

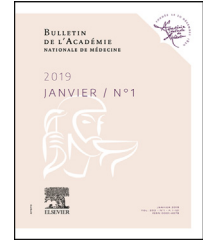


Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



RAPPORT ET RECOMMANDATIONS DE L'ANM

Rapport 23-05. Planification d'une politique en matière de périnatalité en France : organiser la continuité des soins est une nécessité et une urgence[☆]



Planning of perinatal care policy in France: Organize continuity of care is a necessity and an emergency

Y. Ville^{*}, R.C. Rudigoz, J.M. Hascoët, au nom du et de la Groupe de travail¹ Commission 9²,

Académie nationale de médecine, 16, rue Bonaparte, 75006 Paris, France

Disponible sur Internet le 11 mars 2023

MOTS CLÉS

Santé périnatale ;
Planification ;
Maternités ;
Démographie ;
Territoires ;
Regroupement de maternité

Résumé La mortalité néonatale en France n'a pas diminué depuis 20 ans et le dernier plan de périnatalité est arrivé à terme en 2007. Une crise démographique sans précédent touche toutes les professions de la périnatalité. Cette crise contribue à l'accélération des fermetures de maternités, en particulier au sein des établissements de soins privés. La couverture territoriale par les établissements de type 2 et 3, à l'exception de la Corse, est satisfaisante, mais ces établissements sont saturés et offrent des conditions de travail et d'accueil dégradées. Leur attractivité est particulièrement faible pour les sages-femmes et les infirmières, professions où les postes vacants sont nombreux. Les attentes de la population autour de la naissance ne sont satisfaites ni qualitativement ni en termes d'accès aux soins. La situation particulièrement préoccupante des départements et régions d'outre-mer doit faire l'objet d'une analyse qui n'a pas pu être réalisée dans ce rapport. La mise en œuvre d'une politique adaptée en matière de périnatalité devrait s'appuyer sur une réduction accrue du nombre de maternités. Celles-ci devraient être regroupées avec les établissements de type 2 et de type 3 d'un même territoire, dont les contraintes structurelles et de ressources humaines doivent garantir,

[☆] Un rapport exprime une prise de position officielle de l'Académie nationale de médecine. L'Académie, dans sa séance du mardi 28 février 2023, a adopté le texte de ce rapport par 78 voix pour 1 voix contre et 4 abstentions.

^{*} Auteur correspondant.

Adresse e-mail : ville.yves@gmail.com (Y. Ville).

¹ Groupe de travail : Pr Bréart, Pr Carli, Pr Claris, Pr Cosson, Pr Crépin, Pr Dubousset, Mr Durrlemann, Pr Goffinet, Mme Guillaume, Pr Hascoët, Mr Lajonchère, Pr Mandelbrot, Pr Roze, Pr Rudigoz, Pr Salle, Pr Ville.

² Commission 9 : Pr Bouchard, Pr Bégulé, Pr Bujan, Pr Benoit, Pr Bréart, Pr Carles, Pr Claris, Pr Cognat, Pr Crépin, Pr Chaussain, Pr Dubousset, Pr Elefant, Pr Hascoët (président), Pr Henrion, Pr Jouannet, Pr Junien, Pr Lebouc, Pr Mandelbrot, Pr Milgrom, Pr Milliez, Pr Pangalos, Pr Rethore, Pr Rives, Pr Rudigoz (secrétaire), Pr Salle, Pr Shenfield, Pr Spira, Pr Vert, Pr Ville.

<https://doi.org/10.1016/j.banm.2023.03.017>

0001-4079/© 2023 Publié par Elsevier Masson SAS au nom de l'Académie nationale de médecine.

à la fois, la sécurité et la satisfaction des usagers, tout en offrant des conditions de travail acceptables et pérennes. Seuls ces grands établissements pourraient accueillir les parcours de soins les plus complexes comme des parcours de santé les plus physiologiques en renforçant les moyens humains et au prix d'adaptations architecturales permettant la cohabitation des différents niveaux de prise en charge. Ces transformations éviteront la caricature d'« usines à bébés » qui est souvent faite de grosses structures saturées et donc peu accueillantes. Le deuxième levier de cette politique passe par une mutualisation de l'offre publique et libérale qui devrait être coordonnée à l'échelle de territoires définis par la durée du trajet conduisant à une structure de type 2 ou 3 au bénéfice des familles. Cette stratégie nécessite une complémentarité entre les établissements de santé et la médecine de ville. Celle-ci a changé en 25 ans du fait de l'augmentation considérable du nombre de sages-femmes en exercice libéral et de l'extension de leurs missions. Les communautés périnatales de proximité avec les acteurs de la médecine de ville devraient définir et coordonner les parcours de santé et les parcours de soins. Ces communautés devraient disposer des moyens de consultation et d'expertise présentielles et à distance adaptés, mais aussi de structures d'hospitalisation, en particulier en *post-partum*, pour favoriser le développement du lien parents-enfants au sein de la communauté locale, au plus près du domicile. L'allongement des trajets entre le domicile et le lieu de naissance, imposé par de tels regroupements, nécessitera une coordination entre référents de la communauté périnatale de proximité et le recours aux moyens de transport médicalisé, en particulier les SAMUs. Le développement de structures hôtelières-hospitalières devrait être également un élément important du dispositif d'accès aux soins. Ces mesures paraissent seules pouvoir pallier la réalité et le ressenti de désert périnatal par les familles et tous les acteurs de la périnatalité. © 2023 Publié par Elsevier Masson SAS au nom de l'Académie nationale de médecine.

KEYWORDS

Perinatal care;
Planning policy;
Maternity units;
Demography;
Regions;
Grouping of
maternity units

Summary Neonatal mortality in France has not decreased for 20 years and the last perinatal plan ended in 2007. An unprecedented demographic crisis is affecting all perinatal professions. This crisis is contributing to the acceleration of maternity unit closures, particularly in private health care establishments. The territorial coverage by type 2 and 3 establishments, with the exception of Corsica, is satisfactory, but these establishments are saturated and offer deteriorated working and reception conditions. Their attractiveness is particularly low for midwives and nurses, professions where there are many vacancies. The population's expectations regarding childbirth are not being met either qualitatively or in terms of access to care. The particularly worrying situation of the overseas departments and regions could not be analyzed in this report. The implementation of an appropriate perinatal policy should be based on an increased reduction in the number of maternity units. These should be merged together with type 2 and type 3 establishments in the same territory whose structural and human resource constraints must guarantee both the safety and satisfaction of users while offering acceptable and sustainable working conditions. Only these large establishments could accommodate the most complex care pathways as well as the most physiological health pathways by reinforcing human resources and at the cost of architectural adaptations allowing the cohabitation of different levels of care. These transformations will avoid the caricature of "baby factories" that is often made of large, saturated and therefore unwelcoming structures. The second lever of this policy is the pooling of public and private provision, which should be coordinated at the level of territories defined by the length of the journey to a type 2 or 3 facility to the benefit of families. This strategy requires complementarity between health establishments and community medicine. This has changed in 25 years due to the considerable increase in the number of midwives in private practice and the variety of their missions. Perinatal communities of proximity with the actors of community care should define and coordinate health and care paths. These communities should have the appropriate means of face-to-face and remote consultation and expertise, but also hospitalization facilities, particularly in the postpartum period, to encourage the development of the parent-child bond within the local community, as close as possible to the home. The longer journeys between home and the place of birth imposed by such groupings will require coordination between referents in the local perinatal community and recourse to medical transport, in particular Emergency Services. The development of hotel-hospital structures should also be an important element of the access to care system. These measures seem to be the only ones capable of alleviating the reality and the feeling of a perinatal desert by families and all those involved in perinatal care.

© 2023 Published by Elsevier Masson SAS on behalf of l'Académie nationale de médecine.

Introduction

Le nombre de naissances et la natalité diminuent en France depuis 2010, et l'on assiste à un déplacement de la fécondité vers les femmes les plus âgées et au sein des agglomérations les plus densément peuplées [1] (Fig. 1). Cette tendance est retrouvée dans l'Union européenne (UE) ; cependant, la France est aussi l'un des rares pays de l'UE dans lesquels la mortalité néonatale n'a pas diminué depuis 2005, y compris parmi ceux où celle-ci était déjà faible. La part du PIB dédié à la santé en France est la 2^e derrière l'Allemagne avec un peu plus de 12 % [2] ; cependant, la morbi-mortalité maternelle reste significative et l'une des plus élevées en Europe [3–6]. Il existe de fortes disparités entre la métropole et les départements et régions d'outre-mer. L'importante morbidité dans les populations provenant de pays à très faible revenu et en conflit, Haïti aux Antilles et des Comores et du Sri Lanka via Mayotte et vers la Réunion, ont conduit le groupe de travail à décider que la planification de la périnatalité dans ces régions présentait d'importantes spécificités qui devraient faire l'objet d'un examen particulier et ne

s'inscriraient pas dans ce rapport [1] (Fig. 2). Les travaux de ce groupe de travail et les recommandations qu'il émet s'inscrivent dans un contexte historique et politique dans lequel la planification de la périnatalité n'a pas anticipé des effets produits à long terme par les orientations médico-sociales et économiques modernistes prises il y a un quart de siècle. Leurs conséquences médicales et démographiques sur la société postmoderne de ce premier quart du XXI^e siècle sont majeures et prennent aujourd'hui l'aspect d'une crise médicale, sociale et territoriale de la périnatalité.

Les décrets [7] de périnatalité de 1998 et de 2000 du plan 1995–2000 visaient à sécuriser les conditions de la naissance ; ils ont eu un impact considérable sur les structures effectuant des accouchements qu'aucune mesure nouvelle n'avait encadrées depuis 1976 et face à des indicateurs de santé périnatale et maternelle qui étaient préoccupants. Avec l'établissement des parcours de soins de la grossesse, les principaux effets de ces décrets furent d'imposer des contraintes structurelles aux établissements. Ils ont aussi incité au transfert *in utero* des grossesses à haut risque vers des structures adaptées par la formalisation de 3 types de

Nombre de naissances et taux de natalité France, 2010-2019

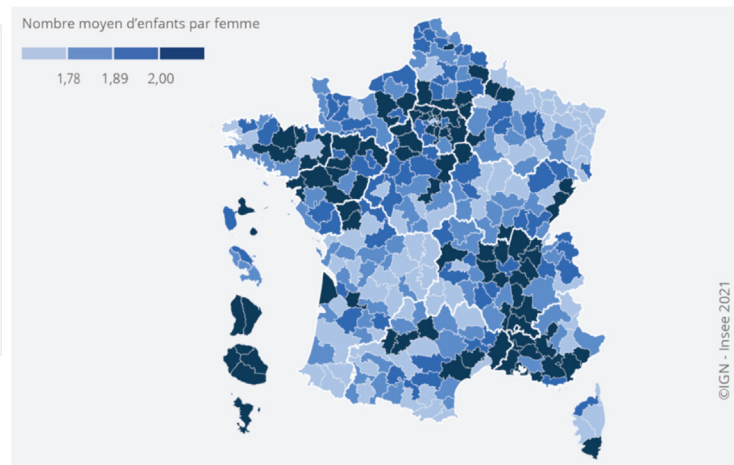
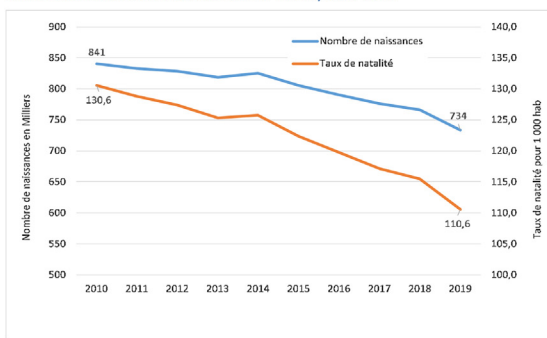
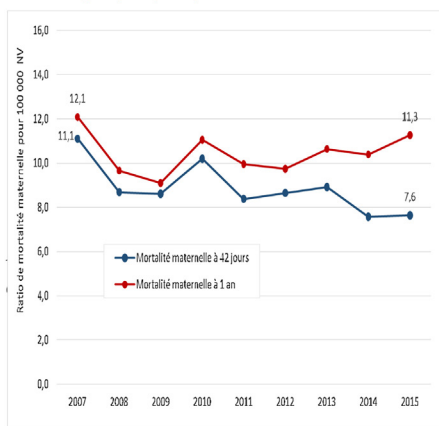
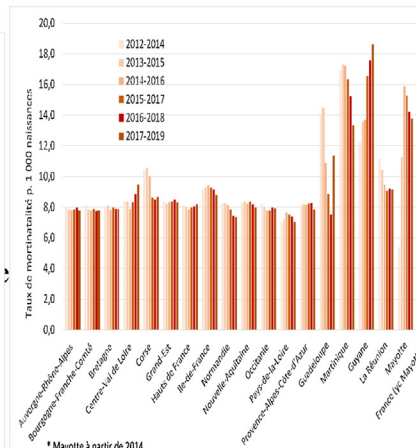


Figure 1 Évolution de la fécondité et de la natalité en France (source : enquête nationale périnatale [3]).

