

## Réponse au «plan périnatalité 2023» proposé par l'Académie de Médecine

### RÉSUMÉ

L'académie Nationale de Médecine (ANM) a établi un rapport concernant la périnatalité rendu public en mars 2023.

Ce rapport concerne **la France métropolitaine** et préconise:

1/ *«une réduction accrue du nombre des maternités»* soit la fermeture ou le regroupement d'environ 111 maternités de niveau 1 (qui ne prennent pas en charge les grossesses pathologiques) et qui font moins de 1000 accouchements/an, soit la disparition ou regroupement d'environ un quart des maternités de France qui sont moins de 450 en 2023. Les maternités fermées deviendraient des *centres périnataux de proximité (CPP)* sans accouchement rebaptisés *centres de prise en charge de proximité des femmes et des nouveau-nés*,

2/ la concentration de l'activité d'accouchements au sein de maternités de grande taille de niveaux 2 et 3 dont les locaux et le personnel seraient adaptés en conséquence,

3/ la mise en place ou confortation d'un réseau de transports médicalisés et leurs personnels permettant si nécessaire aux parturientes de rejoindre ces centres dans les meilleurs délais.

Les arguments invoqués pour justifier cela sont de plusieurs ordres: mauvais résultats périnataux, démographie médicale et paramédicale à l'hôpital, considérations économiques.

Un groupe de professionnels de santé de terrain, signataires ci-dessous de ce travail, conteste les analyses et préconisations du rapport académique et présente des conclusions et propositions alternatives.

La périnatalité est une préoccupation majeure de santé publique car d'une part le nombre de naissances en France est en baisse, d'autre part les marqueurs épidémiologiques de la santé périnatale stagnent ou commencent à se dégrader.

La mise en œuvre d'une politique adaptée en matière de périnatalité devrait s'appuyer sur la réaffirmation que la sécurité des femmes et des enfants à naître repose sur la possibilité effective pour toutes sur l'ensemble du territoire d'accoucher **en** maternité. La réaffirmation de la complémentarité fondamentale du binôme sage-femme-obstétricien est nécessaire, l'arrêt de l'extension infinie des prérogatives des sages-femmes est souhaitable.

L'organisation des soins devrait considérer d'abord les territoires, chacun dans sa spécificité et son existant, pour réfléchir avec leurs intervenants, aux éventuelles améliorations à proposer, en envisageant l'activité gynéco-obstétricale dans sa globalité et ses interactions avec les autres activités en particulier urgences-réanimation, chirurgie, radiologie, biologie, banque du sang. Le financement de ces structures stratégiques que sont les maternités, devrait être revu à la hausse, en proposant un financement équitable en rapport avec les coûts véritablement engagés et les énormes contraintes de personnels et contraintes juridiques de ces activités à très haut risque médico-légal.

Il conviendrait de conserver l'essentiel du maillage territorial actuel dont les maternités

1 et 2 sont et doivent rester le socle, ce maillage pouvant être optimisé dans certains cas, mais de façon marginale au vue de l'ampleur des restructurations antérieures. Il conviendrait de limiter l'extension infinie des grosses structures urbaines, source de déséconomies d'échelle et contraire aux évolutions sociétales et planétaires actuelles. L'attractivité des petites structures comme celles des grandes serait renforcée par le changement radical du fonctionnement des réseaux. En effet, il conviendrait de proposer une planification sincère et efficiente de la périnatalité et la pédagogie qui va avec à l'égard des patientes, en réformant radicalement le fonctionnement des réseaux en périnatalité. Les grands axes de cette transformation seraient la remédicalisation raisonnée des maternités 1 et 2, la mutualisation au moins partielle et consentie des personnels à l'intérieur des réseaux, l'adressage à double sens des patientes. Aller vers plus de réciprocité, de complémentarité, de confiance et de respect mutuels des intervenants, de souplesse organisationnelle, avec possible recours aux personnels contractuels si besoin, moins de hiérarchie, plus de soins, plus de sens, tout cela sous l'égide d'une administration dont on aurait repensé le rôle et la place. Si l'administration est indispensable, il n'en reste pas moins que le propos est de servir les femmes et les enfants à naître, en facilitant la tâche des soignants.

Il n'y a pas de pénurie globale de médecins obstétriciens ni de sages-femmes mais d'importantes disparités géographiques et le principal problème est que ces personnels ne veulent plus ou ne peuvent plus aller travailler en salle de naissances dans les conditions actuellement proposées.

