significatif.

Au surplus, les coûts pris en compte dans le cadre de l'ENCC n'intègrent ni les charges financières ni les charges immobilières, dans un souci d'homogénéité. L'activité de maternité

¹⁴⁰ Chaque séjour hospitalier est classé dans un GHM ce qui permet une classification médicale, car fondée sur les diagnostics et les actes.

¹⁴¹ Le coût des prises en charge à l'hôpital en médecine, chirurgie et obstétrique 2012, ATIH, 23 juillet 2014.

ne dégage donc pas de marge permettant de financer des investissements immobiliers ou d'en amortir le coût passé.

Tarification à l'activité, taille et rentabilité des maternités

L'application de la tarification à l'activité à l'obstétrique, sur la base d'une grille tarifaire dérivée des coûts moyens des établissements de santé, amène à s'interroger sur l'impact de ce type de financement sur les activités assorties d'une obligation de permanence des soins, et soumises de ce fait à de forts effets de seuil.

Compte tenu de la difficulté d'isoler l'activité de gynécologie obstétrique dans les comptes des établissements de santé, la relation entre le niveau des tarifs, la taille des maternités et la rentabilité de l'exploitation peut utilement être éclairée par des simulations effectuées à partir des données de l'échelle nationale des coûts (ENCC).

Dans le cadre des travaux menés sur le financement des établissements de santé isolés, l'ATIH a demandé à un cabinet de conseil d'examiner cette relation dans le cas des petites maternités. L'étude met en lumière la difficulté de ces structures à atteindre l'équilibre d'exploitation, un seuil de rentabilité étant identifié autour de 1 200 accouchements par an.

Ce seuil, élevé, est établi sur la base d'hypothèses de calibrage des équipes médicales et soignantes qui peuvent paraître faibles au regard des observations de terrain comme des données de la SAE relatives aux établissements correspondants, sachant qu'à partir de 1 500 accouchements l'obligation de garde sur place pour les gynécologues obstétriciens contraint à renforcer les équipes, ce qui déplace le seuil à partir duquel peut être atteint l'équilibre d'exploitation.

Ces simulations montrent la difficulté pour les petites maternités de fonctionner de manière rentable, l'équilibre d'exploitation étant d'autant plus aisé à atteindre, pour une catégorie de maternité donnée, que le nombre d'accouchements est élevé.

Les économies d'échelle mais également les effets de seuil liés au nombre d'accouchements rendent souhaitable la conduite par le ministère et par l'ATIH de travaux permettant de déterminer différents points d'équilibre en fonction de la catégorie de maternité concernée, et d'adapter le cas échéant sur cette base le dispositif de tarification à l'activité.

L'essentiel de la réflexion sur les tarifs hospitaliers est actuellement centré sur la hiérarchie relative des tarifs par rapport aux coûts. C'est dans ce cadre qu'en 2013, les tarifs applicables aux nouveau-nés ont augmenté de 18 € au titre de la prise en compte du dépistage de la surdité. L'intérêt d'une telle réflexion sur la hiérarchie des tarifs est réel mais trouve ses limites quand il apparaît, comme dans le cas particulier de l'obstétrique et de la néo-natalité, qu'il y a un décalage entre les coûts actuels de fonctionnement des établissements et l'ensemble de la structure tarifaire, avec à la clé une activité déficitaire. Pour autant, la réflexion tarifaire ne saurait être décorrélée de celle, indispensable, sur les gains d'efficience à dégager dans les prises en charge.

II - Une efficience limitée

La restructuration très importante de l'offre de soins en maternité réalisée depuis les décrets de 1998 a été moins liée à une problématique de réduction de coûts qu'à la recherche d'une amélioration de la sécurité des soins. La concentration qui en a résulté aurait dû faciliter la mobilisation de gains d'efficience, mais aucune étude spécifique n'a jusqu'à présent été réalisée sur ce point. Le seul bilan relatif à l'amélioration de l'efficience du système de

maternités a été dressé par l'IGAS¹⁴², qui estimait en 2012 que « la qualité du service rendu (dans les maternités) s'est améliorée, au prix d'un accroissement des dépenses ». La DREES et la CNAMTS ont toutefois engagé en 2014, dans le contexte de l'enquête, une étude conjointe visant notamment cet objectif, mais ses conclusions ne seront pas disponibles avant 2015.

Compte tenu du décalage significatif constaté entre les coûts et des tarifs, et dans le contexte d'un ONDAM hospitalier resserré, la réduction des coûts doit constituer un objectif central. Elle ne peut que passer par une amélioration importante de l'efficacité du dispositif des maternités, qui apparaît en effet très perfectible compte tenu de taux d'occupation faibles dans de nombreux établissements, en dépit d'une durée de séjour pourtant particulièrement élevée par rapport à nos principaux voisins.

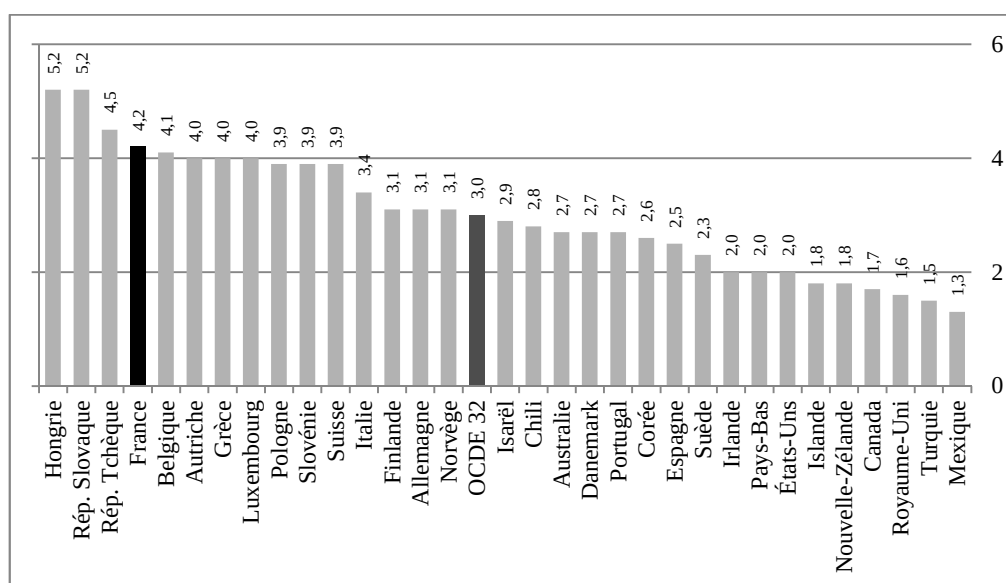
A - Une durée de séjour plus importante que dans les pays voisins

En France¹⁴³, la durée moyenne de séjour (DMS) pour un accouchement normal a diminué de 6,2 jours en 1995 à 4,2 jours en 2011. Toutefois, elle a baissé de façon équivalente dans l'ensemble des pays de l'OCDE¹⁴⁴, passant en moyenne de 4,3 jours en 1995 à 3 jours en 2011. La DMS en France reste ainsi supérieure d'un tiers à celle des autres pays de l'OCDE : elle est en Italie est de 3,4 jours, en Allemagne de 3,1 jours, au Royaume-Uni de 1,6 jour.

¹⁴² Inspection générale des affaires sociales, « Fusions et regroupements hospitaliers, quel bilan pour les 15 dernières années », (annexe 6), mars 2012.

¹⁴³ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2014, chapitre XIII : L'assurance maternité, une place à clarifier* (page 395), La Documentation française, septembre 2014, disponible sur www.ccomptes.fr

¹⁴⁴ Panorama de la santé 2013, les indicateurs de l'OCDE.

Graphique n° 3 : durée moyenne de séjour pour accouchement normal dans l'OCDE

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013 - durée moyenne de séjour pour un accouchement normal, 2011 (ou année la plus proche)

Cette durée moyenne de séjour élevée est favorisée par un dispositif tarifaire, forfaitaire et insuffisamment dégressif, les facturations à l'assurance maladie étant indifférentes à la durée de séjour et restant identiques tant que celle-ci reste comprise entre deux et sept jours¹⁴⁵.

Si la durée moyenne de séjour en France rejoignait la moyenne de l'OCDE (trois jours en 2011), il en résulterait selon l'analyse de la Cour¹⁴⁶ une économie théorique brute pour l'assurance maladie de 318 M€. Le financement des nécessaires mesures d'accompagnement¹⁴⁷ pourrait largement être assuré par la réorientation du suivi des femmes du suivi prénatal vers le suivi postnatal comme également déjà proposé par la Cour.