Évolution du ratio de mortalité maternelle de 2007 à 2015, données de l'ENCM, Évolution du taux de mortinatalité par région sur 3 années glissantes, 2012-2019 France entière, y compris Mayotte à partir de 2013



Évolution du taux de mortinatalité par région sur 3 années glissantes, 2012-2019



Évolution du taux de mortalité périnatale par région sur 3 années glissantes, France, 2012-2019

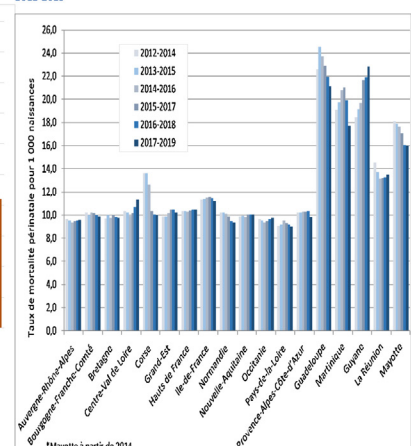


Figure 2 Évolution de la mortalité maternelle, de la mortinatalité et de la mortalité périnatale en France depuis 2012 (source : enquête nationale périnatale [3]).

maternité de 1 à 3 en fonction des capacités d'accueil et de prise en charge d'un nouveau-né fragile de par son poids ou son terme. Les effets à court terme et jusqu'à aujourd'hui ont été d'accélérer la fermeture des plus petites maternités (moins de 300 naissances) et d'augmenter le nombre relatif des accouchements dans les maternités de types 2 et 3 au détriment du type 1 [8]. Cette redistribution a abouti, à ce jour, à la fermeture de plus de 40 % des maternités de type 1 sur 20 ans, et ce mouvement se poursuit d'une façon chaotique imposée par le manque de moyens humains parmi les professionnels. Parmi ces établissements, certains sont devenus des Centres périnataux de proximité (CPP) [9] dont le fonctionnement est précisé plus loin. La politique des transferts *in utero* a conduit à la création de réseaux interétablissements autour et sous la direction de chaque maternité de type 3 ou 2-B. Le plan 2005–2007 a consolidé le précédent et a introduit des outils statistiques, dont le PMSI, mais ceux-ci s'avèrent très insuffisants dans le suivi des indicateurs et dans le partage d'information entre les acteurs de la périnatalité, en particulier hors des établissements de santé. Ce plan avait permis la création de la commission nationale de la naissance avec une participation des usagers, aujourd'hui dissoute, ainsi que le dépistage des risques psychosociaux au 4^e mois. Ce plan a également initié l'expérimentation des maisons de naissances [9,10].

La dynamique très volontariste et prescriptive de ces plans successifs s'est heurtée à des difficultés de mise en œuvre par leurs promoteurs institutionnels régionaux (ARH, ARS) et par l'assurance maladie, ainsi qu'aux contraintes des territoires en matière de proximité des services et d'accès aux soins [11,12]. Le dispositif de tarification est fondé sur des enveloppes historiquement consacrées à la naissance et restées largement inchangées depuis la mise en place de la tarification à l'activité [13]. Cependant, les coûts ont connu une nette augmentation, du fait, notamment, des nouvelles normes de sécurité (investissement, masse salariale), créant un effet de ciseaux entre les tarifs et les coûts. À titre d'exemple, une maternité effectuant 500 accouchements par an génère un déficit annuel d'1 M d'euros [12]. La réduction massive des effectifs a été un levier choisi pour obtenir la réduction des coûts ; elle s'est aggravée depuis 2009 avec la Loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) [14]. Les modifications dites « du Ségur de la Santé » de mai 2021 et janvier 2022 vont dans le sens d'une correction à long terme en ré-impliquant les acteurs de soin à côté des administratifs, mais ces décisions n'apportent pas de solution à court et moyen termes.

Les conséquences actuelles de ces évolutions réglementaires et organisationnelles, qui ont également été impactées par la réduction du temps de travail et la limitation des recrutements de praticiens étrangers, peuvent être résumées comme suit :

- saturation des maternités de types 2 et 3 ;
- raréfaction de l'offre privée à but lucratif ;
- crise d'attractivité des métiers de la périnatalité ;
- accélération de la fermeture des plus petites structures, voire des structures moyennes (de 1000 à 2000 accouchements) ;

- prédominance des réseaux interhospitaliers au détriment des collaborations ville-hôpital ;
- retentissement sur l'offre de soins et sur l'activité chirurgicale des établissements supprimant leur activité obstétricale.

L'ensemble de ces conséquences, en l'absence de planification actualisée depuis 2007, constitue ce qui peut être décrit comme une crise de la périnatalité avec une composante sociale et territoriale dans l'accès aux soins, mais aussi une crise démographique qui touche tous les acteurs de la périnatalité. Or, les indicateurs de santé maternelle et périnatale en France sont parmi les moins bons en Europe. L'adoption d'un plan de périnatalité ambitieux est donc une urgence et une priorité de santé publique.

Les organisations et les structures de la périnatalité

Les Centres périnataux de proximité (CPP)

Il n'existe pas de définition ni de normes régissant le fonctionnement des CPP, sinon leur intégration dans un réseau de santé périnatal (RSP). On peut en rapprocher les « centres de proximité de la femme et du nouveau-né » qui représentent une évolution plus sémantique et réglementaire qu'opérationnelle [15]. À l'échelle territoriale, les CPP doivent assurer le premier recours et la coordination de la prise en charge et de l'orientation dans les parcours de santé et les parcours de soins périnataux. Ces responsabilités essentielles impliquent une obligation de moyens qui est aujourd'hui inégalement satisfaite.

L'expérience du réseau AUREOLE en région Rhône-Alpes a paru exemplaire à ce groupe de travail pour émettre des recommandations en vue de leur évolution vers des « centres de prise en charge de la femme et du nouveau-né ». Les CPP de ce réseau sont situés à 1 heure de transport pour rejoindre un plateau technique de type 2 ou 3, ce qui correspond à environ 40 km de distance sur ce territoire. Ils fonctionnent avec du personnel à temps plein : secrétaire, sages-femmes, puéricultrices, mais aussi des vacataires détachés des structures de type 2 et 3 du réseau. Ces CPP réalisent des consultations présentiels et par télé-médecine. Chaque parturiente est évaluée du point de vue médico-psychosocial et géographique et se voit attribuer un parcours de soin ou un parcours de santé, en fonction de ses risques, de ses vulnérabilités et de son éloignement géographique. Des fiches « patiente remarquable » sont partagées afin que le Service d'aide médicale urgente (SAMU) soit informé à l'avance de l'existence de patientes à risques (28 cas en 2021). Une cellule de coordination centrée sur le CPP implique tous les acteurs qui utilisent un dossier d'information médicale commun.

Les « centres de proximité de la femme et du nouveau-né » [15] sont contractuellement liés à un établissement de santé avec lequel ils partagent des ressources humaines et passent des conventions, visées par le directeur général de l'Agence régionale de santé (DGARS), avec le centre référent faisant ainsi l'objet d'une reconnaissance contractuelle de la part de l'ARS. Le centre adhère au réseau de santé de périnatalité [15] et coordonne ses interventions avec

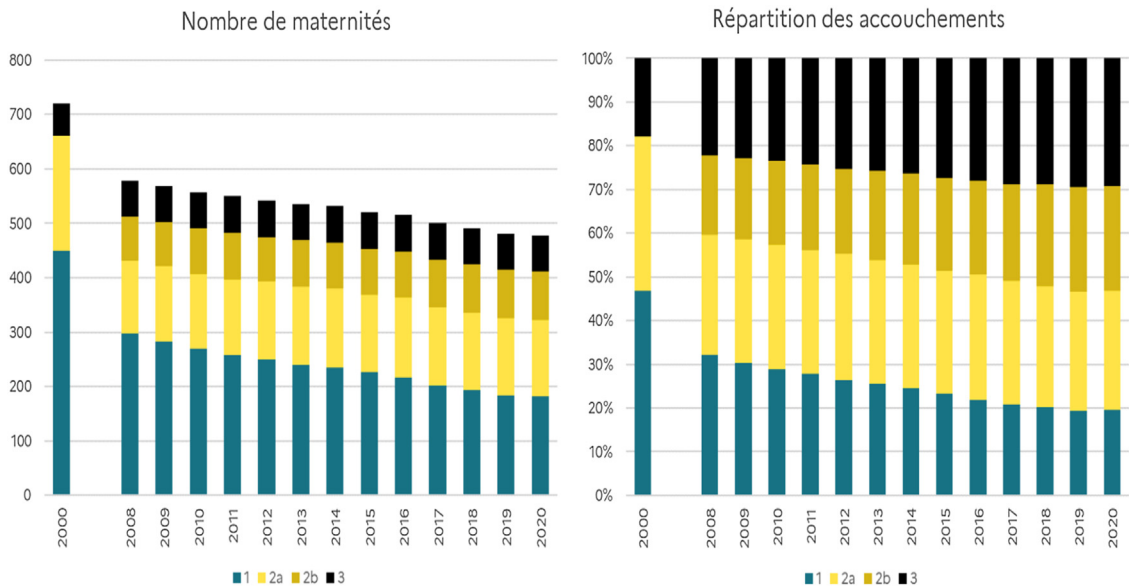


Figure 3 Concentration des maternités en France depuis 20 ans, au détriment des maternités de type 1 (source : enquête nationale périnatale [3]).

les acteurs de proximité, notamment la protection maternelle et infantile (PMI). Le centre passe convention avec les établissements autorisés de son territoire. Ces conventions organisent :

- l'appui des établissements autorisés, notamment en matière de formation des équipes, de revues de bonnes pratiques et de mise à disposition de personnels ;
- les modalités de communication des données médicales entre les deux structures, à même de garantir la qualité et la sécurité des parcours des parturientes.