La désaffection des parturientes pour les petites structures n'est pas spontanée. Ces petites structures sont mises en difficulté par leur mode de financement et la politique à sens unique des réseaux en périnatalité qui draine les femmes vers les grands centres, associés à une mise en cause de la qualité des soins et des soignants des petites structures par les grosses. Ces petits centres entrent dans une spirale descendante les conduisant à l'impossibilité de renouveler leurs personnels et à leur disparition, après une agonie de durée variable, programmée par la politique d'État de réduction des coûts et de restructurations hospitalières.

La désaffection des acteurs du secteur privé lucratif n'est pas spontanée. Elle correspond à la distorsion entre coûts réels et tarifs: l'activité déficitaire est abandonnée.

Le seuil de « 1000 accouchements par an » ne correspond à rien de médical. Les soignants des petites structures en zone populationnelle peu dense n'ont aucun moyen de piloter le volume de leur activité.

Fermer les maternités de moins de 1000 accouchements par an ou les transformer en centre périnatal de proximité (CPP) correspond essentiellement à des considérations de rationalité budgétaire: à partir de ce seuil d'activité on peut espérer équilibrer un budget, avec le mode de financement actuel.

Aucune étude récente ne démontre une augmentation du risque vital maternel à l'accouchement dans les structures qui réalisent moins de 1000 accouchements par an.

Les causes de l'augmentation de la mortalité infantile en France depuis 2012 sont actuellement inconnues. C'est essentiellement la mortalité périnatale qui se dégrade.

Il n'y a aucun argument pour penser que la fermeture des maternités de moins de 1000

accouchements par an ferait reculer la mortalité infantile en France.

Il y a de sérieux arguments pour penser qu'au contraire, c'est la disparition des structures de proximité et l'impossibilité pour les grosses structures saturées d'assurer des soins adéquats, qui entraînent la stagnation ou la dégradation actuelle des marqueurs épidémiologiques de la santé périnatale.

Un des principaux problèmes que posent ces restructurations est l'allongement des distances et des temps d'accès du domicile des femmes au plateau technique d'accouchements, entraînant l'inflation des "naissances hors maternité".

Les accouchements inopinés hors maternité sont en constante progression en France. L'éloignement du domicile des patientes de la maternité la plus proche est le principal facteur de risque d'accouchement inopiné hors maternité. Les soins inadéquats pour des patientes résidant à proximité d'une maternité sont également en cause.

La mortalité maternelle est significativement plus élevée en cas d'accouchement inopiné hors maternité ainsi que la mortalité et la morbidité néonatales.

Les accouchements hors maternité planifiés avec ou sans assistance sont également en progression considérable. Les études parcellaires sur le pronostic de ces accouchements sont aussi très préoccupantes.

Notre discipline se caractérise par la possible soudaineté avec laquelle les pathologies materno-foetales sont susceptibles d'apparaître *de novo* ou de se décompenser d'une part, et d'autre part par le fait que tout retard dans la prise en charge initiale d'une anomalie anodine au premier abord, est susceptible de transformer le *joyeux événement* en une cascade de complications conduisant aussi bien le ou les bébés que leur mère vers la catastrophe.

Poursuivre les fermetures, fusions et créations de méga-structures centralisées, c'est poursuivre et intensifier la politique menée depuis près de 30 ans: les effets délétères en seront majorés et non corrigés. Le modèle proposé par les académiciens, continuant à encourager la désertification rurale et la concentration urbaine, ne nous semble pas satisfaisant.

**Ainsi pour arbitrer entre les deux propositions contraires que sont:**

**d'une part, la poursuite de la politique actuelle de centralisation et concentration au détriment des maternités de proximité de niveau 1, assortie au développement de dispositifs de transport vers ces centres,**

**d'autre part, la politique alternative que constitue le rééquilibrage du fonctionnement des réseaux en maintenant l'essentiel du maillage territorial actuel dont les maternités de proximité de niveau 1 et 2 sont les piliers,**

**nous demandons qu'un moratoire soit prononcé, que les contrats permettant la survie du système en l'état cet été puissent être signés pendant qu'une étude économique nationale indépendante déterminera les coûts et bénéfices de ces deux alternatives, permettant d'éclairer au mieux les décideurs.**

**MOTS-CLEFS : Santé périnatale, Planification, Maternités, Démographie, Territoires, Désertification rurale- Accès aux soins- Tarification à l'activité- Restructurations hospitalières- Accouchements-hors-maternité**