Ce constat justifie d'accélérer la diminution de la durée moyenne de séjour (notamment en fixant au programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO) de la CNAMTS des objectifs plus explicites en termes de sortie réellement plus précoce de la maternité) et de redéfinir en conséquence les modalités de tarification de l'accouchement et de la naissance.

Le séjour des femmes et des nouveau-nés représentant une part très significative des coûts en maternité, la baisse de la durée de séjour n'est toutefois génératrice d'économies qu'à

¹⁴⁵ La durée réelle de séjour n'est actuellement pas prise en compte dans l'établissement du barème tarifaire. Le tarif de l'accouchement est fixe, si la femme et son enfant restent hospitalisés entre deux et sept jours, durée considérée comme « normale ». Il est diminué si la sortie a lieu au bout de moins de deux jours (y compris pour un transfert vers un autre établissement), ou augmenté si elle a lieu après sept jours.

¹⁴⁶ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2014*, chapitre XIII, L'assurance maternité, une place à clarifier (page 395), La documentation française, septembre 2014, disponible sur www.ccomptes.fr.

¹⁴⁷ Dont le coût a été chiffré par la CNAMTS à 60 M€ au bout de cinq ans (dont, selon elle, 20 M€ déjà financés). CNAMTS, *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance maladie pour 2015, Rapport au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance maladie au titre de 2015*, juillet 2014.

Les estimations de la CNAMTS aboutissent à une économie nette au bout de 5 ans de 405 M€ en se fondant sur une baisse de la durée de séjour appliquée à 700 000 naissances, alors que le calcul de la Cour porte sur les seuls accouchements normaux sans complications hors césariennes, soit environ 500 000 naissances par an.

la condition qu'elle entraîne une réduction concomitante du nombre des lits. Celle-ci est possible et nécessaire, comme le montre l'exemple du centre hospitalier d'Argenteuil, où la baisse de la durée moyenne de séjour obtenue en mobilisant différents outils, parmi lesquels le programme d'accompagnement du retour à domicile PRADO de la CNAMTS et l'hospitalisation à domicile, a permis la fermeture d'un service sur les trois services existants par le regroupement des grossesses à haut risque sur l'unité de suites de couches. Cette situation, qui n'a été constatée qu'à une reprise pendant l'enquête, contraste avec le maintien fréquent de capacités excédentaires.

B - Des taux d'occupation pourtant très insuffisants

1 - Un indicateur cible atteint par seulement un tiers des maternités

Le référentiel méthodologique établi par la Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier en 2008¹⁴⁸ a fixé des objectifs-cible d'activité en hospitalisation en obstétrique, corrélés au volume d'activité de l'établissement de santé, soit 270 à 300 journées d'occupation par lit et par an¹⁴⁹.

En 2012, plus des deux-tiers (67,7 %) des établissements n'atteignaient pas cet objectif, soit une situation dégradée par rapport à 2002 où cette proportion s'établissait à 64,8 %.

Tableau n° 14 : nombre d'établissements respectant le taux cible d'occupation en obstétrique

indicateur cible	2002			2012		
	atteint	dépassé	non atteint	atteint	dépassé	non atteint
Nombre	117	122	440	82	93	367
% du total	17,23 %	17,97 %	64,80 %	15,13 %	17,16 %	67,71 %

Source : Cour des comptes d'après données DREES (SAE)

L'indicateur cible n'est atteint et/ou dépassé que par les maternités réalisant plus de 2 000 accouchements par an¹⁵⁰, qui améliorent en outre leur situation : 84 % atteignent ou dépassent la cible en 2011 alors qu'elles n'étaient que 60 % en 2002.

¹⁴⁸ MAINH-ANAP, Première approche d'un référentiel de dimensionnement pour un établissement de santé, octobre 2008.

¹⁴⁹ Ces cibles fixées à dire d'expert tiennent compte des caractéristiques propres de l'obstétrique, activité par définition non programmable et soumise à des variations saisonnières.

¹⁵⁰ Un taux d'occupation très élevé peut illustrer une optimisation effective entre les services mais également être révélateur de tensions dans l'organisation des capacités d'accueil.

2 - Une sous-occupation importante

Le taux moyen d'occupation des maternités en obstétrique¹⁵¹ s'établit à seulement 70 %, et un tiers des maternités ont eu un taux d'occupation inférieur à 60 % en 2012¹⁵².

Ces taux faibles recouvrent des situations contrastées puisque plus de la moitié des maternités de type I sont dans ce cas alors que seule une minorité d'entre elles (10,2 %) atteint ou dépasse 80 %. 57,4 % des maternités de type II a un taux d'occupation compris entre 60 et 80 % et un peu plus du quart dépasse ce seuil de 80 %. La majorité (62,1 %) des maternités de type III a un taux d'occupation supérieur à 80 %.

Tableau n° 15 : répartition des maternités selon les taux d'occupation moyens en obstétrique en 2012

	Taux d'occupation moyen	Répartition des maternités		
		≤ 60 %	> 60 % et < 80 %	≥ 80 %
Type I	57,2 %	57,3 %	32,5 %	10,2 %
Type II	72,2 %	15,7 %	57,4 %	26,9 %
Type III	84,1 %	0,0 %	37,9 %	62,1 %
Tous établissements	70,2 %	33,5 %	43,2 %	23,3 %

Source : Cour des comptes d'après données DREES (SAE)

En moyenne, les établissements qui réalisent moins de 1 000 accouchements par an n'atteignent pas un taux d'occupation de 60 %.

Tableau n° 16 : taux d'occupation moyens en obstétrique selon l'activité 2012

Nb d'accouchements	≥ 4 000	3 000-3 999	2 000-2 999	1 000-1 999	500-999	300-499	< 300
Nb d'établissements	16	33	96	183	162	35	19
Taux d'occupation	84,9	78,3	78,7	69,0	55,6	46,0	26,9

Source : Cour des comptes d'après données DREES (SAE)

Les plus petits établissements ont des taux d'occupation particulièrement faibles (26,9 % pour les établissements réalisant moins de 300 accouchements et 46,0 % pour ceux réalisant entre 300 et 500 accouchements). La norme établie par les décrets de 1998 précisant que les services d'obstétriques doivent compter au minimum 15 lits contribue parfois à alimenter cette sous-occupation des lits. C'est par exemple le cas du centre hospitalier de Saint-Flour, dont le taux d'occupation très faible (46 % en 2012) résulte notamment du fait que l'établissement compte effectivement 15 lits, ce que ne justifie pas son activité réelle (348 accouchements).

Un faible taux d'occupation traduit avant tout l'inadéquation d'un service (et donc des ressources affectées à son fonctionnement) à son niveau d'activité, mais il recouvre des situations diverses. Il peut s'agir d'une activité relativement importante dans un service

¹⁵¹ Le taux d'occupation est calculé en rapportant les journées réalisées aux journées théoriques [(nombre de journées réalisées/365) / nombre de lits installés*100].

¹⁵² Les taux d'occupation des établissements par type de maternité ainsi qu'en fonction du nombre d'accouchements ont été examinés sur la base de données fournies par la DREES à la Cour, émanant de la statistique annuelle des établissements (SAE), dont les données d'activité restent déclaratives, jusqu'à achèvement des travaux en cours, de croisement avec les données du PMSI.

surdimensionné comme d'une activité trop faible dans un petit service. Si le taux d'occupation ne peut pas être la seule donnée de pilotage de l'activité, la sous-occupation des lits traduit une mobilisation non-optimale de moyens se traduisant par des coûts de fonctionnement trop élevés au regard de l'activité effectivement réalisée.

Cette situation de sous-occupation des maternités est d'autant plus préoccupante qu'elle se combine avec une durée moyenne de séjour longue, traduisant une faible efficience d'ensemble du dispositif de prise en charge.

III - De nouvelles réorganisations à piloter

La situation des maternités est aujourd'hui très fragilisée, tant sur le plan économique et financier qu'en matière organisationnelle en raison des difficultés de recrutement que rencontrent de nombreux établissements. Indépendamment même du contexte plus général de resserrement de l'ONDAM, une nouvelle étape de restructuration des maternités est inévitable. Celle-ci doit être précédée de la définition par les pouvoirs publics d'une stratégie claire et publique pour orienter l'offre de soins en fonction d'un modèle économique alliant efficience, équilibre et sécurité des soins.