Le centre dispose d'équipements d'imagerie par ultrasons, ainsi que d'un dispositif de télémedecine facilitant l'accès des femmes à l'expertise de l'établissement autorisé de référence. La formation des professionnels est organisée. Ils effectuent le recueil d'indicateurs relatifs à la qualité et sécurité des prises en charge qu'ils assurent, dans des conditions définies par arrêté. Le centre propose, en lien avec les autres acteurs du territoire, une prise en charge prénatale et postnatale. Les centres peuvent également, selon les besoins et les ressources territoriales, assurer des missions optionnelles dans le champ de la gynécologie hors périnatalité, de l'éducation et de la prévention, des consultations de pédiatrie.

Les unités d'obstétrique

En 2021, la France métropolitaine comptait 452 maternités dont 170 de type 1, 222 de type 2 et 60 de type 3. Ces 452 maternités étaient réparties dans 375 villes. Parmi celles-ci, 51 possédaient 2 à 16 maternités pour un total de 128 maternités. Les 324 autres étaient les uniques maternités de la ville [16,17].

En 2015, un rapport de la Cour des comptes [12] relevait que la mise en conformité des structures avec les décrets de périnatalité antérieurs était très incomplète et que les

conditions de sécurité étaient imparfaitement vérifiées, en particulier dans les plus petites maternités. Le phénomène de désaffection des usagers pour les structures de type 1 au profit des structures des types 2 et 3 est en constante augmentation (Fig. 3). En 2021, 131 maternités de type 1 sur 169 ont effectué moins de 1000 accouchements et 111 d'entre elles étaient les seules maternités de leur commune.

Si un seuil minimum du nombre d'accouchements réalisés par la structure reste arbitraire, les contraintes architecturales, mais surtout celles liées aux personnels médicaux et paramédicaux, rendent illusoire de soutenir une activité de moins de 1000 accouchements, dont plus de 80 % sont en tension démographique sévère [8,18,19] pour les raisons suivantes :

- la désaffection des usagers pour les structures de type 1 s'amplifie spontanément et parallèlement aux difficultés de recrutement des personnels médicaux et paramédicaux ;
- le souhait des personnels de travailler au sein d'équipes suffisamment dotées ;
- le recours croissant et souvent majoritaire à l'intérim qui entraîne des fermetures temporaires itératives ;
- une augmentation du risque vital maternel dans les plus petites structures et en l'absence de continuité des soins pouvant être assurée par une équipe d'obstétrique et d'anesthésie 24 h sur 24 [20] (Fig. 4).

Deux modélisations des regroupements des maternités de type 1, effectuant moins de 1000 accouchements avec celles de types 2 et 3 les plus proches, ont donc été réalisées à la demande de ce groupe de travail :

- la première vise à estimer la redistribution géographique de la répartition des établissements induite par la restructuration. Elle a été réalisée par l'équipe de Mr Benoit

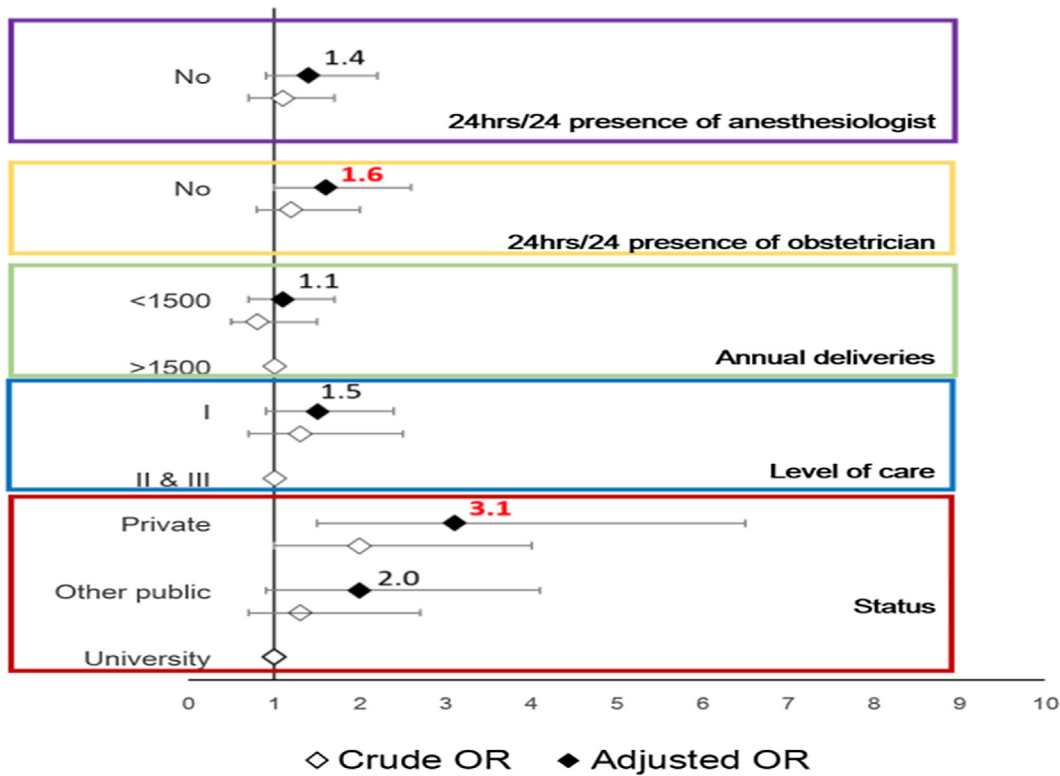


Figure 4 Mortalité maternelle du peripartum selon les caractéristiques de la maternité d'accouchement après prise en compte des caractéristiques individuelles. Source : Catherine Deneux-Tharaux : mortalité et near-misses maternels selon les caractéristiques des maternités, enquête ÉPOPÉE, Inserm U1153 [20]. * : ajustement : âge, nationalité, vit en couple, IMC, antécédents médicaux notables, parité, atcdt d'HPP, atcdt d'HTAG, utérus cicatriciel, FIV, hospitalisation durant la grossesse, grossesse multiple, terme d'accouchement, mode d'accouchement.

Ourliac à la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Pour plus de 90 % de ces regroupements, un temps de trajet depuis le lieu de fermeture jusqu'à celui du regroupement serait de moins d'une heure, soit 30 minutes en moyenne (Fig. 5) ;

- la deuxième simulation anticipe de l'impact populationnel de ces regroupements en termes d'accessibilité à une maternité à l'échelle de toutes les communes de France métropolitaine. Elle a été réalisée par le Dr Evelyne Combiér et le Pr Catherine Quantin au sein du Département d'information médicale (DIM) du CHU de Dijon et de l'Inserm CESD-Paris-Saclay. Les données utilisées sont celles de la Statistique annuelle des établissements de santé pour l'année 2021 (SAE021) pour l'identification, la localisation et l'activité des établissements [16,17]. Les données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et INSEE de l'état civil ont été utilisées et croisées pour localiser les domiciles des femmes et les naissances (Naissances domiciliées : naissances vivantes, mort-nés).

Il y a eu, en 2021, en France métropolitaine, 709 092 enregistrements à l'état civil (naissances domiciliées ; enfants vivants et sans vie). Parmi celles-ci, 663 566 (93,6 %) étaient domiciliées dans des communes situées au maximum à 30 minutes de la maternité la plus proche. Pour 8628 (1,2 %), la commune de domicile était située

à plus de 45 minutes d'une maternité et, parmi celles-ci, 1932 l'étaient à plus de 60 minutes (0,3 %).

La fermeture des maternités de type 1, qui effectuent moins de 1000 accouchements (Fig. 6), supprimerait 111 implantations sur les 374 actuelles. Les maternités de type 2, qui effectuent moins de 1000 accouchements, sont au nombre de 54, qui pourraient être renforcées en priorité (Fig. 7). Au total, 631 390 naissances (89,0 %) seraient alors domiciliées dans des communes situées au maximum à 30 minutes de la maternité la plus proche, soit une diminution de 4,6 % par rapport au modèle de référence. Pour 21 137 (3,0 %), la commune de domicile serait située à plus de 45 minutes d'une maternité, soit une hausse de 1,8 % ; dont 6049 à plus de 60 minutes, soit 0,9 %.

La moyenne nationale du pourcentage de naissances domiciliées à moins de 30 minutes d'une maternité en métropole est donc de 93,6 %, mais il existe une disparité d'accessibilité entre les régions et des départements à l'intérieur des régions même si l'on fait abstraction de la Corse où, dans la configuration actuelle, 1 femme sur 4 habite à plus de 45 minutes d'une maternité et 18,1 % à plus d'une heure (Fig. 6). À l'échelle régionale, 5 régions bénéficient d'une accessibilité aux maternités meilleure que la moyenne nationale (Bretagne, Hauts-de-France, Île-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur) ; en revanche, cette accessibilité est inférieure à 90 % dans 4 régions (Bourgogne-Franche-Comté, Centre-Val-de-Loire, Nouvelle Aquitaine et Occitanie). Une analyse plus fine identifie 14 départements,

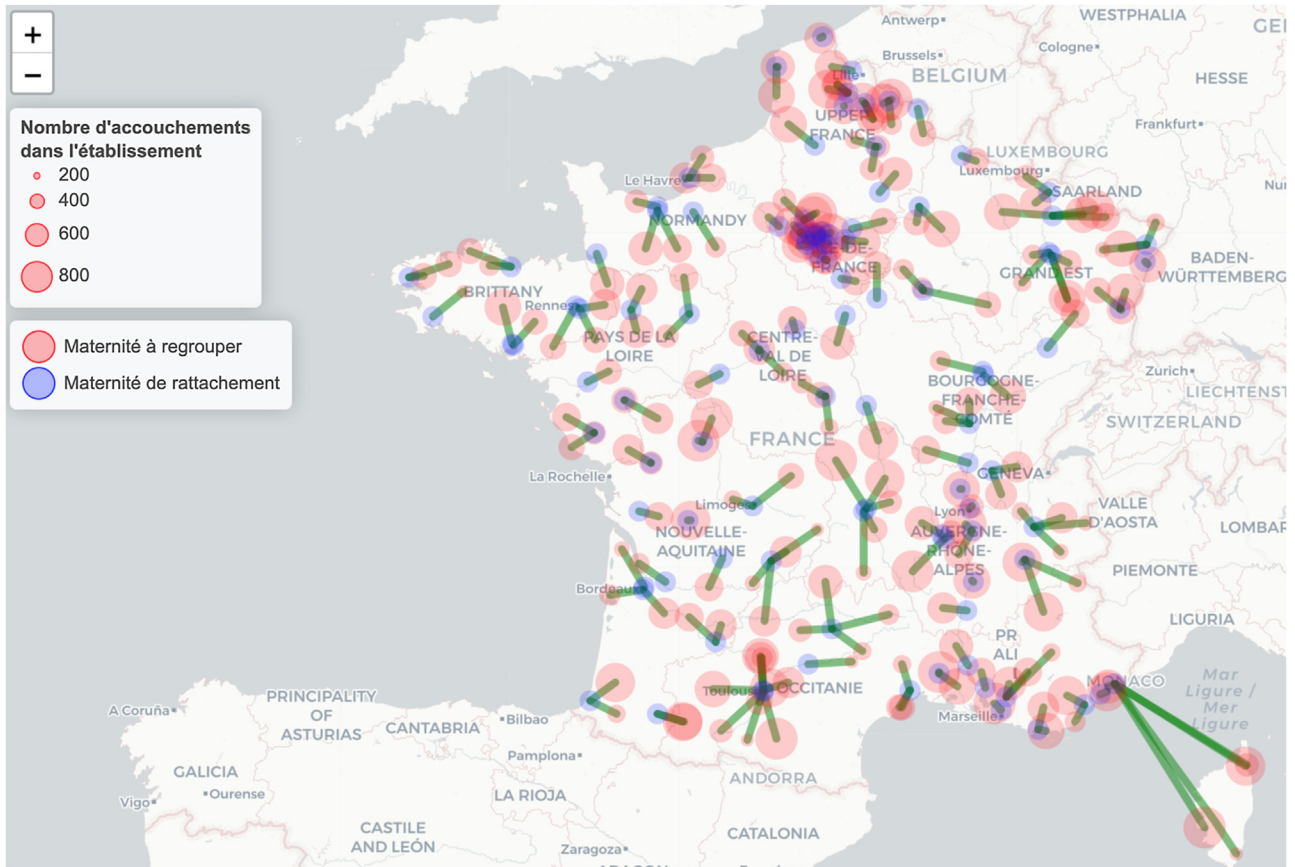


Figure 5 Modélisation du regroupement des maternités de type 1 avec les maternités de type 2 et 3 les plus proches (source : DREES pour l'ANM : Mathieu Nicolau, Mathilde Gaini, Benoit Ourliac).