## SUMMARY

The National Academy of Medicine (ANM) drew up a report concerning perinatality made public in March 2023. This report concerns mainland France and essentially recommends 1/ "an increased reduction in the number of maternity wards", i.e. the closure or consolidation of approximately 111 level 1 maternity wards (which do not take care of pathological pregnancies) and which have fewer than 1,000 births/year, i.e. the disappearance or regrouping of around a quarter of maternity wards in France, which will number less than 450 in 2023. Closed maternity wards would become local perinatal centers (CPP) without childbirth, renamed local care centers for women and newborns. 2/ the concentration of childbirth activity in large maternities of levels 2 and 3 whose premises and staff would be adapted accordingly, 3/ the establishment or strengthening of a network of medical transports and their personnel allowing, if necessary, parturients to reach these centers as soon as possible. The arguments invoked to justify this are of several orders: poor perinatal results, medical and paramedical demography in the hospital, economic considerations. A group of health professionals in the field, signatories below of this work, disputes the analyzes and recommendations of the academic report and presents conclusions and alternative proposals. Perinatality is a major public health concern because on the one hand the number of births in France is decreasing, on the other hand the epidemiological markers of perinatal health are stagnating or beginning to deteriorate. The implementation of an appropriate perinatal policy should be based on the reaffirmation that the safety of women and unborn children is based on the effective possibility for everyone throughout the territory to give birth in a maternity ward. The reaffirmation of the fundamental complementarity of the midwife-obstetrician binomial is necessary, the end of the infinite extension of the prerogatives of midwives is desirable. The organization of care should first consider the territories, each in its specificity and existing, to reflect with their stakeholders on possible improvements to be proposed, considering the gynecological-obstetrical activity as a whole and its interactions with others. activities in particular emergencies-resuscitation, surgery, radiology, biology, blood bank. The financing of these strategic structures, which are maternity wards, should be revised upwards, by proposing fair financing in relation to the costs actually incurred and the enormous personnel and legal constraints of these activities with a very high medico-legal risk. It would be advisable to retain most of the current territorial network of which maternity wards 1 and 2 are and must remain the base, this network being able to be optimized in certain cases, but in a marginal way in view of the extent of the previous restructurings. It would be appropriate to limit the infinite extension of large urban structures, a source of diseconomies of scale and contrary to current societal and planetary developments. The attractiveness of small structures like those of large ones would be reinforced by the radical change in the functioning of the networks. Indeed, it would be appropriate to propose a sincere and efficient planning of perinatality and the pedagogy that goes with it with regard to patients, by radically reforming the functioning of perinatal networks. The main axes of this transformation would be the reasoned remedicalization of maternity wards 1 and 2, the at least partial and agreed pooling of staff within the networks, the two-way addressing of patients. To move towards more reciprocity, complementarity, and mutual respect of stakeholders, organizational flexibility, with possible recourse to contractual staff if necessary, less hierarchy, more care, more meaning, all this under the aegis of a administration whose role and place would have been rethought. If the administration is essential, the fact remains that the purpose is to serve women