A - Mieux anticiper et organiser activement les recompositions

1 - Un positionnement très attentiste des agences régionales de santé

Des perspectives d'évolution de l'offre de soins en maternité ont été établies par chaque ARS pour la période 2012-2017 dans le cadre des schémas régionaux d'organisation des soins intégrés aux projets régionaux de santé (SROS-PRS - détaillés en annexe 5). Ces documents présentent des scénarios d'évolution de l'offre de soins sous forme de fourchettes très larges. Au total, ils conduisent à envisager une évolution de l'offre de soins comprise entre 1 et 43 fermetures supplémentaires de maternité. Selon la direction générale de l'offre de soins, ces perspectives, pourtant marquées par l'ampleur de la fourchette globale, conduisent à estimer qu'« au regard des activités de médecine et chirurgie, cette activité de soins apparaît donc comme relativement stable en termes d'évolution. Ceci peut notamment s'expliquer par l'existence d'un seuil d'activité qui a déjà donné lieu à des restructurations importantes de l'offre ».

Ces considérations paraissent cependant refléter davantage une forme de passivité par rapport aux perspectives de recomposition de l'offre de soins que reposer sur un constat étayé de l'achèvement des restructurations.

Dans 17 régions sur 26, les SROS prévoient certes une stabilité totale de l'offre de soins, ou sa quasi stabilité (Bourgogne, Franche-Comté, Picardie), les ARS estimant que les restructurations sont « achevées ». Mais ces prévisions traduisent en réalité une stratégie en retrait des agences régionales de santé, visant à pallier les difficultés quand elles se présentent plutôt qu'à chercher à les anticiper.

La perspective de nouvelles recompositions de l'offre consécutives aux difficultés rencontrées par les maternités n'est que très partiellement prise en compte. Ainsi, en Bourgogne ou en Auvergne, alors qu'un nombre important de maternités sont très fragilisées,

les SROS prévoient le maintien de l'existant. En conséquence, le risque existe que les difficultés ne soient traitées qu'au moment où elles viendront à s'exacerber (cas d'Autun ou de Montluçon par exemple). De même, en Poitou-Charentes, l'ARS considère que les restructurations sont allées à leur terme. Pourtant, le risque de fermeture de maternités privées qu'il faudra accompagner est présent. C'est le cas pour deux cliniques de Charente-Maritime, dont celle de Royan pour laquelle la fermeture a d'ores et déjà été confirmée. Par ailleurs, les indicateurs relatifs à la maternité du centre hospitalier de Saint-Jean-d'Angély font état d'une baisse du nombre d'accouchements (338 en 2012 contre 482 en 2008) ainsi que d'un taux de césarienne élevé. Ces éléments pourraient justifier d'étudier l'éventuelle transformation en CPP de cet établissement, situé à une trentaine de kilomètres de Saintes (site d'une maternité de type II B). En Aquitaine, la fermeture définitive de la maternité d'Orthez en octobre 2014 n'était pas incluse dans les prévisions du SROS bien que les difficultés de recrutement de l'établissement fussent depuis longtemps connues.

Dans quatre régions (Alsace, Bretagne, Rhône-Alpes, Nord-Pas-de-Calais), les perspectives sont contrastées, avec des fourchettes variant entre une augmentation et une diminution de l'offre de maternités. En revanche, quatre autres régions envisagent une diminution potentielle très significative des implantations : Provence-Alpes-Côte d'Azur (fermeture de 4 implantations, soit une diminution de 10 % du nombre d'établissements), Île-de-France (de - 1 à - 11 implantations, soit une baisse pouvant aller jusqu'à 12 % du nombre d'établissements), Guadeloupe (une fermeture représentant 17 % des établissements), Midi-Pyrénées (de - 1 à - 7 implantations, soit une baisse pouvant aller jusqu'à 25 % du nombre de maternités), et enfin Champagne-Ardenne (- 1 à - 5 implantations, soit une baisse pouvant atteindre 33 % du nombre de maternités).

L'ampleur des fourchettes envisagées montre que ces perspectives ne traduisent pas une politique volontariste de pilotage de la recomposition de l'offre de soins au plan local, mais plus simplement un constat des fragilités des établissements pouvant conduire à leur fermeture prochaine et soudaine.

À l'évidence, la sensibilité du sujet, le caractère souvent passionnel des débats autour des perspectives de fermeture des maternités, les réticences à tous niveaux à prendre en compte à leur juste dimension les problématiques de qualité et de sécurité des soins, quitte à accepter des expédients qui se révèlent parfois dangereux, expliquent cette extrême prudence. Elle est pourtant au rebours des exigences qui s'imposent pour pouvoir garantir dans la durée une offre de soins adaptée aux besoins.

2 - Définir un schéma cible d'organisation des maternités

La conjonction des problèmes évoqués ci-dessus fait peser sur le maillage actuel des maternités de considérables menaces :

- des difficultés de recrutement déjà souvent considérables, mais que la démographie médicale déclinante des professions liées à la naissance ne pourra encore qu'aviver dans les prochaines années ;
- une situation financière plus que fragile ;
- le constat que le respect des normes fixées depuis 1998 est loin d'être partout assuré, qu'il s'agisse des effectifs ou de la conformité des locaux, avec pour conséquence des risques pour la sécurité des soins ;

- un manque d'efficience globale dont attestent la longueur relative de la durée moyenne de séjour et l'insuffisance du taux d'occupation des lits et que les contraintes de l'ONDAM rendent de moins en moins supportable.

Le risque est patent d'une série de fermetures brutales et mal anticipées, soit à l'initiative des agences régionales de santé devant des problématiques de manque de sécurité que la fragilité des équipes médicales peut à tout moment révéler (à l'instar en dernier lieu de la maternité d'Orthez en octobre 2014) soit à l'initiative des établissements eux-mêmes, notamment privés, confrontés à des déséquilibres financiers qui les conduisent à réorienter leurs activités. La fermeture de la maternité de la clinique Pasteur de Royan a ainsi été confirmée en juin 2014, en dépit du souhait de l'ARS de maintenir cette structure à laquelle elle accordait un soutien financier, le centre hospitalier de Royan ne possédant pas de maternité (cf. cahier 2, monographie sur la région Poitou-Charentes).

Dans un tel contexte, il est indispensable d'éviter une recomposition subie de l'offre de soins qui ne ferait qu'aggraver les fragilités et les difficultés du dispositif de prise en charge. Un tel mouvement de restructuration mal maîtrisée pourrait en effet aboutir à de véritables carences dans certaines zones, avec la tentation de maintenir artificiellement de petites structures sans mettre en place toutes les mesures indispensables pour garantir la sécurité des soins. Dans des zones mieux dotées, le mouvement spontané de recomposition de l'offre de soins devrait concerner essentiellement les maternités de type I, ce qui accentuerait la déformation déjà constatée de l'offre de soins au bénéfice des maternités de types II et III¹⁵³, sans que la nouvelle articulation qui en résulterait corresponde à une organisation mieux réfléchie et véritablement ajustée par rapport aux besoins et aux ressources médicales.

Les nouvelles réorganisations nécessaires doivent au contraire constituer une opportunité pour mettre en place une structuration de l'offre de soins à la fois plus pérenne, mieux ajustée aux besoins et davantage efficiente. Elles ne peuvent ainsi s'inscrire dans une série de décisions purement ponctuelles au fil de l'eau, résultant pour l'essentiel de dysfonctionnements avérés ou de stratégies autonomes d'établissements négligeant parfois la mission de service public qui leur est confiée.

Il apparaît ainsi indispensable que les pouvoirs publics élaborent au plan national un schéma cible de moyen terme de l'organisation des maternités sur le territoire, qui oriente, à un horizon d'une dizaine d'années au moins, de manière plus volontariste l'action des agences régionales de santé. Leur relative passivité est de fait facilitée par l'absence de stratégie ministérielle comme par la vision de relatif court terme que portent les SROS.

Sa préparation devrait être notamment l'occasion d'une réflexion à nouveaux frais sur le seuil d'activité des établissements – le seuil actuel de 300 accouchements pouvant être le cas échéant réévalué à la hausse –, sur le bon dimensionnement et la correcte articulation des différents types de maternités – qui doit être déterminée en fonction des besoins et non des structures existantes –, et sur un modèle économique permettant la soutenabilité de l'activité obstétricale pour les établissements et incitant dans le même temps à des gains d'efficience indispensables.