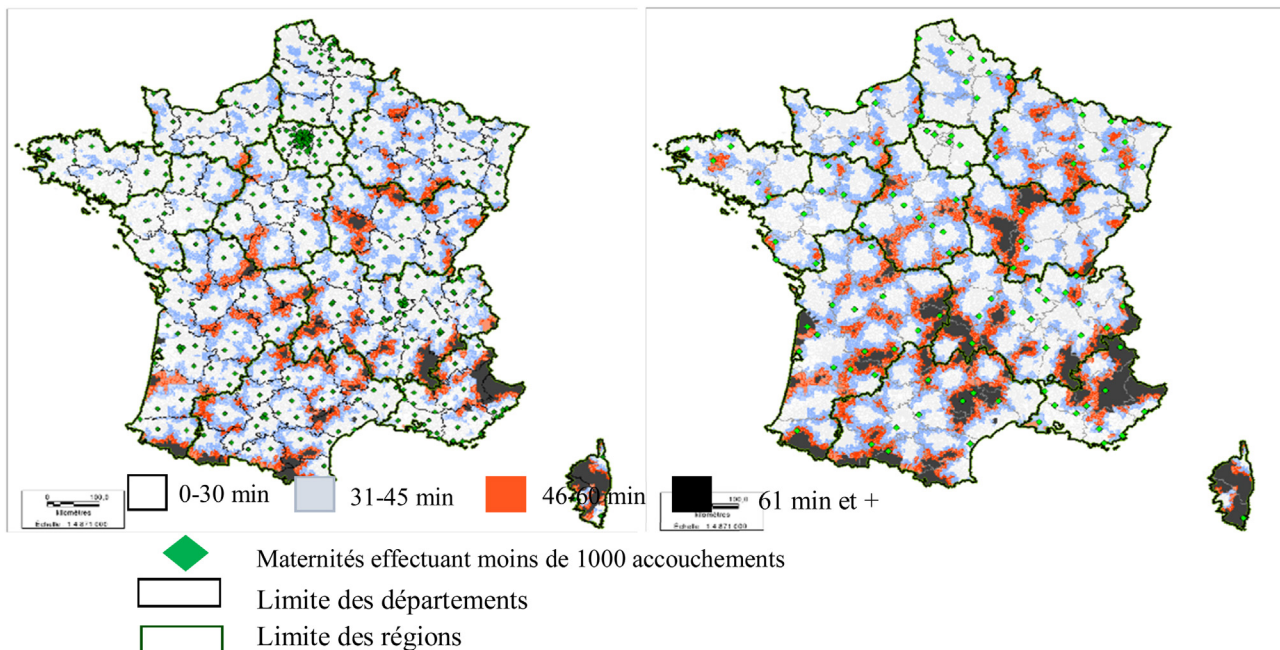


Figure 6 Simulation du regroupement des maternités de type 1 effectuant moins de 1000 accouchements avec les maternités de type 2 et 3 les plus proches (carte de droite) sur l'accessibilité à une maternité en fonction de la commune de domicile par rapport à la situation existante (carte de gauche) (source : E. Combiér et C. Quantin, DIM CHU de Dijon et CSP-Inserm Paris-Saclay).

Code INSEE	FINESS	COMMUNES avec 1 seule maternité	Nom de l'établissement	Autorisation	lits d'obstétrique	salles de travail	nombre d'accouchements	année
2168	20001061	CHATEAU THIERRY	CH CHÂTEAU-THIERRY	TYPE2	15	3	564	2021
2408	20000394	LAON	CH LAON	TYPE2	18	3	765	2021
2722	20000519	SOISSONS	CH SOISSONS	TYPE2	18	3	969	2021
3185	30000079	MONTLUCON	CH DE MONTLUCON	TYPE2	24	3	957	2021
3190	30000061	MOULINS	CH DE MOULINS	TYPE2	20	4	978	2021
6004	60000510	ANTIBES	CH D'ANTIBES JUAN LES PINS	TYPE2	16	3	969	2021
7010	70000179	ANNONAY	CH ARDECHE NORD	TYPE2	17	3	696	2021
7019	70000609	AUBENAS	CH D'AUBENAS	TYPE2	16	3	730	2021
8409	80000110	SEDAN	CENTRE HOSPITALIER DE SEDAN	TYPE2	15	3	555	2021
9264	90000175	SAINT JEAN DE VERGES	CHIVAL SITE ST JEAN DE VERGES	TYPE2	23	2	977	2021
15014	150000040	AURILLAC	CH HENRI MONDOR	TYPE2	18	2	787	2021
21054	210987657	BEAUNE	HOSPICES CIVILS DE BEAUNE	TYPE2	23	2	629	2021
22187	220022800	PLERIN	HOPITAL PRIVÉ DES COTES D'ARMOR	TYPE2	26	5	987	2021
23096	230000820	GUERET	CENTRE HOSPITALIER GUERET	TYPE2	17	2	501	2021
29151	290000033	MORLAIX	C.H. DES PAYS DE MORLAIX	TYPE2	19	3	608	2021
30028	300000031	BAGNOLS SUR CEZE	CH LOUIS PASTEUR	TYPE2	21	3	723	2021
31488	310780283	SAINT JEAN	CL DE L'UNION	TYPE2	21	4	841	2021
32013	320000086	AUCH	CH AUCH EN GASCOGNE	TYPE2	20	5	930	2021
35115	350000154	FOUGERES	C.H FOUGERES	TYPE2	14	4	688	2021
35360	350000188	VITRE	CENTRE HOSPITALIER VITRE	TYPE2	17	2	698	2021
39198	390000222	DOLE	CH LOUIS PASTEUR DOLE	TYPE2	16	4	811	2021
40088	400000105	DAX	CENTRE HOSPITALIER DAX	TYPE2	17	3	991	2021
43157	430000117	PUY EN VELAY	CH EMLE ROUX LE PUY	TYPE2	21	3	997	2021
44036	440000503	CHATEAUBRIANT	CH CNP SITE CHATEAUBRIANT	TYPE2	15	4	552	2021
45302	450010079	SARAN	ORELIANCE - LONGUES ALLEES	TYPE2	18	4	609	2021
46042	460000110	CAHORS	CH JEAN ROUGIER CAHORS	TYPE2	18	3	759	2021
48095	480000017	MENDE	HOPITAL LOZERE SITE VALLEE DU LOT	TYPE2	7	2	420	2021
51108	510000169	CHALONS EN CHAMPAGNE	CENTRE HOSPITALIER DE CHALONS	TYPE2	12	3	801	2021
52121	520000027	CHAUMONT	CENTRE HOSPITALIER DE CHAUMONT	TYPE2	17	4	550	2021
55545	550000012	VERDUN	CH VERDUN/ST MHIEL-HOP ST NICOLAS	TYPE2	18	3	855	2021
56151	560000143	NOYAL PONTIVY	CHCB- SITE KÉRIO	TYPE2	15	5	844	2021
57227	570000059	FORBACH	CH MARIE-MADELEINE DE FORBACH	TYPE2	18	3	991	2021
61001	610000051	ALENCON	CHICAM - SITE ALENCON	TYPE2	19	4	906	2021
61169	610000119	FLERS	CH -JACQUES MONOD - FLERS	TYPE2	15	3	739	2021
62688	620003202	RANG DU FLIERS	CH ARRONDISSEMENT DE MONTREUIL	TYPE2	23	3	807	2021
67437	670000165	SAVERNE	CH SAINTE-CATHERINE DE SAVERNE	TYPE2	18	1	763	2021
73011	730000262	ALBERTVILLE	CH D'ALBERTVILLE	TYPE2	26	3	824	2021
77131	770000131	COULOMMIERS	CH DE COULOMMIERS	TYPE2	15	2	740	2021
77379	770000172	PROVINS	CH DE PROVINS LEON BINET	TYPE2	14	2	584	2021
78621	780300422	TRAPPES	HOPITAL PRIVE DE L OUEST PARISIEN	TYPE2	19	4	815	2021
78646	780300323	VERSAILLES	HOPITAL PRIVE FRANCISCAINES	TYPE2	17	6	880	2021
79116	790019848	FAYE L ABBESSE	SITE HOSPITALIER FAYE L'ABBESSE	TYPE2	16	3	746	2021
80001	800000143	ABBEVILLE	CH ABBEVILLE	TYPE2	25	4	839	2021
88383	880000062	REMIREMONT	CENTRE HOSPITALIER DE REMIREMONT	TYPE2	15	3	698	2021
91514	910803543	QUINCY SOUS SENART	HOPITAL PRIVE CLAUDE GALIEN	TYPE2	28	4	915	2021
93001	930300025	AUBERVILLIERS	HOPITAL EUROPEEN LA ROSERAIE	TYPE2	24	3	462	2021
2A004	2A0000022	AJACCIO	CH ND LA MISERICORDE	TYPE2	19	3	981	2021

Code INSEE	FINESS	COMMUNES avec plusieurs maternité	Nom de l'établissement	Autorisation	lits d'obstétrique	salles de travail	nombre d'accouchements	année
30189	300781465	NIMES	POLYCL KENNEDY	TYPE2	22	3	977	2021
34301	340000223	SETE	HOPITAL ST CLAIR HBT SETE	TYPE2	16	3	504	2021
59122	590052056	CAMBRAI	GCS GHICL CLINIQUE STE MARIE	TYPE2	25	3	703	2021
62119	620000224	BETHUNE	CH BETHUNE	TYPE2	22	3	744	2021
65440	650000417	TARBES	CH BIGORRE SITE GESPE TARBES	TYPE2	19	3	948	2021
82121	820000032	MONTAUBAN	CH MONTAUBAN	TYPE2	22	2	986	2021
86194	860780568	POITIERS	CLINIQUE DU FIEF DE GRIMOIRE	TYPE2	57	4	924	2021

Figure 7 Maternités de type 2 qui effectuent moins de 1000 accouchements (source : E. Combiar et C. Quantin, DIM CHU de Dijon et CSP-Inserm Paris-Saclay).

dont certaines communes sont situées à plus de 45 minutes d'une maternité : l'Ardèche (5,9 %), le Cantal (6,5 %), la Drome (28,3 %), la Nièvre (16,2 %), la Haute-Marne (41,5 %), la Meuse (17,8 %), la Creuse (6,6 %), l'Aude (11,7 %), le Lot (5,3 %), la Lozère (9,5 %), les Pyrénées-Orientales (21,7 %), les Alpes-de-Haute-Provence (18,2 %), les Alpes-Maritimes (31,3 %), les Hautes-Alpes (12,3 %). Le record est détenu par la région Corse : Corse-du-Sud (42,7 %), Haute-Corse (51,7 %). En Corse, les difficultés de rapprochement des type 3 de Nice ou de Marseille devraient être prises en compte dans la réflexion actuellement conduite sur la création d'un CHU sur l'île (Fig. 5 et 6) [16].