and unborn children, by facilitating the task of caregivers. There is no overall shortage of obstetricians or midwives, but there are significant geographical disparities and the main problem is that these personnel no longer want or can no longer go to work in the delivery room under the conditions currently offered. The disaffection of parturients for small structures is not spontaneous. These small structures are put in difficulty by their mode of financing and the one-way policy of the perinatal networks which drains the women towards the large centers, associated with a questioning of the quality of the care and the carers of the small structures by the big. These small centers enter a downward spiral leading them to the impossibility of renewing their personnel and to their disappearance, after an agony of variable duration, programmed by the State policy of cost reduction and hospital restructuring. The disaffection of actors in the for-profit private sector is not spontaneous. It corresponds to the distortion between real costs and tariffs: the loss-making activity is abandoned. The threshold of "1000 deliveries per year" does not correspond to anything medical. Caregivers in small structures in sparsely populated areas have no way of controlling the volume of their activity. Closing maternity wards with less than 1,000 deliveries per year or transforming them into local perinatal centers (CPP) corresponds to considerations of budgetary rationality: from this activity threshold we can hope to balance a budget, with the current mode of financing. No recent study demonstrates an increase in maternal vital risk during childbirth in structures that perform less than 1000 deliveries per year. The causes of the increase in infant mortality in France since 2012 are currently unknown. It is mainly perinatal mortality that is deteriorating. There is no argument to think that the closure of maternities of less than 1000 deliveries per year would reduce infant mortality in France. There are serious arguments to think that, on the contrary, it is the disappearance of the local structures and the impossibility for the large saturated structures to provide adequate care, which lead to the stagnation or the current deterioration of the epidemiological markers of perinatal health. One of the main problems posed by these restructurings is the lengthening of the distances and times of access from women's homes to the technical delivery platform, leading to the inflation of "births outside maternity". Unexpected births outside the maternity ward are constantly increasing in France. The remoteness of patients' homes from the nearest maternity ward is the main risk factor for unplanned childbirth outside the maternity ward. Inadequate care for patients residing near a maternity ward is also at issue. Maternal mortality is significantly higher in the event of an unexpected birth outside the maternity ward, as well as neonatal mortality and morbidity. Planned non-maternity births with or without assistance are also on the rise. The fragmented studies on the prognosis of these deliveries are also very worrying. Our discipline is characterized by the possible suddenness with which maternal-fetal pathologies are likely to decompensate on the one hand, and on the other hand by the fact that any delay in the initial management of an innocuous anomaly at first sight, is likely to transform the happy event into a cascade of complications leading both the baby or babies and their mother to disaster. Continuing the closures, mergers and creations of centralized mega-structures means continuing and intensifying the policy pursued for almost 30 years: the deleterious effects will be increased and not corrected. The proposed model, continuing to encourage rural desertification and urban concentration, is not satisfactory. The main alternative proposals are in summary to renounce this policy, to reconsider the financing of the activity most essential to the sustainability of our nation: to give birth to all babies in good conditions throughout the territory while preserving the life and health of all mothers, to review the functioning of perinatal networks by moving towards more trust in local actors and caregivers and towards more solidarity and reciprocity between small and large maternities. Thus, to arbitrate between the two opposing proposals which are on the one hand the continuation of the current policy of centralization and concentration to the detriment of level 1 local maternities, on the other hand the alternative policy which constitutes the rebalancing of the functioning of the networks in maintaining the essentials of the current territorial network, of which the level 1 or 2 local maternity wards are the pillars, we ask that a moratorium be pronounced, that the contracts allowing the survival of the system as it is this summer can be signed while an independent national econometric study will determine the costs and benefits of these two alternatives, allowing decision-makers to be better informed.

L'académie nationale de Médecine (ANM) s'est «autosaisie» pour établir un rapport concernant la périnatalité. L'Académie, dans sa séance du 28 février 2023, a adopté le texte de ce rapport par 78 voix pour, 1 voix contre et 4 abstentions et l'a adressé au Ministre de la Santé (1).

Ce rapport qui concerne la France métropolitaine préconise essentiellement «une réduction accrue du nombre des maternités» soit la fermeture ou le regroupement d'environ 111 maternités de niveau 1 (qui ne prennent pas en charge les grossesses pathologiques) et qui font moins de 1000 accouchements / an, soit la disparition ou

regroupement d'environ un quart des maternités de France qui sont au nombre de 456 en 2021 (9). Les maternités fermées deviendraient des *centres périnataux de proximité (CPP)* sans accouchement rebaptisés dans ce texte *centres de prise en charge de proximité des femmes et des nouveau-nés*.

Les arguments invoqués pour justifier cela sont de plusieurs ordres: mauvais résultats périnataux, démographie médicale et paramédicale à l'hôpital, considérations économiques.

S'il existait une réelle nécessité d'améliorer la sécurité de la naissance dans les années 1970, la poursuite de cette politique de restructuration dans les 30 dernières années répond ouvertement à des «*impératifs économiques de réduction des coûts*» (2,3,4,5,6,15,21).

La périnatalité est une préoccupation majeure de santé publique car d'une part le nombre de naissances baisse notablement en France métropolitaine (annexes 1 et 2) et d'autre part les marqueurs épidémiologiques de la santé périnatale stagnent ou commencent à se dégrader.

Nous ferons un rappel historique de l'évolution récente de la politique périnatale avec état des lieux en suivant les déclarations du rapport, puis une série de propositions alternatives, conduisant à demander un moratoire sur les fermetures permettant de mener l'étude économétrique qui s'impose avant d'aller plus avant dans la première direction qui ne nous semble pas être la bonne.

## **A / Principales caractéristiques et évolutions de l'organisation des accouchements en France métropolitaine en 2023.**

La fécondité et la natalité sont en baisse en France (annexes 1 et 2).

La grande majorité des accouchements surviennent dans des **maternités**.