¹⁵³ Le nombre de maternités de type II connaîtrait selon les SROS-PRS une évolution comprise entre - 2 et + 11 implantations, le nombre de maternités de type III étant stable.

B - Optimiser l'organisation des maternités

1 - Définir un modèle économique garantissant équilibre financier et efficience

La stratégie des pouvoirs publics visant à orienter l'évolution future de l'offre de soins en maternité doit s'appuyer sur un modèle économique robuste et cohérent garantissant à la fois l'équilibre financier et l'efficience des établissements.

Pour que les établissements puissent retrouver l'équilibre dans un contexte de resserrement de l'ONDAM, ce modèle doit donner la priorité à l'optimisation des moyens. Pour cela, la baisse de la durée moyenne de séjour doit être recherchée activement, en parallèle à une hausse des taux d'occupation qui doivent permettre ensemble de diminuer de façon significative les coûts de l'activité de maternité. Une telle évolution est possible comme le montre l'exemple de l'hôpital de Toulon-Sainte Musse qui est parvenu entre 2008 et 2011 simultanément à baisser la durée de séjour¹⁵⁴ et à augmenter son taux d'occupation en obstétrique (passé de 63,9 % à 72,1 %) grâce à la stabilité du nombre de lits d'obstétrique (passés de 54 à 53) et à la hausse concomitante de la part de marché de l'établissement (qui passe de 40,8 % à 47,5 %).

Le levier tarifaire doit être mis au service de l'objectif d'efficience, notamment, comme la Cour l'a déjà recommandé, en redéfinissant les modalités de tarification de l'accouchement et de la naissance dans un sens nettement plus incitatif à la réduction de la durée de séjour. C'est en fonction de l'objectif prioritaire de rationalisation des coûts que doit être conduite la réflexion sur l'équilibre économique des maternités. Ce dernier suppose d'exploiter beaucoup plus activement à cette fin l'ensemble des leviers d'efficience disponibles plutôt que de recourir à une revalorisation des tarifs pour les ajuster sur des coûts dont la progression continue reflète pour une large part des modes d'organisation et de prise en charge inadéquats.

2 - Adopter un cadre sécurisé pour l'activité des petites maternités au maintien jugé nécessaire

a) Faciliter la mutualisation des équipes

La dispersion des équipes entre de nombreux établissements conduit, du fait de la rareté de la ressource médicale, à une concurrence aussi coûteuse que parfois nuisible en termes de sécurité pour ceux qui, certes peu attractifs à cause de leur taille et de leur localisation, mais pourtant nécessaires à une bonne desserte des besoins, ont recours à des solutions palliatives toujours très fragiles.

Au-delà, à réglementation constante, d'une meilleure articulation au sein de certains établissements, des rôles respectifs des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens, comme déjà recommandé par la Cour, des coopérations entre établissements plus et moins dotés et situés dans une certaine proximité pourraient permettre de mutualiser véritablement des équipes.

À cet égard, le projet de groupements hospitaliers de territoires prévu par l'article 27 du projet de loi relatif à la santé, systématisant les directions communes à plusieurs

¹⁵⁴ L'indicateur de performance de la durée de séjour (qui compare l'établissement à d'autres établissements similaires) est passé de 0,984 en 2008 à 0,916 en 2011.

établissements et la mise en place de projets médicaux uniques entre les établissements de santé d'un même territoire, pourrait constituer un cadre facilitateur. Pourraient également contribuer à limiter les difficultés de certains établissements les mesures, prévues par l'article 34 du projet de loi, visant au plafonnement du coût journalier du recrutement de praticiens intérimaires par les établissements ainsi que la création d'un corps de praticiens remplaçants titulaires, gérés statutairement par le centre national de gestion, et affectés dans un établissement dans le cadre d'un contrat de mission pour assurer des remplacements momentanés ou pour pourvoir des postes durablement vacants.

En tout état de cause, aucun manquement aux règles de sécurité, au regard notamment de la continuité d'une couverture médicale appropriée tant en termes d'effectifs que d'expérience adéquate, ne saurait être accepté.

b) Apporter un soutien financier approprié

La présence de maternités au maintien jugé nécessaire dès lors que les conditions de la sécurité des soins sont réunies doit constituer un critère prioritaire pour l'application du dispositif en cours de mise en œuvre pour soutenir les établissements isolés, en application de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014¹⁵⁵.

Ce dispositif instaure un mode de financement dérogatoire pour les établissements répondant à des conditions d'isolement géographique et à faible densité de population sous réserve que les prestations d'hospitalisation assurées par ces établissements et leur situation financière le justifient. Il devrait reposer sur la mise en place d'un financement mixte associant tarification à l'activité et dotation complémentaire (elle-même composée d'un forfait annuel et, le cas échéant, d'une part variable apportée par le fonds d'intervention régional dont disposent les agences régionales de santé), visant à la fois à garantir un certain niveau de financement et à conserver une incitation à l'efficacité de l'organisation et à la maîtrise des coûts.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les maternités apparaissent aujourd'hui globalement dans une situation financière très précaire causée par des coûts élevés et en augmentation, du fait en particulier du poids des charges de personnel et de l'incidence des investissements de modernisation qui ont pu être réalisés. Leurs tarifs, calculés sur une base largement historique, sont en décalage structurel avec les coûts, ce qui est une des causes du désengagement de cette activité de certains établissements, notamment du secteur privé à but lucratif.

Pour autant, la restructuration majeure de l'offre de soins intervenue depuis 15 ans en ce domaine n'empêche pas le constat d'une efficacité très perfectible des prises en charge. La durée moyenne de séjour ne baisse que très progressivement et reste sensiblement plus élevée que chez la plupart de nos voisins. Les taux d'occupation demeurent insuffisants, un tiers des maternités ayant eu en 2012 un taux d'occupation inférieur à 60 %.

Au-delà des difficultés liées la démographie médicale qui ne peuvent que s'accroître, ces constats appellent à de nouvelles réorganisations, aussi nécessaires qu'inévitables. Le positionnement très attentiste et plus que prudent des agences régionales de santé dans un

¹⁵⁵ Article L.162-22-8-1 du code de la sécurité sociale.

contexte toujours très sensible, voire passionnel, sur ces sujets, où se manifestent de constantes réticences à prendre pleinement en compte les considérations liées à la sécurité des soins jusqu'à la survenue d'un accident grave, n'est pas à la hauteur des enjeux et des exigences qui s'imposent pour pouvoir garantir une offre de soins adaptée aux besoins et pérenne.

Il importe ainsi d'éviter qu'une série de fermetures ponctuelles, soudaines et mal anticipées ne provoque une recomposition subie de l'offre de soins qui ne ferait qu'aggraver les multiples dysfonctionnements déjà constatés. Il appartient aux pouvoirs publics de définir un schéma cible d'organisation à moyen terme des maternités qui oriente de manière plus volontariste l'action des ARS de manière à mettre en place une répartition géographique et une structuration par type de prise en charge des maternités mieux ajustée aux besoins et plus efficiente.

Sa préparation suppose la définition d'un nouveau modèle économique permettant à la fois la soutenabilité de cette activité pour les établissements et la mobilisation de gains d'efficacité indispensables, tout en établissant un cadre de financement approprié aux petites maternités dont le maintien serait jugé nécessaire et possible dans le strict respect des normes de sécurité.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

7. définir un schéma cible d'organisation à moyen terme des maternités, notamment en réexaminant le niveau du seuil d'activité minimal et en redéfinissant de manière plus cohérente par rapport aux besoins et plus efficiente au regard des objectifs de périnatalité l'articulation des différents types de maternités ;
 8. redéfinir le modèle économique des maternités, en en réduisant les coûts par la baisse de la durée moyenne de séjour, l'augmentation des taux d'occupation et la suppression des lits inutiles et des moyens qui y sont affectés ;
 9. pour les maternités isolées dont le maintien serait jugé nécessaire, établir un cadre de financement et des dispositifs de mutualisation d'équipes appropriés.
-

Conclusion générale

Un mouvement de restructuration d'une ampleur sans précédent

À l'issue du vaste mouvement de restructuration survenu depuis l'adoption des décrets du 9 octobre 1998 – le plus important conduit dans les structures de soins en France puisqu'il a abouti à la suppression de plus de 20 % des établissements en 10 ans –, l'offre de soins en maternités a beaucoup évolué. La taille des établissements a crû de façon importante, bien que la concentration reste modérée en comparaison de celle qui est constatée chez un grand nombre de nos voisins européens. La structure de l'offre de soins s'est sensiblement déformée en faveur des maternités de type II et de type III équipées en services de néo-natalité et en faveur du secteur public compte tenu du désengagement du secteur privé à but lucratif.