Pour certains départements, la restructuration des maternités n'influencerait pas ou peu l'accessibilité :

- soit parce que la densité des maternités est élevée et les distances faibles :
 - en Île-de-France, en dehors de la Seine-et-Marne, quel que soit le modèle, toutes les communes de tous les départements sont à moins de 31 minutes d'une maternité. Quant à la Seine-et-Marne, toutes les communes sont à moins de 46 minutes, sauf si l'on supprime les maternités qui effectuent moins de 1000 accouchements. Dans ce cas, 29 communes seraient dans la classe 31–45 minutes et 3 à plus d'une heure,
 - dans les Hauts-de-France, toutes les communes du département du Nord sont actuellement à moins de 31 minutes d'une maternité et 95,5 % le restent quelle que soit la simulation, seules 4 communes (0,6 %) seraient alors dans la classe 46–60 minutes,
 - dans les Pays-de-Loire, en Loire-Atlantique, 100 % des communes sont à moins de 46 minutes d'une maternité et 84,7 % à moins de 31 minutes. Quelle que soit la simulation, aucune commune ne se situerait à plus d'une heure. Il en est de même pour le Maine-et-Loire,
 - en région PACA, 97,5 % des communes des Bouches-du-Rhône sont à moins de 31 minutes d'une maternité et 95,8 % le restent quelle que soit la simulation ;
- soit parce que les fermetures et restructurations ont déjà eu lieu. C'est le cas de :
 - la Drome,
 - la Haute-Corse,
 - l'Aude,
 - les Pyrénées-Orientales,
 - les Alpes-Maritimes.

Les départements qui seraient les plus impactés par les restructurations seraient ceux dont les maternités desservent les communes des massifs montagneux, difficiles d'accès, à faible densité de population qui, de ce fait, ne peuvent espérer effectuer plus de 1000 accouchements par an. C'est le cas des départements de l'Allier, de l'Ardèche, du Cantal, du Puy-de-Dôme, de la Côte-d'Or, de la Saône-et-Loire, de la Corse-du-Sud (100 % à plus d'une heure), de la Haute-Marne, de l'Orne, de la Corrèze, de la Creuse, de la Dordogne, du Lot-et-Garonne, des Pyrénées-Atlantiques, de l'Ariège, de l'Aveyron, du Gers, de la Haute-Garonne, du Lot, de la Lozère, des Alpes-de-Haute-Provence, des Hautes-Alpes et de la Nièvre qui est tributaire des petites maternités de l'Allier, de la Saône-et-Loire et de la Côte d'Or qui desservent le Morvan.

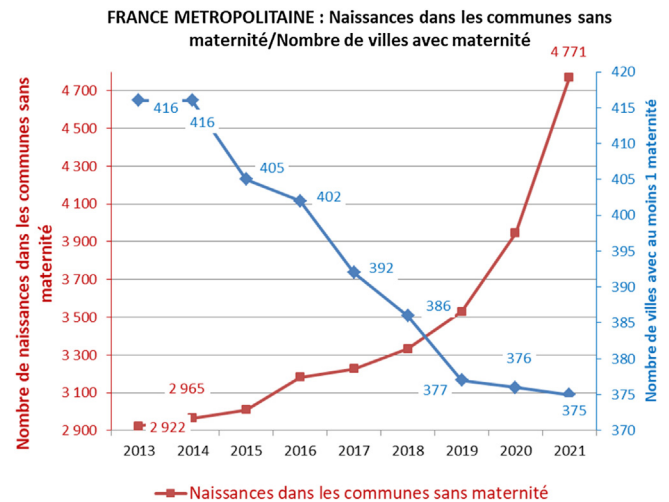


Figure 8 Influence de la répartition spatiale des maternités sur les naissances dans les communes sans maternité : nombre de naissances enregistrées dans les communes qui n'ont pas de maternité (données état-civil) rapporté année par année au nombre de maternités en activité (données DREES) (source : E. Combiar et C. Quantin, DIM CHU de Dijon et CSP-Inserm Paris-Saclay).

Une étude nationale, exploitant les données PMSI entre 2012 et 2014, retrouvait un taux d'accouchements hors d'une maternité, de façon involontaire, de 3 pour 1000 naissances, qui était corrélé au temps de trajet vers une maternité. Ces situations étaient associées avec une issue néonatale et maternelle plus péjoratives [21]. L'influence de la répartition spatiale des maternités sur les naissances hors maternité est tangible quand on rapporte année par année le nombre de naissances enregistrées dans les communes qui n'ont pas de maternité (données état-civil) au nombre de maternités en activité (données DREES) (Fig. 8).

Cet indicateur et d'autres à définir doivent s'intégrer dans une évaluation continue des modifications des structures et des fonctionnements des réseaux de soins périnataux.

Il apparaît fondamental que les structures des centres de type 1 se regroupant avec les types 2 et 3 les plus proches ne disparaissent pas en tant que structures au service de la population. Elles devraient bénéficier, au sein d'un même territoire, de la mobilité des moyens RH des structures des types 2 et 3, mais aussi de celle des acteurs libéraux de la santé communautaire, médecins, sages-femmes, infirmières, infirmières puéricultrices et diététiciens, en constituant autant de centres de prise en charge de proximité [9] des femmes et des nouveau-nés. Elles pourraient assurer la coordination des parcours de soins et de santé périnataux, le suivi prénatal, et l'accueil des mères et des nouveau-nés dans les heures suivant l'accouchement. L'importance de ces centres doit être objectivement appréciable par le service rendu à la population et leur soutien par les édiles municipaux (Fig. 9).

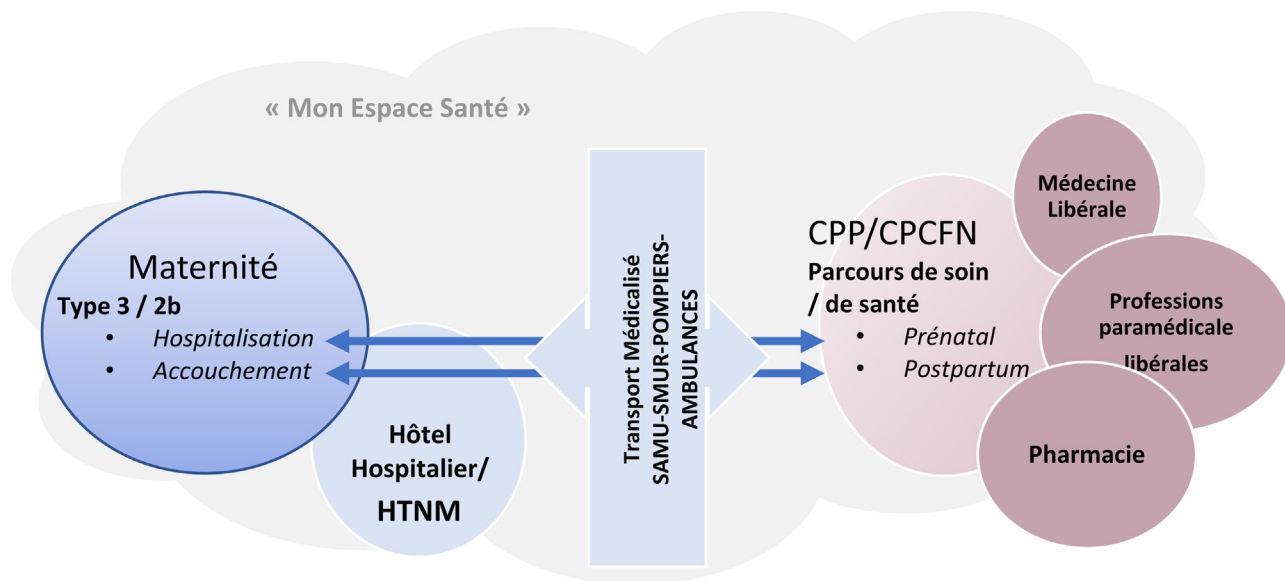


Figure 9 Proposition de redéfinition des Groupements hospitaliers périnataux de territoires (GHPT).

Les unités de néonatalogie

L'offre de soin en néonatalogie en France métropolitaine peut être appréhendée par le nombre de lits autorisés de réanimation néonatale et le ratio du nombre de lits de réanimation pour 1000 naissances. Ce taux varie du simple au double entre les régions mais aussi au sein d'une même région, soit 0,61 à 1,26 (base de l'INSEE 2020) (Fig. 10).

Une enquête récente de la Société française de néonatalogie montre que cette inégalité ne trouve pas de justification de santé publique et que cette inégalité conduit à des taux d'occupation non raisonnables, supérieurs à 100 % dans 19 % des semaines de l'année [22]. Cette enquête pose la question du lien qui existerait entre mortalité, morbidité et taux d'occupation. Les taux de fermeture de lits ou d'ouverture de lits supplémentaires obéissent à différents impératifs : les décrets de 1998 [7] ont fixé des normes de personnels paramédicaux en néonatalogie : 1 pour 2 lits en réanimation ; 1 pour 3 en soins intensifs néonataux (USI) et 1 pour 6 en médecine néonatale. Ces normes représentent un progrès indiscutable, mais ont fait émerger un effet pervers, car les administrations hospitalières ont considéré que ces normes étaient des quotas opposables. Ce positionnement a pour conséquence la fermeture de lits autorisés au prétexte d'une pénurie de personnel infirmier. Ces fermetures se font au détriment de l'offre de soins qui devient insuffisante dans beaucoup d'endroits. Cette situation dégrade les résultats, aggrave la pression sur les unités de néonatalogie et la pénibilité du travail, diminuant ainsi l'attractivité des services. Il est nécessaire de maintenir une cible normée tout en ajoutant un peu de souplesse, en autorisant explicitement, en fonction de l'état de l'enfant défini par le praticien néonatalogiste en charge, la possibilité d'augmenter d'une unité les enfants pouvant être pris en charge, en réanimation et en USI.

Enfin, malgré la nécessité, indiquée dès les décrets de 1998, de la présence de pédiatres justifiant d'une formation attestée en néonatalogie dans les centres des types 2 et 3 et

la création du DESC de néonatalogie en 2000, les médecins de nombreux centres, en particulier de type 2, n'ont pas suivi de formation adaptée. Il est indispensable d'améliorer et d'harmoniser le niveau de compétence des médecins travaillant dans les services de néonatalogie, soit au moment des recrutements de néonatalogistes diplômés, soit par une formation médicale continue spécifique adaptée pour les médecins déjà en place. Cette formation attestée devrait être opposable.