La **maternité** est un lieu médicalisé spécialisé possédant une autorisation administrative d'y pratiquer des accouchements. Ce lieu répond à un certain nombre de normes de sécurité et d'hygiène en matière d'équipement et permet aux patientes de trouver H24 au moins une sage-femme (SF) et une auxiliaire de puériculture ou aide-soignante (AP/AS) qui pourront l'assister dans son accouchement avec la possibilité à tout moment de recourir à un médecin anesthésiste-réanimateur (MAR) pour lui faire bénéficier d'une

analgésie si elle le souhaite, ou une anesthésie si sa situation l'exige, ainsi que d'un médecin gynécologue-obstétricien (GO) qui pourra assister instrumentalement son accouchement ou la Césariser avec l'assistance d'une infirmière de bloc opératoire diplômée d'état (IBODE) et un aide-opérateur (souvent un GO junior) si les conditions obstétricales l'exigent et enfin d'un pédiatre (Péd) qui pourra compléter l'action de la sage-femme et/ou du MAR pour prodiguer des soins qui s'avèreraient indispensables à l'enfant ou le préparer à un transfert en milieu pédiatrique dédié en cas de nécessité. En clair: **une équipe complète à son service et celui de l'enfant à naître, à toute heure du jour et de la nuit.**

Les décrets Périnatalité du 9 octobre 1998 ont posé un cadre d'organisation des soins en **réseau de périnatalité. Quatre types de maternités sont ainsi définis en fonction de l'accueil pédiatrique qu'elles proposent** Un établissement est dit de niveau 1 s'il possède un service d'obstétrique (disponibilité d'un pédiatre H24 pour la salle de naissance, pédiatre qui appartient généralement au service de pédiatrie générale attenant à la maternité de niveau 1), de niveau 2a s'il a aussi un service de néonatalogie sur le même site que le service d'obstétrique, de niveau 2b s'il a aussi un service de soins intensifs néonataux et de niveau 3 s'il dispose, sur le même site que le service d'obstétrique, des services précédents (obstétrique, néonatalogie et soins intensifs néonataux) ainsi que d'un service de réanimation néonatale (accueil des grands prématurés nécessitant une ventilation artificielle).

En 2021, 37,5% des maternités sont de niveau I; 30,7% de niveau IIA; 18,5% de niveau IIB; 13,3% de niveau III (9). Les maternités de niveau 3 sont en règle des maternités urbaines de grande taille, dont une part importante de l'activité d'accouchement concerne en fait des patientes dont les bébés n'auront besoin que de la visite systématique du pédiatre de maternité, c'est à dire des patientes qui auraient aussi bien pu accoucher en niveau 1 mais dont la maternité niveau 2 ou 3 est la maternité de proximité ou de choix. **Il n'y a obligation de résidence pour s'inscrire en maternité, ni aucune obligation en général.** Les centres surchargés demandent une inscription pour accouchement en début de grossesse et peuvent ainsi limiter leurs inscriptions lorsque celles-ci dépassent les capacités. La situation est similaire pour les maternités 2B.

La périnatalité s'est donc organisée depuis 1998 en « **réseaux de périnatalité** » partout sur le territoire, ce qui fait que chaque maternité de niveau 1 connaît le nom de sa ou ses

maternités-recours préférentiel de niveau 2, et toutes les maternités de niveau 1 ou 2 connaissent leur maternité-recours préférentiel de niveau 3. Des « transfert-in-utero » pouvaient ainsi être organisés parfois à l'aide d'une « cellule téléphonique de transfert » pour faire en sorte que la femme dont le nouveau-né va nécessiter des soins néonataux accouche dans la maternité qui possède un service pédiatrique approprié. Mais ces transferts sont parfois rendus impossibles par la brutalité et rapidité de l'apparition *de novo* ou de la décompensation de la pathologie obstétricale maternelle ou fœtale: pour ne pas perdre ni la femme ni le ou les enfants, les soins sont initiés immédiatement dans la maternité de proximité, conduisant parfois à réaliser une « *césarienne code rouge* » : le temps entre la décision de pratiquer une césarienne et la naissance effective de l'enfant ne doit pas dépasser **15 minutes** (70), les assureurs y veillent.