Des effets limités sur la répartition de l'offre de soins

Cette restructuration n'a pas compromis, pour l'essentiel, le maillage du territoire, puisque la proximité des établissements par rapport aux lieux de résidence des parturientes ne s'est pas globalement dégradée en termes de durée d'accès. La mise en place de moyens spécifiques pour assurer le suivi des femmes dans les zones difficiles – centres périnataux de proximité, consultations avancées, réseaux de périnatalité – a contribué, avec le maintien dérogatoire de quelques très petites maternités, à limiter les difficultés d'accès aux soins.

Une qualité et une sécurité des soins encore inégalement assurées

La sécurité de l'activité d'obstétrique a été améliorée depuis 1998, mais dans des proportions moindres que chez nos principaux voisins, les résultats de la France en matière d'indicateurs de périnatalité étant relativement médiocres, ainsi que la Cour l'avait déjà relevé en 2012¹⁵⁶.

Les normes de sécurité et les règles d'organisation mises en place par les décrets du 9 octobre 1998 sont en effet encore loin, 16 ans après, d'être complètement respectées. Les difficultés de recrutement de médecins conduisent à mettre en cause la sécurité dans un certain nombre d'établissements, les solutions mises en place étant d'effet limité, voire comportant parfois des risques patents. La mise en conformité des locaux n'est pas encore intégralement réalisée. Les maternités maintenues à titre dérogatoire alors qu'elles auraient dû fermer ne font pas toujours l'objet de contrôles suffisants au regard du respect des normes de sécurité. La répartition de l'offre de soins entre les différents types de maternités, fruit d'abord de l'histoire puis d'une restructuration au fil de l'eau de l'offre de soins, est peu cohérente, avec pour conséquence notamment une prise en charge qui n'est pas toujours optimale des grossesses à risque. Des établissements connaissent des résultats dégradés sans faire systématiquement l'objet d'une analyse de leurs indicateurs de périnatalité et sans que leur soit imposée la mise en œuvre de mesures correctrices. Le suivi des parturientes à la

¹⁵⁶ Cour des comptes, *Rapport public annuel 2012*, La politique de périnatalité : l'urgence d'une remobilisation, février 2012, pages 395 à 428.

situation précaire est insuffisant. Pour ce qui est des départements d'outre-mer, de considérables efforts de mise à niveau des prises en charge restent indispensables en Guyane et à Mayotte.

Une situation financière délicate liée à une efficience insuffisante

La plupart des maternités sont aujourd'hui dans une situation financière délicate. Les établissements ont été confrontés à un effet de ciseau entre une structure des coûts alourdie, notamment par les normes de personnels et de locaux mises en place par les décrets du 9 octobre 1998, et des tarifs qui sont restés fondés sur des coûts historiques et sont globalement sous-évalués. Cette situation est cependant largement la résultante d'un manque d'efficience global du dispositif de prise en charge de la maternité, qui conduit à en majorer les coûts. La durée moyenne de séjour reste plus élevée que chez nos voisins, alors même que les maternités connaissent pour une part importante d'entre elles une sous-occupation importante, notamment les plus petites.

Une nouvelle étape inévitable et nécessaire de réorganisation dans les années à venir qui doit être pilotée de façon active par les pouvoirs publics

La superposition de problèmes de recrutement déjà récurrents, mais que des perspectives démographiques défavorables ne feront qu'accroître à bref délai, d'une situation financière précaire, du constat que les normes fixées depuis 1998 sont très loin 16 ans après d'être partout respectées, qu'il s'agisse des effectifs ou de la conformité des locaux, fait peser sur le maillage actuel des maternités de considérables menaces.

Indépendamment même du contexte plus général de resserrement de l'ONDAM, une nouvelle étape de restructuration des maternités est ainsi à la fois inévitable et nécessaire. Dans ce cadre, il est indispensable d'éviter une recomposition subie, mal anticipée et mal maîtrisée, de l'offre de soins qui ne ferait qu'aggraver les fragilités et les difficultés du dispositif de prise en charge. Les nouvelles réorganisations nécessaires doivent au contraire constituer une opportunité pour mettre en place une structuration de l'offre de soins à la fois pérenne, mieux ajustée aux besoins et plus efficiente. Il importe qu'elles s'inscrivent à cet effet dans un schéma cible d'organisation à moyen terme, redéfinissant selon une stratégie globale le dimensionnement des établissements, leur maillage, leur articulation et leur modèle économique pour répondre en termes de répartition géographique comme de qualité des soins aux exigences de sécurité, à l'urgence d'une amélioration des indicateurs de périnatalité et aux demandes des parturientes qui évoluent.

16 ans après la parution des décrets de 1998, il apparaît ainsi essentiel d'éclairer la décision publique par une réflexion large et concertée comme celle qui les avait précédés, de manière à redéfinir en profondeur les règles d'organisation et la structuration de la prise en charge de la maternité de manière à assurer conjointement la sécurité de la naissance et l'équilibre financier des établissements. Il appartient aux pouvoirs publics de la conduire, avec fermeté et pédagogie, pour que les réorganisations à venir soient l'opportunité de progrès indispensables.

Annexes

Annexe 1 : Lettre de la Présidente de la commission des affaires sociales du Sénat au Premier président de la Cour des comptes du 11 décembre 2012

Annexe 2 : Lettre du Premier président de la Cour des comptes à la Présidente de la commission des affaires sociales du Sénat du 14 janvier 2013

Annexe 3 : Lettre du Premier président de la Cour des comptes à la Présidente de la commission des affaires sociales du Sénat du 30 mai 2013

Annexe 4 : Liste des établissements étudiés

Annexe 5 : Nombre d'implantations existantes et prévisionnelles selon les SROS-PRS

Annexe 6 : Liste des personnes rencontrées ou contactées

Annexe 7 : Glossaire

**Annexe 1 : lettre de la Présidente de la commission des affaires sociales du Sénat au
Premier Président de la Cour des comptes du 11 décembre 2012**

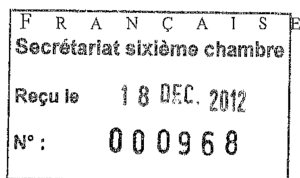


KCC A1211088 CDC
14/12/2012

COMMISSION
DES
AFFAIRES SOCIALES

LA PRÉSIDENTE

R É P U B L I Q U E



Monsieur Didier MIGAUD
Premier Président
de la Cour des comptes
13 rue Cambon
75001 PARIS

Paris, le 11 décembre 2012

Réf. : S/2012.204

Monsieur le Premier Président,

A la suite de ma rencontre avec MM. Antoine Durrleman, président de la sixième chambre, et Jean-Marie Bertrand, rapporteur général, et conformément aux dispositions de l'article L.O. 132-3-1 du code des juridictions financières, je vous confirme nos demandes d'enquêtes portant sur la biologie médicale et sur les maternités, en vue d'une remise en 2013 pour la première et en 2014 pour la seconde.

Je vous prie de croire, Monsieur le Premier Président, en l'assurance de ma haute considération.

Annie DAVID

Annexe 2 : lettre du Premier Président de la Cour des comptes à la Présidente de la commission des affaires sociales du Sénat du 14 janvier 2013

*Le Premier Président
de la
Cour des Comptes*

Paris, le 14 JAN. 2013

1300135

Madame la Présidente,

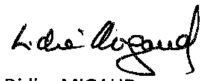
En réponse à votre courrier en date du 11 décembre 2012, relatif à la réalisation d'enquêtes en application de l'article L.O. 132-3-1 du code des juridictions financières, j'ai le plaisir de vous confirmer que la Cour devrait être en mesure de vous remettre les enquêtes que vous avez demandées.

Ainsi, pour la biologie médicale, le rapport vous serait remis pour le 30 juin 2013. Pour les maternités, le rapport vous parviendrait pour le 31 décembre 2014.

Ces deux enquêtes seront préparées par la sixième chambre de la Cour, dont le président est M. Antoine Durrleman, qui est à votre disposition avec les magistrats concernés pour préciser le champ et la portée de ces travaux dans les semaines qui viennent.

Je vous rappelle enfin que M. Jean-Marie Bertrand, président de chambre, rapporteur général, se tient à la disposition de la commission des affaires sociales du Sénat pour tous les sujets qu'elle souhaiterait aborder avec la Cour.

Je vous prie d'agréer, Madame la Présidente, l'expression de ma haute considération.