Les SAMU-SMUR

Les SAMU et les SMUR assurent la régulation médicale des appels d'urgence et les interventions préhospitalières d'une équipe de réanimation en cas de détresse vitale ainsi que le transport médicalisé interhospitalier des patients graves. À ce titre, ils concourent à la prise en charge des urgences périnatales et sont en appui du réseau de périnatalité [23]. Leurs domaines d'intervention les plus fréquents sont :

- les menaces d'accouchements ou les accouchements inopinés où la régulation médicale détermine le risque potentiel qu'ils représentent pour le nouveau-né et pour la mère (hémorragie de la délivrance) ;
- les pré-éclampsies sévères nécessitant une réanimation préhospitalière ;
- les transferts interhospitaliers concernent principalement l'acheminement de patients d'une structure vers une autre qui dispose d'un plateau technique mieux adapté à l'état de la mère ou de l'enfant. Dans le cas d'hémorragie du *post-partum*, ceci concerne aussi le transfert pour une embolisation. Les transferts de nouveau-nés peuvent être réalisés par une équipe SMUR spécialisée (pédiatrique) vers une maternité adaptée à l'âge gestationnel et à la prise en charge du nouveau-né.

La régulation médicale du SAMU participe aussi à l'initiative de l'ARS, à la réorientation des parturientes

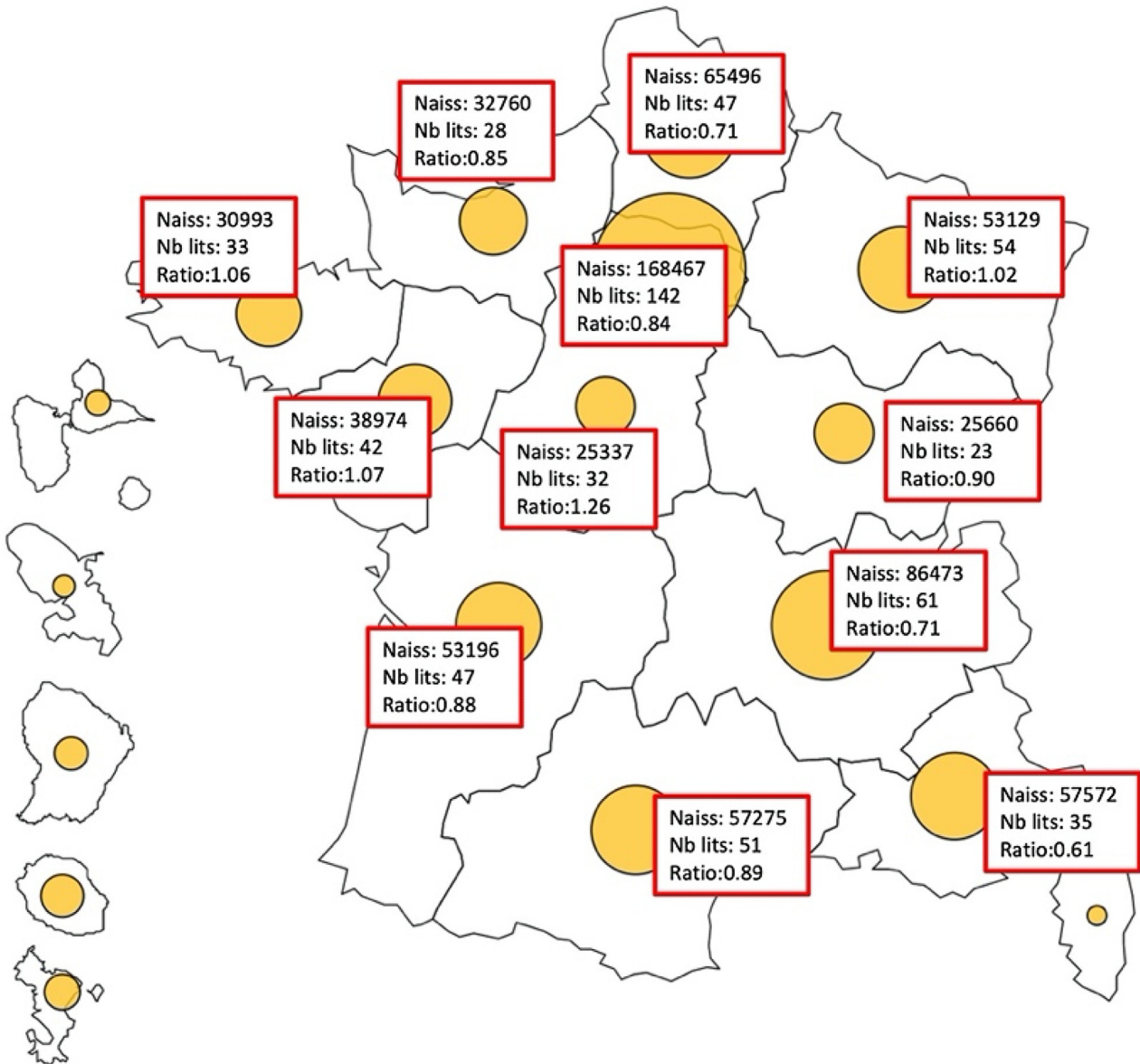


Figure 10 Capacitaire de lits de réanimation néonatale par région. Sont représentés le nombre de naissances par région métropolitaine (Naiss) selon la base de l'INSEE 2020, le nombre de lits autorisés de réanimation néonatale (n^{bre} lits) et le ratio nombre de lits de réanimation pour 1000 naissances dans la même région : le ratio varie de 0,61 à 1,26 (source : société française de néonatalogie).

lorsque les maternités de proximité ou dont elles dépendent sont saturées.

La cellule de transfert « in utero », qui recherche en journée les places en maternité disponibles au niveau régional, fait appel au SAMU si un transfert médicalisé est nécessaire.

Au niveau national, il existe des différences importantes concernant l'intégration des SAMU SMUR et de la périnatalité. La présence d'une sage-femme dans les équipes SMUR ou à la régulation d'un SAMU est possible, mais elle n'est pas obligatoire. Elle paraît particulièrement intéressante pour l'amélioration de la prise en charge lorsque, dans le département, les maternités des niveaux 2 ou 3 sont éloignées. Une sage-femme peut aussi participer à la formation continue des équipes d'urgence et à la mise à jour des protocoles d'intervention.

Le fonctionnement en réseau

L'articulation des prises en charge entre les trois types de maternités n'a pas été établie en fonction d'une analyse rigoureuse des besoins, mais autour des structures universitaires préexistantes.

Les structures de types 2 et 3 sont encore aujourd'hui suffisamment nombreuses sur le territoire, à l'exception de la Corse, pour répondre à leurs rôles spécifiques dans le domaine de la santé périnatale [24].

Cependant :

- les conditions de prise en charge du risque périnatal et du risque maternel sont rarement disponibles à niveau égal

sur les types 2 et 3 ; or, ces risques sont le plus souvent partagés [25,26] ;

- ces structures sont saturées par un afflux croissant de demandes de prise en charge de type 1 (physiologique) entraînant une frustration des usagers et une désaffection des sages-femmes pour des conditions d'exercice devenues déshumanisées et inacceptables [27,28] ;
- les moyens de dépister les risques pour la mère et le fœtus ou l'enfant en amont de la naissance sont insuffisants localement.

Les liens entre les réseaux interétablissements et les communautés locales, principalement d'exercice libéral, les praticiens, les groupes de praticiens et les centres périnataux de proximité sont trop hétérogènes et aléatoires et ces derniers sont insuffisamment dotés. Les moyens de communication sont un élément clef dont l'importance doit être mieux reconnue et qui doivent être financés à hauteur de leur importance. Ceux-ci incluent : le dossier médical partagé, la télémedecine et le transport médicalisé d'urgence entre les centres de proximité et les maternités. L'aménagement du dossier « Mon Espace Santé », seul exemple immédiatement disponible, devrait être utilisé sans délai comme un lien transversal plaçant la patiente au centre du parcours de santé ou de soin [29].

L'acceptation et le développement de la télémedecine clinique doivent inclure un équipement dont les performances et les caractéristiques techniques sont le gage de la crédibilité et de la performance dans toutes ses dimensions de téléconsultation, de télé-expertise et de télé-surveillance. Le besoin de formation des acteurs comme des utilisateurs de la télémedecine est une priorité. La concordance géographique de la faiblesse de l'offre de soins et de réseaux internet insuffisants reste un obstacle significatif.

Les moyens de coordination des soins périnataux par les ARS sont hétérogènes et inégaux. De plus, la nouvelle offre de soins territoriaux, induite par le regroupement des maternités de moins de 1000 accouchements avec les structures de types 2 et 3 les plus proches, impactera également la coordination des activités de périnatalité qui deviendra plus largement inter-régionale. Il est donc essentiel, d'une part, de mieux identifier ces mécanismes de coordination au sein de chaque ARS, mais aussi entre celles qui sont ou seront amenées à interagir. Cette fonctionnalité doit considérer que l'organisation territoriale de la périnatalité peut être transrégionale et reposer sur des groupements hospitaliers périnataux de territoire (GHTP). Ces GHTP seront eux aussi possiblement transrégionaux, facilitant ainsi la collaboration de structures et de praticiens des secteurs public et libéral au sein d'établissement de santé ou en tant que praticiens exerçant hors de ces centres [12,30].

Les acteurs de la périnatalité

La stabilité des équipes est un critère de sécurité et de qualité de prise en charge indispensable qui permet une connaissance suffisante des pratiques locales et le respect des protocoles [25]. Cet aspect fondamental a été souligné par toutes les représentations auditionnées. Pour pallier les difficultés d'effectifs, les hôpitaux privilégient le recours à des intérimaires et à des équipes de secours polaires

ou institutionnelles. Quelles que soient les compétences intrinsèques des soignants concernés, cette organisation sous forme de rustines provisoires ne permet pas d'assurer une sécurité et une qualité des soins suffisantes. En outre, elle est particulièrement onéreuse, entraînant des inégalités salariales délétères avec les soignants titulaires. Enfin, elle empêche les restructurations et regroupements indispensables mentionnés, par ailleurs.

Les usagers qui étaient représentés par le collectif interassociatif autour de la naissance (CIANE) lors des auditions

Les usagers expriment comme un droit de pouvoir accoucher/naître dans des conditions de sécurité optimales tout en respectant la physiologie de la grossesse, du travail et de l'accouchement, ainsi que les projets de naissances individuels [31–33].

En particulier, les points suivants ont été décrits comme essentiels autour de la naissance :

- choix du lieu d'accouchement ;
- choix et limitation du nombre d'intervenants ;
- possibilité d'une préparation à la naissance ;
- participation aux décisions médicales ;
- une durée de l'accompagnement du postpartum individualisée ;
- recours à un accompagnement psychologique.

Les acteurs médicaux

Les gynécologues-obstétricien(ne)s

En 2020, on comptait 5112 gynécologues-obstétriciens, dont 60 % de femmes (4050 et 40 % respectivement en 2012), et le nombre de postes d'internes est passé dans le même temps de 70 par an à 200 par an, ce qui laisse entrevoir une augmentation des gynécologues-obstétriciens jusqu'en 2030. Cependant, seulement la moitié des internes envisagent d'exercer une activité d'obstétrique, et celle-ci est de plus conditionnelle, avec un maximum de 5 gardes par mois, et très majoritairement dans des maternités de type 2 ou 3 ; enfin, la majorité envisage d'interrompre cette activité à partir de 50 ans. En pratique, seul un tiers des anciens assistants (moyenne d'âge 45 ans) déclarent pratiquer une activité obstétricale [18,19]. De plus, un tiers des obstétriciens en exercice déclarent être en *burn out* [18]. La durée de la carrière « obstétricale » moyenne d'un gynécologue-obstétricien est de 11 ans avec une orientation surspécialisée et une activité à temps partiel pour 80 % d'entre eux. Leur installation géographique est très déséquilibrée [3,19,24].