**Un glissement s'est alors opéré** de manière contemporaine de la mise en place de la tarification hospitalière à l'activité: **il a été progressivement proposé d'orienter en prénatal l'ensemble de la pathologie maternelle ou fœtale même débutante. Cette proposition s'est rapidement transformée en recommandations formelles des sociétés savantes, c'est à dire un adressage en niveau supérieur des pathologies débutantes avant même que leur évolution possiblement compliquée ne soit connue ni confirmée.** Les maternités de niveau 1 ont été ainsi privées d'une bonne partie de leur activité et délestées de leurs lits d'hospitalisation prénatale. Les patientes ont apprécié la « grande et riche maternité-recours », les intervenants de la maternité-recours ont oublié de réadresser les patientes stabilisées vers leur centre d'origine, d'autant que procurer des soins sans faire l'accouchement correspondant ne faisait pas gagner d'argent à la structure d'accueil. **Cette politique**, menée à grand renfort de publicité en faveur des grands centres et en défaveur des petits, **a progressivement vidé de leur activité les petits centres.** Ceux-ci ont perdu les ressources financières, perdus les lits, perdus les personnels. Les petites équipes médicales locales ont vieilli, les médecins qui tenaient à bout de bras ces petites structures ont perdu leurs internes en formation, leurs assistants, car le service n'était plus «validant», l'activité perdait médicalement tout attrait. **Il leur a été impossible de renouveler les équipes.** Dans l'impossibilité de remplir les tableaux de gardes en particulier l'été, les médecins-chefs et les directions, en désespoir de cause, ont eu une idée: pourquoi ne pas recourir aux agences d'intérim comme dans n'importe quel autre secteur? Des médecins-remplaçants (des médecins spécialistes exactement identiques aux autres médecins hospitaliers: ils en font partie en général)

payés en moyenne 600 euros les 24 heures (10 heures de présence de jour + 14 heures d'astreinte) dans les petites structures (900 dans les moyennes, 1200 dans les grandes) ont répondu à l'appel. Ainsi s'est développé, puis amplifié à mesure que les difficultés de recrutement augmentaient, le *pool* des remplaçants hospitaliers, une autre évolution récente de la périnatalité **directement conséquente** de la politique menée ces 25 dernières années.

Ces médecins-remplaçants ont permis au système de perdurer.

**Or ce n'était pas le souhait des tutelles.** Lisons attentivement le rapport périnatalité 2023 (1):

*« 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 ».*

C'est un recrutement *obligé* et non « *privilégié* » de personnels contractuels pour **garantir la continuité des soins sur le territoire, la continuité du service public de santé.** Le caractère « *indispensable* » ou non de la poursuite de ces restructurations est l'objet de ce mémoire.

**Les interdictions administratives, sous différentes formes, de conclure ces différents types de contrats, initiées en avril 2023 et actuellement en cours, entraînent des "fermetures intermittentes" de structures ou de services, essentiels localement à la continuité des soins, la désorganisation totale des équipes, le désarroi absolu des patientes et de leur environnement.**

Le nombre de maternités se réduit chaque année, au détriment des maternités de type 1 (annexe3). Les maternités de France métropolitaine sont au nombre de 452 en 2021 (9).

**En 2021 les maternités réalisant moins de 1000 accouchements par an effectuent 18,7% (IC95 17,7-19,6) des accouchements** (celles réalisant moins de 500 accouchements par an effectuent 2,8% des accouchements) **soit une division par deux**

environ de ce chiffre par rapport à 1995.

Ce sont ces établissements, **plus de cent maternités**, qu'il est question de «restructurer», soit environ un quart des 452 maternités restantes en France métropolitaine (2021, réf 9). **Si on se réfère au nombre de naissances 2021 (742 000) il s'agirait donc en fermant ces établissements de réorienter plus de 138 000 naissances par an.**

Les fermetures et fusions aboutissent à l'augmentation de la taille moyenne des établissements.

**En 2021 les maternités réalisant « 3000 et + accouchements par an » effectuent 31,3% [IC95 29,8-32,9] des accouchements (ENP 2021 réf 9 tableau 26 p130) Elles en effectuaient 2,4% en 1995 soit une multiplication par 13: ces très grosses maternités n'existaient quasiment pas en 1995.** (Les maternités réalisant au moins 3500 accouchements par an effectuent 15,3% des accouchements).

**Voilà un des autres changements majeurs survenus dans la périnatalité ces 25 dernières années, qu'il serait légitime de questionner.** D'autant que le mode de fonctionnement de ces structures n'a pas encore été formalisé, les décrets périnatalité de 1998 n'ayant pas été révisés à ce jour (22), c'est en cours.