Didier MIGAUD

Madame Annie DAVID
Présidente de la commission des affaires sociales
SENAT
15 rue de Vaugirard
75291 PARIS CEDEX 06

Annexe 3 : lettre du Premier Président de la Cour des comptes à la Présidente de la commission des affaires sociales du Sénat du 30 mai 2013



Le Premier Président

Paris, le

30 MAI 2013

1302619

Madame la Présidente,

Par lettre du 11 décembre 2012, vous avez demandé, conformément aux dispositions de l'article L.O. 132-3-1 du code des juridictions financières, que la Cour des comptes procède à une enquête sur les maternités en vue d'une remise en 2014. Par un courrier du 14 janvier dernier, je vous avais fait part que la Sixième chambre de la Cour effectuerait cette enquête après avoir précisé avec vous le champ et la portée des travaux ainsi demandés.

Conformément aux conclusions de la réunion de travail que vous avez tenue le 30 janvier dernier avec les magistrats chargés de cette enquête, celle-ci s'organisera selon trois axes.

Il sera d'abord procédé à une analyse des grandes tendances de l'évolution de l'offre de prise en charge en ce domaine, avec un examen spécifique des problématiques de maillage territorial et un éclairage sur la création de « maisons de naissance ».

L'efficience et le coût du dispositif actuel seront étudiés à partir du fonctionnement de quelques maternités. Comme vous l'avez demandé, la question des moyens humains fera l'objet d'une attention particulière sous l'angle de la démographie des professions concernées et de l'organisation du travail, notamment au regard de la répartition des compétences entre les sages-femmes et les gynécologues-obstétriciens.

Sera enfin examinée la conduite des politiques de réorganisation, de l'offre obstétricale, fondées sur l'existence d'un seuil minimal d'activité, la distinction de trois grands niveaux de spécialisation dans la prise en charge et une approche en termes de temps d'accès.

Sur la base des constats auxquels elle sera ainsi parvenue, la Cour cherchera à dresser le bilan de la modernisation de l'offre de soins en ce domaine, au regard tant des questions de sécurité dans les prises en charge qu'en fonction de l'adéquation aux demandes des parturientes, ainsi qu'en termes de meilleure efficience d'ensemble du système de soins.

./.

Madame Annie DAVID
Présidente de la commission des affaires sociales
Sénat
15, rue de Vaugirard
75291 PARIS CEDEX 06

13, rue Cambon 75100 Paris Cedex 01 – Téléphone : (33) 1 42 98 95 00 – Télécopie : (33) 1 42 60 01 59

L'enquête s'appuiera sur l'analyse d'un échantillon varié d'établissements tant publics que, dans la limite des compétences de la Cour, privés d'intérêt collectif et privés à but lucratif répartis entre zones urbaines et rurales et appartenant à différents niveaux de spécialisation, avec une étude plus particulière de quelques maternités réalisant moins de 300 accouchements par an. Ainsi que vous l'avez souhaité, un éclairage sera recherché sur certaines situations spécifiques rencontrées outre-mer (notamment Marie Galante et Saint Laurent du Maroni).

Pour la réalisation de cette enquête qui ainsi conçue requiert des investigations dans des établissements publics de santé dont le contrôle a été délégué aux chambres régionales des comptes, sera mise en place une formation inter-juridictions commune à la Cour et à ces dernières, conformément à l'article L.111-9-1 du code des juridictions financières.

Compte tenu des modalités de fonctionnement d'une telle formation et du programme de travail respectif de la Cour et des chambres régionales des comptes, et comme il en a été convenu, la communication de la Cour vous sera remise pour le 19 décembre 2014.

Je vous prie de bien vouloir agréer, Madame la Présidente, l'expression de ma haute considération.



Didier MIGAUD

Annexe 4 : liste des établissements étudiés

Région	Établissement	Type	Type	Nombre d'accouchements
Auvergne	CHU Clermont-Ferrand	EPS	III	3717
	Réseau de Santé Périnatale d'Auvergne	GIE		
	CH Thiers - CPP Ambert	EPS	I et CPP	480
	CH Montluçon	EPS	IIB	1314
	CH Issoire	EPS	I	791
	CH Saint Flour	EPS	I	349
Bourgogne	CH Autun	EPS	I	325
Île-de-France	Cochin-Port Royal	EPS	III	5100
	CHU Antoine Béchère de Clamart	EPS	III	2830
	Hôpital du Sud Francilien	EPS	III	4579
	CH Mantes-La-Jolie	EPS	IIB	2604
	CH d'Argenteuil	EPS	III	3141
	CH Trousseau	EPS	III	3495
Nord Pas de Calais	CH Lens	EPS	III	2711
Poitou-Charentes	CH La Rochelle-Ré-Aunis	EPS	IIB	1709
	CHI de Cognac	EPS	I	633
PACA	Maternité de Toulon-La Seyne	EPS	IIB	2617
	CH de Aix-Pertuis, site d'Aix	EPS	IIB	2013
	CH de Aix-Pertuis, site de Pertuis	EPS	I	774

Annexe 5 : nombre d'implantations existantes et prévisionnelles selon les SROS-PRS

	Existant	Évolutions envisagées					
		SROS PRS		Min		Max	
		Min	Max	Nb	%	Nb	%
Alsace	15	13	17	-2	-13 %	2	13 %
Aquitaine	28	28	28	0	0 %	0	0 %
Auvergne	10	10	10	0	0 %	0	0 %
Basse-Normandie	15	15	15	0	0 %	0	0 %
Bourgogne *	14	13	14	-1	-7 %	0	0 %
Bretagne	25	23	26	-2	-8 %	1	4 %
Centre	21	21	21	0	0 %	0	0 %
Champagne-Ardenne	15	10	14	-5	-33 %	-1	-7 %
Corse	4	4	4	0	0 %	0	0 %
Franche-Comté	10	9	10	-1	-10 %	0	0 %
Guadeloupe	6	5	5	-1	-17 %	-1	-17 %
Guyane	4	4	4	0	0 %	0	0 %
Haute-Normandie	14	14	14	0	0 %	0	0 %
Île-de-France	92	81	91	-11	-12 %	-1	-1 %
Languedoc-Roussillon	20	20	20	0	0 %	0	0 %
Limousin	8	8	8	0	0 %	0	0 %
Lorraine	20	20	20	0	0 %	0	0 %
Martinique	5	5	5	0	0 %	0	0 %
Midi-Pyrénées	28	21	27	-7	-25 %	-1	-4 %
Nord-Pas-de-Calais	38	35	40	-3	-8 %	2	5 %
Océan Indien	8	8	8	0	0 %	0	0 %
PACA	40	36	36	-4	-10 %	-4	-10 %
Pays de la Loire	23	23	23	0	0 %	0	0 %
Picardie	16	15	16	-1	-6 %	0	0 %
Poitou-Charentes	15	15	15	0	0 %	0	0 %
Rhône-Alpes	51	46	53	-5	-10 %	2	4 %
TOTAL France entière*	545	502	544	-43	-7,9 %	-1	-0,2 %

Source : DGOS

* Le total France entière est différent de celui mentionné au chapitre I (544 établissements en 2012), dans la mesure où le SROS de Bourgogne considère que la maternité de Decize est encore en fonctionnement, dans la mesure où elle conserve son autorisation en dépit de la suspension de l'activité d'accouchements depuis 2010.

Annexe 6 : liste des personnes rencontrées et contactées

Administrations

Direction générale de l'organisation des soins (DGOS)

- Mme Natacha Lemaire, sous-directrice de la régulation de l'offre de soins
- M. Samuel Prاتمarty, sous-directeur par intérim de la régulation de l'offre de soins
- M. Yannick Le Guen, sous-directeur du pilotage de la performance de l'offre de soins
- Mme Michèle Lenoir-Salfati, sous-directrice par intérim des ressources humaines du système de santé
- Mme Deborah Cvetojevic chef du bureau des plateaux techniques et prises en charge hospitalières aiguës
- Mme Julie Barrois, sous-direction de la régulation de l'offre de soins
- Mme Aurélie Ingelaere, sous-direction de la régulation de l'offre de soins
- Mme Christine Gardel, adjointe à la sous-directrice des ressources humaines du système de santé
- Mme Évelyne Belliard chef du bureau démographie et formations initiales
- Mme Odile Brisquet, chef du bureau des ressources humaines hospitalières
- Mme Anne Dardel, chef de la mission études d'impact métiers et masse salariale
- M. Clément Corriol, adjoint au chef de la mission études d'impact métiers et masse salariale

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

- Mme Gwennaëlle Brilhault, chef du bureau « établissements de santé »
- Mme Fanny Mikol, chef du bureau « professions de santé »

Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle

- Mme Françoise Profit, chef du département des formations de santé.