Il n'existe aucune norme RH médicale pour les maternités ; les établissements en tension sont identifiés comme tels pour des effectifs de moins de 7 équivalents temps-plein (ETP), l'existence de postes vacants et le recours à l'intérim :

- quarante et un pour cent des structures ont moins de 7 ETP ;
- vingt-sept pour cent ont moins de 5 ETP ;

- les médecins effectuent plus de 5 gardes par mois dans 62 % des structures ;
- le recours à l'intérim est régulier pour 68 % des types I et 75 % des structures de moins de 1000 naissances par an.

Toutes les structures de moins de 500 et plus de 80 % de celles de moins de 1000 naissances sont en tension sévère [8,18].

Les sages-femmes

On compte 23 451 sages-femmes (SF) (97,4 % de femmes, 4000 étudiants), soit 3,5 SF pour 10 000 femmes enceintes, ce qui est, à titre d'exemple, moitié moins qu'au Royaume-Uni [19,27,28]. Elles réalisent 85 % des accouchements et plus de 30 % des échographies prénatales :

- cinquante-neuf pour cent sont salariées hospitalières ;
- vingt-trois pour cent ont une activité libérale ;
- dix pour cent ont une activité mixte ;
- huit pour cent sont salariées d'autres structures (PMI-CPEF).

Leurs compétences ont été étendues dans le diagnostic et dans la prescription en gynécologie et en obstétrique.

La profession traverse une crise d'attractivité semblable à celle des obstétriciens depuis 2014. Ceci est exprimé par des problèmes de santé psychologiques pour 70 % d'entre elles qui débutent dès leur formation par un sentiment de maltraitance en stage pour plus de la moitié d'entre elles [27]. En dépit d'une démographie en apparence favorable à la fin de leurs études, on constate une désaffection pour la pratique hospitalière chez les sages-femmes dont l'augmentation des diplômées n'a eu aucun impact sur les effectifs des maternités publiques depuis 5 ans [19]. Le Collège national des sages-femmes (CNSF) rapporte que 3000 sages-femmes en activité n'exercent pas la maïeutique, mais ont utilisé des passerelles vers des activités non médicales. Enfin, cette année, les écoles de maïeutique affichent entre 20 % et 30 % de places non choisies en régions et à Paris, respectivement.

Une révision des ratios dans le secteur de naissance doit s'appuyer notamment sur les recommandations de la Haute Autorité de santé en 2018 concernant « la prise en charge de l'accouchement normal et l'accompagnement de l'accouchement physiologique » [31] : celle-ci préconise « que toutes les femmes puissent bénéficier d'un soutien continu, individuel et personnalisé, adapté selon leur demande, au cours du travail et de l'accouchement » (grade A). Il est donc nécessaire que le nombre de SF soit proportionnel à l'activité de (N) naissances des maternités, $((N/2)/365) + 1$. Les sages-femmes affectées au secteur de naissance et à l'accueil des urgences obstétricales ne peuvent avoir d'autres tâches concomitantes dans un autre secteur ou une autre unité. L'intégration de sages-femmes au sein des SAMU est une pratique à encourager, en particulier dans ceux desservant les zones géographiques situées à plus d'une heure d'une maternité.

Les néonatalogistes, les pédiatres

Les mauvais résultats des indicateurs de santé périnatale [3,5,6], malgré l'amélioration qualitative significative de

la formation des pédiatres néonatalogistes depuis 2000, sont en partie liés à l'hétérogénéité des compétences du fait d'une insuffisance de formation en néonatalogie des pédiatres travaillant dans de nombreux centres. La pénurie en médecins spécialistes est aggravée par le manque d'attractivité lié à la lourdeur de la permanence des soins. Cette pénurie ne doit pas sacrifier une formation complémentaire adaptée et opposable qui est indispensable pour les médecins en exercice.

Au plan infirmier, les équipes souffrent du non-remplacement des congés de longue durée pour longue maladie et surtout grossesses. Ces congés représentent en pratique 10 à 15 % des effectifs théoriques qui manquent de façon pérenne, une grossesse succédant à une autre. Cette insuffisance chronique en personnel soignant ajoute à la perte d'attractivité du fait de la pénibilité accrue du travail et des difficultés à garantir les congés et les récupérations pour les équipes. Les difficultés de recrutement et les réorientations professionnelles participent aussi à cette pénurie devenue auto-entretenu. Le remplacement des congés de longue durée (supérieurs à 1 mois) permettrait de diminuer le recours aux intérimaires, aux équipes secours et aux heures supplémentaires, diminuant ainsi l'impact financier de cette augmentation partielle des effectifs théoriques. Elle permettrait également d'améliorer la stabilité des équipes et, de ce fait, la sécurité et la qualité des prises en charge, ce qui ne pourrait qu'améliorer les résultats à l'exemple des autres pays européens.

Les anesthésistes-réanimateurs

La présence dédiée d'un médecin anesthésiste réanimateur (MAR) et d'1 infirmière en anesthésie (IADE) reste un choix de gouvernance encore trop aléatoire [26]. De façon réglementaire, la présence 24/24h du MAR dans la maternité n'est requise que si celle-ci réalise plus de 2000 accouchements. Dans les autres cas, le MAR peut avoir plusieurs activités concomitantes au sein de l'établissement. Ces situations sont pourvoyeuses de retard aux prises en charge et donc source d'événements indésirables plus ou moins graves et de stress pour toutes les spécialités exerçant en maternité. La présence au côté du MAR d'une IADE (binôme recommandé sur les blocs opératoires) est encore peu répandue en secteur obstétrical ou le MAR intervient seul. Cela concourt à la faible attractivité de cette activité. Dans les maternités de haut volume qui sont fréquemment centre de recours régional, les forts pics d'activité et le cumul de prises en charge complexes nécessitent des moyens humains non envisagés dans le décret périnatalité. Le temps dédié pour l'entraînement en équipe et le partage de la culture de la sécurité dans ces environnements pluridisciplinaires (et donc à haut risque) est le plus souvent inexistant. Enfin, il n'existe pas de gradation des maternités en fonction de l'accès aux soins critiques maternels ni suffisamment de soins critiques obstétricaux conduisant les praticiens à maintenir des parturientes critiques en secteur conventionnel ou au sein des SSPI ou des salles de naissances.

Le regroupement des maternités sur des niveaux 2 et 3 permettrait de constituer des équipes référentes en anesthésie réanimation obstétricale, de diminuer le recours à l'intérim dans ce secteur, faciliterait l'intégration du niveau

de soins maternels dans la classification des structures et améliorerait la sécurité et la qualité des soins.

Les infirmières puéricultrices diplômées d'État (IPDE)

Depuis 2009, la pédiatrie n'est plus enseignée dans les IFSI et cette compétence infirmière est réservée aux infirmières puéricultrices diplômées après une année d'études supplémentaire. À ce jour, 21 385 infirmières puéricultrices sont en exercice et 1500 sont nouvellement diplômées chaque année. Leur exercice est principalement en secteur hospitalier (63 %), en protection maternelle et infantile (PMI) (23 %), dans les établissements d'accueil de jeunes enfants (8 %). [34].

Les effectifs d'infirmières puéricultrices en néonatalogie ne sont pas normés. Cette mesure ainsi que l'évolution des carrières infirmières vers le statut d'Infirmière en pratique avancée (IPA) à l'exemple des « nurses practitioners » des pays anglo-saxons avec une formation spécifique adaptée, en appui des praticiens néonatalogistes permettrait de pallier, de façon efficace, une partie de la pénurie en médecins spécialistes formés [35]. L'exemple des pays anglo-saxons a montré l'efficacité d'un tel système en néonatalogie [36]. Enfin, une offre de soins plus cohérente en ambulatoire et un parcours de santé avec plusieurs niveaux de recours pour l'enfant et sa famille sont nécessaires. L'IPDE est en capacité de réaliser une prise en charge de l'enfant présentant un problème de santé et d'effectuer le relais avant l'arrivée du SAMU pédiatrique. Le ratio infirmière puéricultrice/infirmière en néonatalogie ne répond à aucune norme et les congés de longue durée ne sont le plus souvent pas remplacés dans les établissements de santé.

Les limites financières et humaines de la PMI obligent les équipes à pratiquer un hyperciblage sur les publics les plus vulnérables. L'absence de nomenclature et de réglementation sont les seuls freins à l'installation et au développement de l'infirmière puéricultrice en secteur libéral. La visite à domicile est essentielle pour répondre aux enjeux de santé publique dans la prise en charge des nouveau-nés et des enfants en bas âge. À titre d'exemple, en 2018, 650 000 nourrissons (0–1 an) ont été présentés aux urgences, représentant 12 % des passages aux urgences pédiatriques ; et seulement 11 % de ceux-là ont été hospitalisés [37].

Recommandations

La mise en œuvre d'un plan de périnatalité ambitieux est une priorité et une urgence.

Cette mise en œuvre n'est réalisable que par la gestion concomitante et réaliste des problématiques territoriales spécifiques et de la crise démographique et d'attractivité touchant tous les acteurs de la périnatalité. Il est donc fondamental de considérer ces aspects de manière concomitante et liée.

Ce réalisme devrait s'appuyer, non pas sur le maintien illusoire de petites structures, mais sur une réduction du nombre de maternités, dont les contraintes structurelles et de ressources humaines doivent garantir à la fois la sécurité et la satisfaction des usagers tout en offrant des conditions de travail acceptables et pérennes. L'équation ainsi posée ne peut être résolue de façon pérenne qu'en permettant une

véritable complémentarité entre la médecine et les métiers de la santé de ville et les établissements de santé.

La médecine de ville dans le domaine de la périnatalité a considérablement changé en 25 ans, notamment par une augmentation considérable du nombre de sages-femmes en exercice libéral et la variété de leurs missions.

L'organisation des structures est à repenser. Les structures effectuant moins de 1000 accouchements sont les plus fragiles en ce qu'elles recourent abondamment à l'intérim et peinent à organiser un service de garde avec des praticiens de la structure. Les structures de type 2 effectuant moins de 1000 accouchements devraient être renforcées en priorité. Seules de grandes structures seront à même de proposer une offre et une qualité de soins exigées par les usagers comme par les professionnels ; elles éviteront ainsi d'être caricaturées comme « des usines à bébés » qui résulte aujourd'hui d'une criante insuffisance de moyens humains et de contraintes architecturales inadaptées. Les implications possibles de ces restructurations sur le maintien des autres activités chirurgicales de l'établissement, gynécologiques ou plus générales, doivent être examinées à l'échelle de l'offre de soins territoriale.

Les communautés territoriales, fédérées par les centres périnataux de proximité, doivent être mises en capacité d'assurer l'initiation et la coordination des parcours de santé et de soins périnataux de toutes les femmes enceintes, en particulier dans le domaine du dépistage et de l'identification précoce des risques maternels et périnataux. Une mutualisation réelle et équilibrée de l'offre publique et libérale au sein des réseaux comme au sein des structures des groupements territoriaux de périnatalité est un préalable à une nouvelle politique de la périnatalité dont la mise en place est indispensable et urgente.