**Les statuts des établissements sont segmentés en CHR/CHU, CH, ESPIC, Privé.**

(CHR: centre hospitalier régional, CHU: centre hospitalier universitaire, CH: centre hospitalier, ESPIC: établissement de santé privé d'intérêt collectif, Privé: établissement privé à but lucratif)

Les disparités entre les régions de l'activité des **établissements privés à but lucratif** sont marquées. En effet, la **part des accouchements ayant lieu dans ce type de structure** au sein de chaque région varie d'environ 10% en Bourgogne-Franche-Comté à près de 45% en Occitanie, avec une **moyenne d'environ 23%** en 2021 (9).

**Le secteur public et privé-mutualiste représente environ 80% de l'activité d'accouchements en France, le privé lucratif n'en représente plus que 20%.**

**Ces proportions étaient de 55/45 il y a trente ans, une autre évolution notable.**

**B/ Les constats et propositions du rapport périnatalité 2023 de l'Académie de Médecine**

## 1°) Sécurité des soins, mortalité et morbidité maternelle, mortalité infantile

Le rapport fait état d'«*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 24H/24*» en s'appuyant sur l'étude de Monica Saucedo et collaborateurs publiée en 2020, référencée «21 et annexe 4» (7).

L'allégation étant gravissime et susceptible d'apeurer les futures parturientes, nous avons relu très attentivement cette étude (entre autres).

*"(...) À l'inverse, le risque de décès maternel post-partum dû à des affections/complications survenant pendant ou après l'accouchement (groupe B) était plus élevé pour les femmes ayant accouché dans des hôpitaux sans obstétricien sur place 24h/24 et 7j/7 (ORa, 1,6 ; IC à 95 %, 1,01– 2,6 ; P = 0,045) et dans les hôpitaux à but lucratif par rapport aux hôpitaux d'enseignement (aOR, 3,1 ; IC à 95 %, 1,5 à 6,5 ; P = 0,004 ; Tableau 3). Lorsque ces 2 caractéristiques hospitalières étaient incluses dans le même modèle, le risque de décès maternel post-partum restait associé uniquement à l'accouchement dans des hôpitaux à but lucratif (aOR, 2,8; IC à 95 %, 1,3–6,0 ; P = 0,009 ; Tableau 4).*

*(...) Après contrôle de l'âge et de la parité de la mère et des accouchements par césarienne antérieurs, le risque de décès maternel post-partum dû à l'HPP était plus élevé pour les accouchements dans les hôpitaux sans anesthésiste sur place 24h/24 et 7j/7 (aOR, 2,4 ; IC à 95 %, 1,003–5,7 ; P = 0,049), dans les hôpitaux de niveau 1 (aOR, 2,4 ; IC à 95 %, 1,05 à 5,6 ; P = 0,04) et dans les hôpitaux à but lucratif (aOR, 3,0 ; IC à 95 %, 1,3 à 7,0 ; P = 0,01 ; Tableau 5). Lorsque nous avons inclus 2 caractéristiques hospitalières dans le même modèle, le risque de décès par HPP est resté plus élevé uniquement dans les hôpitaux à but lucratif par rapport aux hôpitaux à but non lucratif (enseignants ou non), ajusté pour la présence d'un anesthésiste sur place 24/7 (pour- hôpitaux à but lucratif : aOR, 2,8 ; IC à 95 %, 1,2 à 6,5 ; P = 0,019) et ajusté en fonction du niveau de soins périnataux (hôpital à but lucratif : aOR, 2,5 ; IC à 95 %, 1,1 à 6,5 ; P = 0,043)".*

**Le seul résultat constamment significatif de cette étude** portant sur les décès maternels survenus en 2007, 2008 et 2009 (n=147), en ce qui concerne les morts per et post-partum en général dont la mort par HPP (hémorragie postpartum) soient **81 patientes**, est l'existence d'un **sur-risque dans les hôpitaux à but lucratif par rapport aux hôpitaux à but non lucratif (aOR, 2,8; IC à 95%, 1,2 à 6,5; P = 0,019).**

**Ainsi dans le tableau présenté en Annexe 4 il n'existe qu'un seul sur-risque significatif.**

**Les "petites structures" dont il est question dans cette étude sont les établissements réalisant moins de 1500 accouchements par an**, la variable "nombre annuel d'accouchements" étant prise en compte segmentée en 4 classes: <1500, 1500–1999, 2000–2999 et ≥3000. Ces "petites structures" n'interviennent en rien de significatif dans ces décès de cause per et postpartum. L'étude montre au contraire leur rôle protecteur dans les décès maternels en lien avec une pathologie maternelle préexistante. Il faut par ailleurs rester circonspect avec le "sur-risque des établissements à but lucratif": la borne inférieure de l'intervalle de confiance est très proche de 1, c'est une étude unique et fort heureusement les cas sont rares.