Direction de la sécurité sociale

- M. Thomas Wanecq, sous-directeur du financement du système de soins

Direction générale de la santé

- M. Patrick Ambroise, chef du bureau santé des populations

Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)

- Mme Mathilde Lignot-Leloup, directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins
- M. Claude Gissot, directeur adjoint de la stratégie, des études et des statistiques
- Mme Dorothée Hannotin, directrice de cabinet de la directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins
- Dr Michel Marty, responsable du département hospitalisation
- Mme Gladys Nabi, département coordination de l'efficience des soins
- Mme Annie Fouard, département hospitalisation.

Agence technique d'information sur l'hospitalisation

- M. Housseyni Holla, directeur de l'ATIH

- M. Éric Ekong, directeur adjoint, chef de service architecture et production informatique
- M. Max Bensadon, service Classifications, information médicale et modèles de financement, pôle modèles de financements
- Mme Françoise Bourgoïn, chef de service Réponse aux demandes externes
- Mme Véronique Sauvadet, chef de service Financement des établissements de santé
- Mme Isabelle Mery, enquête nationale sur les coûts.
- Mme Marlène Bernard, service réponse aux demandes externes

Agence nationale d'appui à la performance

- Mme Sabine Rey-Arles : responsable projet Hospi-Diag

Organismes

Fédération hospitalière de France

- M. Yves Gaubert, responsable du pôle finances
- Mme Florence Martel, pôle organisation sanitaire et médico-sociale
- Mme Marie Houssel, pôle ressources humaines
- M. René Caillet, responsable du pôle organisation sanitaire et médico-sociale

Fédération de l'hospitalisation privée

- M. Jean Loup Dourousset, président
- Mme Élisabeth Tomé Gertheinrichs, déléguée générale FHP
- M. Thierry Béchu, délégué général FHP-MCO
- M. Emmanuel Daydou, directeur de la prospective économique médicale et juridique
- M. David Castillo, responsable études économiques et systèmes d'information.

Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne,

- M. David Causse, coordonnateur du pôle santé social
- Dr Catherine Réa, conseiller médical
- M. Samah Ben Abdallah, conseiller santé social

Conseil national de l'ordre des médecins

- Mme Gwénaëlle Le Breton-Lerouvillois, géographe de la santé

Collège national des gynécologues-obstétriciens français

- M. le professeur Puech

Conseil national de l'ordre des sages-femmes

- Mme Marie Josée Keller, présidente
- Mme Marianne Benoît Truong Canh, vice-présidente
- Mme Marie-Cécile Moulinier, secrétaire générale

Société française d'anesthésie et de réanimation

- M. le professeur Dan Benhamou, ancien président

Société française de pédiatrie

- Monsieur le professeur Pierre-Henri Jarreau

CHR d'Orléans

- Dr Louis Mesnard : chef du service gynéco-obstétrique

*Région Bourgogne*ARS Bourgogne

- M. Jaffre, directeur de l'organisation des soins
- Dr Meillier, médecin inspecteur de santé publique.
- Mme Blanchard : direction de l'offre de soins et de l'autonomie, responsable du département financement.
- Mme Comlan, département Organisation de l'offre, chargée de mission.
- Pr Sagot, CHU de Dijon / Hôpital Femme-Enfant, Président de la Commission Régionale de la Naissance.

Centre hospitalier d'Autun

- M. Legourd, chef d'établissement.
- Mme Besset, directeur adjoint.
- M. Paletta, cadre de santé
- Mme Pacaut, cadre de santé.
- Dr Valentin, chef du service gynéco-obstétrique.
- Mme Tuypens, sage-femme faisant fonction de cadre de santé.
- M. Guillaume, responsable service ressources humaines.
- Mme Duthoit, affaires médicales.
- Mme Gouyon, responsable des affaires financières.
- Mme Bacault, département de l'information médicale.
- M. Meunier, responsable des admissions.

*Région Poitou-Charentes*ARS Poitou-Charentes à Poitiers

- M. Fraysse, directeur général adjoint, directeur des opérations.
- M. Vignon, responsable du pôle établissements de santé à la direction de l'offre sanitaire et médico-sociale.
- M. Daniel, pharmacien inspecteur, responsable du service inspection, contrôle, audit, évaluation à la direction de la stratégie.

Centre hospitalier Nord-Vienne de Châtellerauld

- M. Coquema, chef d'établissement.
- M. Godard, chef de service de gynécologie-obstétrique.
- M. Mergnac, directeur des ressources humaines et du système d'information.
- Mme Richard, directrice des affaires générales, de la qualité, gestion des risques et des relations avec les usagers.

Centre hospitalier intercommunal du pays de Cognac

- M. Trapeaux, chef d'établissement.

- M. de Coatpont, directeur des finances, de la clientèle et des systèmes d'informations.
- Mme Cauhape, directrice des ressources humaines et de la qualité.
- Mme Denimal, cadre sage-femme.
- M. Vacquier, gynécologue-obstétricien.
- M. Bouderbala, gynécologue-obstétricien.
- M. Filidori, gynécologue-obstétricien.
- M. Nebout, pédiatre à mi-temps et responsable du département d'information médicale à mi-temps.
- M. Wadoux, pédiatre hospitalier.
- M. Franchi, praticien hospitalier temps complet et président de la commission médicale d'établissement.

Centre hospitalier de La Rochelle, Ré-Aunis

- M. Michel, chef d'établissement.
- Mme Turpin, directrice adjointe en charge de la direction des finances et du contrôle de gestion.
- M. Cadilhac, directeur adjoint en charge de la direction des ressources humaines.
- M. Boffard, directeur adjoint, en charge de la direction des pôles et des activités Saint-Louis.
- M. Faugere, directeur adjoint, en charge de la direction des affaires médicales.
- Mme Panier, cadre supérieur sage-femme du pôle femme-enfant.
- M. Ferry, praticien hospitalier, chef du pôle femme-enfant.

Réseau périnatal Poitou-Charentes

- Mme Bouthet, sage-femme, coordinatrice générale et médicale

Région Nord-Pas-de-Calais

ARS Nord-Pas-de-Calais

- Dr Vérité, médecin inspecteur de santé publique.
- Véronique Yvonneu, Directrice de l'information médico-sociale.
- Pierre Boussemart, département des établissements de santé, appui à la performance.

Centre hospitalier de Lens

- Madame Hélène Avisse, directrice adjointe
- Madame Anne Sylvie Valat, chef de service de gynécologie-obstétrique
- Madame Pascale Robiquert, sage-femme, cadre supérieur de santé
- Madame Johanne Hollevoet, contrôleur de gestion du pôle mère-enfant

Réseaux de santé périnatale

- Dr Maurice Levasseur, président du réseau « Bien naître en Artois ».
- Dr Poher, présidente du réseau Pauline.
- Mme Gonzalez, coordinatrice du réseau Pauline.
- Mme Croy, coordinatrice du réseau périnatal du Hainaut.

- Mme Bomy, coordinatrice du réseau Ombrel.

Région Île-de-France

ARS Île-de-France

- Mme Schibler, directrice du pôle établissements de santé, direction de l'offre de soins et médico-sociale.
- Dr Destaintot, référent thématique périnatalité et PMA- Direction de l'offre de soins et médico-sociale.
- Mme Daniel, charge de mission périnatalité, direction de la santé publique.

Assistance Publique-Hôpitaux de Paris :

- Pr Goffinet, chef de service de la maternité de Port-Royal.
- Pr Benachi, chef du service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Antoine Béchère (Clamart).

CH Victor Dupouy d'Argenteuil

- Dr Landa, chef du service de gynécologie-obstétrique.

CH Sud francilien

- Dr Granier, chef du pôle femme-mère-enfant, chef du service de médecine néo-natale.
- Dr Rigonnot, chef du service de gynécologie-obstétrique.
- Mme Lose, cadre sage-femme de pôle.
- M. Magraitte, contrôleur de gestion.
- Mme Dragne-Ebrardt, direction des finances.

CH de Mantes la Jolie

- Mme Gaillard, secrétaire générale.
- Dr Godard, chef du service de gynécologie-obstétrique.
- Mme Joutel, cadre sage-femme de pôle.
- Mme Chevalier, direction des finances.