L'ANM recommande :

- d'inscrire les femmes enceintes au centre de leur parcours de santé ou de soin par l'aménagement et l'utilisation prioritaire de leur dossier personnel médicalisé « Mon Espace Santé » comme un lien transversal entre tous les acteurs intervenant dans ces parcours. La création d'un observatoire du vécu maternel du parcours de maternité, à l'image de *Maternity Survey* institué au Royaume-Uni : <https://nhssurveys.org/surveys/survey/04-maternity/>, mais aussi un observatoire national de la périnatalité basé sur le PMSI et les bilans des GHPT et des ARS ;
- de prévoir, dans toutes les structures où sont réalisés des accouchements, l'accueil des parturientes, de leurs conjoints et de leur(s) nouveau-né(s) dans des locaux adaptés comprenant au minimum :
 - deux salles de naissances,
 - une salle de pré-travail,
 - une zone de pré-transferts d'au moins deux nouveau-nés,
 - des chambres pouvant également accueillir un accompagnant ;
- de créer des zones physiologiques de la naissance, qui pourraient intégrer les maisons de naissance, dans toutes les structures de type 2 et 3 ;
- de redéfinir et restructurer le travail en réseau des acteurs de la périnatalité (Fig. 9) : créer des groupements hospitaliers périnataux de territoires (GHPT). Ils

regrouperont toutes les structures publiques et privées et donneront enfin une vraie place aux praticiens libéraux de la périnatalité. Ils devraient être définis par le temps d'accès à une structure de type 2 ou 3.

Au sein de ces GHPT, le regroupement des structures de type 1 de moins de 1000 accouchements entre elles ou avec les structures de type 2 ou 3 les plus proches. Ces structures n'effectuant plus d'accouchements deviendront autant de « centres de prise en charge de la femme et du nouveau-né » et d'hôtels hospitaliers. Ces nécessaires structurations ou restructurations des moyens d'hébergement et de transport pour les femmes enceintes et leurs familles éloignées des plateaux techniques doivent bénéficier de moyens structurés adaptés dans un esprit d'accès égal aux soins.

Dans chaque GHPT, les parties élaboreront un projet médical partagé garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours. L'organisation devrait être confiée aux ARS avec la création de commissions régionales de la naissance avec une place importante laissée aux usagers dans l'élaboration de l'offre de soins sous la responsabilité conjointe du directeur d'ARS et du responsable de réseau.

Les centres de prise en charge de la femme et du nouveau-né devraient être les centres de premier recours pour l'orientation et le suivi des grossesses, mais aussi l'apprentissage de la parentalité et de l'accompagnement des familles. Des moyens adaptés aux conditions géographiques, mutualisés avec la structure de type 2 ou 3 la plus proche, doivent leur être alloués et inclure des conditions d'exercice de la télémédecine.

- D'assurer la continuité des soins tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, quel que soit le nombre de naissances constatées dans un établissement de santé. Pour toutes les spécialités concernées, les listes de garde doivent intégrer au moins 7 praticiens ayant une activité régulière dans la structure et qui participent à l'évaluation des pratiques au sein de cette structure.

Cette continuité est assurée au sein d'équipes stables par :

- un gynécologue-obstétricien de garde sur place ayant la qualification chirurgicale. Un deuxième gynécologue-obstétricien d'astreinte opérationnelle ;
- un pédiatre avec une compétence attestée en néonatalogie prévue aux décrets de 1998 en néonatalogie de garde sur place ou d'astreinte opérationnelle ;
- un anesthésiste-réanimateur et un IADE de garde sur place ;
- des sages-femmes dont le nombre doit être proportionnel à l'activité de (N) naissances des maternités $((N/2)/365) + 1$. Les sages-femmes affectées au secteur de naissance et à l'accueil des urgences obstétricales ne peuvent avoir d'autres tâches concomitantes dans un autre secteur ou une autre unité.
- D'améliorer l'attractivité des maternités pour les sages-femmes par :

- l'utilisation de la 6^e année d'étude pour permettre une orientation adaptée des étudiantes vers une des 3 formes majoritaires d'exercice des SF : santé communautaire, hospitalo-universitaire, exercice hospitalier,
- la création d'un statut de praticien en maïeutique au sein des maternités publiques.
- de consolider la qualité et la capacité d'accueil des nouveau-nés en maternité et en néonatalogie par :
 - la refonte de la formation des IPDE, portée au grade Master, et/ou l'ouverture de la formation en Infirmière en pratique avancée (IPA) aux puéricultrices pour la Néonatalogie,
 - la création d'une nomenclature IPDE,
 - un ratio réglementaire IDE/IPDE dans les maternités et dans les unités de néonatalogie.

Liste des personnalités auditionnées :

- professeur Pierre Carli : chef de service du SAMU de Paris ;
- professeure Catherine Deneux-Tharoux : directrice de recherche INSERM coordinatrice de l'axe « Morbidité maternelle sévère », équipe EPOPé ;
- Mme Sylvie Escalon : direction générale de l'organisation des soins (DGOS) ;
- Mme Anne Evrard : bien naître et collectif inter-associatif des usagers de la naissance (CIANE) ;
- docteur Marie-Pierre Fernandez : CH de Valence Réseau de santé périnatale AUREORE ;
- Monsieur Adrien Gantois : président du Collège national des sages-femmes de France (CNSF) ;
- professeure Hawa Keita-Meyer, Hôpital universitaire Necker-Enfants-Malades – AP-HP. DMU ARME ;
- docteure Isabelle Jordan et docteur Jean Coudray : fédération française des réseaux de santé périnatale ;
- docteure Estelle Morau : club d'anesthésie réanimation en obstétrique (CARO) ;
- Madame Brigitte Meslet-Prevot : association nationale des puéricultrices diplômées d'état (ANPDE) ;
- professeurs Olivier Morel et Cyril Huissoud : collège national des gynécologues obstétriciens français (CNGOF) ;
- Monsieur Benoît Ourliac : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) ;
- professeur Gilles PISON : institut national d'études démographiques (INED) ;
- professeur Catherine Quantin, CHU de Dijon et CESP – Inserm Paris-Saclay ;
- docteure Evelyne Combiér, CESP – chercheur-associé DIM CHU Dijon.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Vilain A. Stabilité de la mortalité périnatale entre 2014 et 2019. DRESS; 2020.
- [2] Dépense courante de santé dans l'Union européenne. Insee [Internet]. [cité 21 janv 2023]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5347718>. (consulté le 28/02/2023).

- [3] Enquête nationale périnatale. <http://www.xn-epop-inserm-ebb.fr/grandes-enquetes/enquetes-nationales-perinatales> (consulté le 28/02/2023).
- [4] Euro-Peristat Project with SCPE and Eurocat. *European Perinatal Health Report. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010; 2013.*
- [5] Inserm. Prématurité – ces bébés qui arrivent trop tôt. Inserm; 2022 [<https://www.inserm.fr/dossier/prematurite/>]. (consulté le 28/02/2023).
- [6] Mouquet M-C, Rey S. Les disparités régionales de mortalité en France en 2012–2013. *Bull Epidemiol Hebd* 2015;123:92–101.
- [7] Décret n° 98-899 du 9 octobre 1998 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale.
- [8] Ouhadghiri A. Thèse : état réel des structures. Enquête nationale réalisée par la commission en 2021. Université de Bordeaux; 2021.
- [9] Article R6123-50 Code de la santé publique.
- [10] Décret n° 2015-937 du 30 juillet 2015 relatif aux conditions de l'expérimentation des maisons de naissance.
- [11] 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.
- [12] Enquête de la Cour des comptes relative aux maternités, communication à la commission des affaires sociales du Sénat Article LO. 132-3-1 du code des juridictions financières; 2014.
- [13] Choné P. Tarification à l'activité et concurrence non tarifaire. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/panorama2013_dossier03.pdf.
- [14] La loi HPST, les clefs pour comprendre. ANAP; 2009 [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/vademecum_loi_HPST.pdf]. (consulté le 28/02/2023).
- [15] Circulaire n° DHOS/O1/O3/CNAMTS/2006/151 du 30 mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité. <https://ffrsp.fr/wpcontent/uploads/2018/05/2006-03-30-Circulaire-relative-au-cahier-des-charges-national-des-RSP-.pdf>. (consulté le 28/02/2023).
- [16] Données statistiques publiques en santé et social. Bases statistiques SAE. https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/708_bases-statistiques-sae/information/. (consulté le 28/02/2023).
- [17] Bases statistiques SAE [Internet]. [cité 21 déc 2022]. Disponible sur : https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/708_bases-statistiques-sae/information/. (consulté le 28/02/2023).
- [18] Merlier M. Vécu de l'obstétrique. *Paris Santé Femmes*; 2022.
- [19] Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutiques. Dossier de la DREES n° 79. DREES; 2021.
- [20] Saucedo M. Delivery hospital characteristics and postpartum maternal mortality: a national case-control study in France. *Anesth Analg* 2020;130:52–62.
- [21] Search results – PubMed [Internet]. [cité 4 déc 2022]. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov.ezproxy.u-paris.fr/?term=quantin%20delivery&sort=date&page=2>. (consulté le 28/02/2023).
- [22] Société française de néonatalogie. Capacitaire en soins critiques néonatal dans les centres périnataux de type III [Internet]. [cité 22 déc 2022]. Disponible sur : https://www.societe-francaise-neonatalogie.com/_files/ugd/d8ff38_0db633f6975f4c0ca91e78419065805f.pdf.
- [23] Circulaire DHOS/O1/2006/273 du 21 juin 2006 relative à l'organisation des transports périnataux des mères.
- [24] Bilan démographique 2018. Insee première, 1730. Insee; 2019.
- [25] Enquête nationale confidentielle sur la mortalité maternelle. <http://www.xn-epop-inserm-ebb.fr/grandes-enquetes/enquete-nationale-confidentiellesur-les-morts-maternelles>.
- [26] Ducloy-bouthors AS, Tourres J, Malinovsky JM. Recommandation pour les pratiques professionnelles. In: Malinovsky JM, editor. SFAR/CARO. Organisation de l'anesthésie-réanimation obstétricale; 2014.
- [27] ANESF. Enquête bien-être des étudiants; 2018.
- [28] Rapport sur la santé au travail des sages-femmes; 2020.
- [29] Mon espace santé [En ligne]. Disponible sur : <https://www.monespacesante.fr/>. (consulté le 10/03/2023).
- [30] Les Groupements hospitaliers de Territoire. Exercices 2014 à 2019. Communication à la commission des affaires sociales du Sénat; 2020 [<https://www.ccomptes.fr/system/files/2020-10/20201008-rapport-Groupements-hospitaliers-de-territoire.pdf>].
- [31] Haute Autorité de santé. Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales [En ligne]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/accouchement_normal_-recommandations.pdf.
- [32] Convention n° 19DPPA009-0. Prévention de l'insécurité maternelle. Rapport de l'action soutenue par Santé publique France; 2021.
- [33] Ministère de la Santé et des Solidarités. Les 1000 premiers jours : là où tout commence; 2020.
- [34] ANIPDE. Livre blanc de l'association nationale des infirmières puéricultrices diplômées d'état. Pour l'évolution de la spécialité; 2022.
- [35] La pratique infirmière de niveau avancé en soins néonataux. *Paediatr Child Health* 2000;183–7.
- [36] Aiken LH. Nursing skill mix in European hospitals: cross sectional study of the association with mortality, patients rating and quality of care. *BMJ Qual Saf* 2016 [bmjqs-2016-005567].
- [37] FEDORU. Bilan d'activités des urgences sur le territoire français en 2018; 2020.