Région Provence-Alpes-Côte d'Azur

ARS PACA

- Mme Dumont : conseillère médicale auprès du directeur général de l'ARS.
- Mme Vedrines : en charge du dossier périnatalité.

Réseaux de santé périnatale

- Dr Chrétien, pédiatre, réseau « Sécurité Naissance ».
- Mme Marcot, sage-femme, réseau « Périnatalité Sud ».
- Dr Milliat, pédiatre, réseau de « Périnatalité Sud ».
- Mme Pansera, sage-femme, réseau de « Périnatalité Sud ».
- Mme Mellie Aymeric, coordinatrice administrative réseau « Naître et Devenir ».

Centre Périnataux de Proximité

- Mme Romanens, chef d'établissement (CH de La Palmosa à Menton).
- Mme Petit, cadre supérieure du pôle femme-enfant du CHICAS (Sisteron)

CH d'Apt

- Mme Fregosi, chef d'établissement.

CH de Valréas

- M. Alain De Haro, chef d'établissement.

CHI de Toulon-La Seyne

- M. Perrot, chef d'établissement.
- M. Funel, directeur adjoint affaires générales et projets.
- M. Rodriguez, directeur adjoint instances, affaires juridiques, patrimoine.

CHI d'Aix-Pertuis

- M. Bouffies, chef d'établissement
- M. Lala, secrétaire général
- Mme Sabot, directrice adjointe, direction des finances et de gestion de la performance.
- Mme Luquet, directrice des ressources humaines.
- Dr Villeminot, département d'information médicale.

CHP de Beauregard (Marseille)

- M. Bruno Thiré, chef d'établissement.

CPAM du Var

- Contacts avec les gestionnaires.

*Région Auvergne*ARS d'Auvergne

- M. Wachowiak, directeur de l'offre hospitalière.

CHU de Clermont-Ferrand

- M. Meunier, directeur général.
- Pr Lemery, chef du pôle gynécologie-obstétrique, reproduction humaine.
- Pr Vendittelli, chef du pôle gynécologie-obstétrique, reproduction humaine.
- Pr Pouly, pôle gynécologie obstétrique reproduction humaine.
- Mme Delpirou, sage-femme, cadre supérieure de santé.
- Mme Drexler, directrice des affaires médicales.
- Mme Buisson, directrice des ressources humaines.
- M. Mathiaux, directeur des affaires financières et du contrôle de gestion.
- Dr Aublet-Cuvelier, département de l'information médicale.

CH d'Issoire

- M. Courcier, chef d'établissement.
- Mme Rey, directrice des soins.
- Mme Smith, responsable des affaires médicales.
- M. Pérugi, service financier.
- Mme Trintignac, directrice des ressources humaines et des affaires médicales.

- Dr Mansoor, chef de service de la maternité et président de la commission médicale d'établissement.

CH de Montluçon

- M. Mathiaux, administrateur provisoire (directeur des finances du CHU de Clermont-Ferrand).
- M. Vidal, directeur depuis le 1er juin 2014.
- Mme Zidane, directrice des affaires financières.
- Mme Bourdereau, cadre sage-femme de la maternité.
- Dr Forest, chef du service de gynécologie-obstétrique.
- Dr Gallet, chef du service de pédiatrie.
- Dr Dubouchet, département de l'information médicale.
- Mme Jany, directrice des ressources humaines et des affaires médicales.
- Dr Verdier, président de la commission médicale d'établissement.

Conseil général de l'Allier

- Dr Peraut, médecin de protection maternelle et infantile (antenne de Montluçon).

Réseau de sante périnatale d'Auvergne

- Pr Lémery, président.
- Pr Vendittelli, médecin coordonnateur.
- Mme Ribeaudreau, cadre.

CH de Saint-Flour

- M. Garnerone, chef d'établissement et directeur des affaires médicales ;
- Dr Vladimirof, chef de service de la maternité.
- Dr Duchamp, président de la commission médicale d'établissement.
- Mme Delcelier, direction des soins.
- Mme Kaufmann, faisant fonction de cadre sage-femme.
- Mme Laudat, direction des ressources humaines et direction des services financiers.

CH de Thiers et CPP d'Ambert

- Monsieur Allègre, chef d'établissement des CH de Thiers et d'Ambert (direction commune).
- Madame Paganelli, cadre du service de maternité.
- Mme Gillot, directrice des soins et de la qualité.
- Dr Nohuz, chef du pôle de gynécologie-obstétrique.
- Mme Robin, directrice des ressources humaines et des affaires médicales.
- Mme Specht, responsable des finances

Annexe 7 : glossaire

AHNAC	Association hospitalière privée Nord-Artois-Cliniques
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
AP-HP	Assistance publique – Hôpitaux de Paris
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ARS	Agence régionale de santé
ASIP SANTE	Agence des systèmes d'information partagés de santé
ATIH	Agence technique d'information sur l'hospitalisation
BNA	Réseau "Bien naître en Artois"
CDPS	Centre délocalisé de prévention et de soins
CESP	Contrat d'engagement de service public
CGI	Commissariat général à l'investissement
CH-CHU	Centre hospitalier, centre hospitalier universitaire
CHIAP	Centre hospitalier intercommunal d'Aix-Pertuis
CHITS	Centre hospitalier intercommunal de Toulon-La Seyne-sur-Mer
CHSF	Centre hospitalier Sud Francilien
CHT	Communauté hospitalière de territoire
CMD	Catégorie majeure de diagnostic
CMU-C	Couverture maladie universelle complémentaire
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNGOF	Collège national des gynécologues-obstétriciens français
CNGOF	Centre national de gestion
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins
CNOSF	Conseil national de l'ordre des sages-femmes
COPERMO	Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers
CPDP	Centre pluridisciplinaire de diagnostic périnatal
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPP	Centre périnatal de proximité
CRC	Chambres régionales des comptes
CREA	Compte de résultat analytique
CRNPE	Commission régionale de la naissance et de la petite enfance
CSOS	Commission spécialisée de l'organisation de soins
CSP	Code de la santé publique
CSS	Code de la sécurité sociale
DAPSA	Dispositif d'appui à la périnatalité et aux soins ambulatoires
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGS	Direction générale de la santé
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DMP	Dossier médical personnel
DMS	Durée moyenne de séjour
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DSS	Direction de la sécurité sociale
EIG	Evènements indésirables graves
ENCC	Etude/échelle nationale sur les coûts à méthodologie commune
ESPIC	Etablissement de santé privé d'intérêt collectif
FEDER	Fonds européen de développement régional
FEHAP	Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne
FHF	Fédération hospitalière de France
FHP	Fédération de l'hospitalisation privée
FIJ	Formation inter juridictions
FIR	Fonds d'intervention régional
FPH	Fonction publique hospitalière
GCS	Groupement de coopération sanitaire
GHM	Groupe homogène de malades
GHS	Groupe homogène de séjours
GIE	Groupement d'intérêt économique
GO-GM	Gynécologue-obstétricien, gynécologue médical
HAD	Hospitalisation à domicile
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IVG	Interruption volontaire de grossesse
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
MAINH	Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier
MAP	Menace d'accouchement prématuré
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
MERRI	Missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation
MIGAC	Mission d'intérêt général / aides à la contractualisation
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
ONDAM	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
ONDPS	Observatoire national de la démographie des professions de santé
PDS	Permanence des soins
PEPRADE	Equipe de recherche Périnatalité, grossesse, Environnement, Pratiques médicales et Développement
PH	Praticien hospitalier
PLFSS	Projet de loi de financement de la sécurité sociale
PMI	Protection maternelle et infantile
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PRADO	Programme d'accompagnement du retour à domicile
PRS	Projet régional de santé
RALFSS	Rapport annuel sur la loi de financement de la sécurité sociale
RMMMr	Revue morbi-mortalité maternelle régionale
ROD	Rapport d'observations définitives
RPB	Réseau périnatal de Bourgogne
RPEP	Réseau périnatal de l'est parisien
RSP	Réseau de santé périnatale
RSPA	Réseau de santé périnatale d'Auvergne
SAE	Statistique annuelle des établissements de santé
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SF	Sages-femmes

SFAR	Société française d'anesthésie et de réanimation
SFP	Société française de pédiatrie
SMUR	Service médical d'urgence et de réanimation
SOLIPAM	Réseau "Solidarité Paris Maman"
SROS	Schéma régional d'organisation des soins
T2A	Tarification à l'activité