**Aucune étude actuelle ne démontre de façon significative et constante une augmentation du risque vital maternel dans les "petites structures" en France.**

**Aucune étude ne démontre une augmentation du risque vital maternel à l'accouchement dans les structures qui réalisent moins de 1000 accouchements par an.**

**Par ailleurs la législation actuelle impose la disponibilité H24 d'un obstétricien, d'un anesthésiste et d'un pédiatre pour autoriser l'activité d'accouchements, de façon à assurer la continuité des soins (27).**

Le taux de mortalité maternelle n'a pas diminué significativement entre 2007-2009 (9,5 décès pour 100.000 naissances) et 2013-2015 dates des dernières données disponibles (8).

Le ratio de mortalité maternelle (RMM) est de **10,8 décès pour 100 000 naissances vivantes jusqu'à un an, et le RMM limité à 42 jours est de 8,1 décès pour 100 000 naissances vivantes**, stables par rapport à la période précédente 2010-2012, et dans la moyenne des pays européens, soient environ 80 décès maternels enregistrés par an. (Les féminicides enregistrés en France en 2021 sont de 122).

**La mortalité maternelle ne régresse plus en France depuis les dernières années** ce qui est d'abord à mettre en lien avec la dégradation générale des conditions de vie des parturientes, augmentation des indices de précarité, augmentation de l'âge moyen des parturientes, augmentation de la prévalence de l'obésité et du diabète et des pathologies cardio-vasculaires, afflux des populations migrantes en condition précaire (la crise du covid19 ayant eu des effets complexes et contradictoires, limitant les migrations mais aussi l'accès aux soins), et ensuite possiblement avec la politique de restructuration majeure de l'offre de soins intensifiée ces 25 dernières années.

L'enquête nationale périnatale 2021 (9) attire par ailleurs l'attention sur **l'augmentation récente et préoccupante des hémorragies graves de la délivrance**: *«Les femmes présentant une hémorragie sévère du post-partum représentent 3,0% des femmes contre 1,8% en 2016, soit une augmentation significative qui devra être explorée par des analyses spécifiques».*

**En matière de santé publique la principale inquiétude concerne l'augmentation de la mortalité infantile en France depuis 2012 qui passe de la 7<sup>ème</sup> place mondiale en 1989 à la 25<sup>ème</sup> place en 2017 (TMI 3,5 pour mille en 2017) (10)**

En effet *The Lancet* publiait en 2022 une étude alarmante (10):

*«Au cours de la période d'étude de 19 ans (2001-2019), 53 077 décès de nourrissons sont survenus, pour un TMI (taux de mortalité infantile) moyen de 3.63/1000 (4.00 male, 3.25 female); 24.4% de ces décès sont survenus au cours du premier jour de vie et 47.8% au début de la période néonatale. L'analyse a identifié **deux points d'inflexion***

*en 2005 et 2012. Le TMI a fortement diminué à partir de 2001 à 2005 (pente : -0.0167 décès/1000 naissances vivantes/mois ; IC 95% : -0.0219 à -0.0116) puis a diminué lentement entre 2005 et 2012 (pente : -0.0041 ; IC 95% : -0.0065 à -0.0016). **A partir de 2012, une augmentation significative a été observée** (pente: 0.0033; IC à 95%: 0.0011 à 0.0056). Les analyses de sous-groupes ont indiqué que **ces tendances étaient dues notablement à une augmentation des décès pendant la période néonatale précoce.***

*Interprétation La récente augmentation historique du TMI depuis 2012 en France doit conduire à une enquête urgente et approfondie pour en comprendre les causes et préparer des actions correctives».*

**Les causes de l'augmentation de la mortalité infantile en France depuis 2012 sont actuellement inconnues (10). C'est essentiellement la mortalité périnatale qui se dégrade (10, 54).**

**Il n'y a aucun argument pour penser que la fermeture des maternités de moins de 1000 accouchements par an ferait reculer la mortalité infantile en France.**

## **2°) Démographie médicale et soignante en général**

**2.1 Il n'y a pas de pénurie globale de médecins obstétriciens ni de sages-femmes, mais une pénurie relative selon les zones géographiques.** Plusieurs éléments conditionnent la désaffectation des établissements de taille modeste mais aussi celle des gros établissements.

Le premier d'entre eux est **le désarroi et la perte de sens du travail des soignants médecins et non médecins**, face à une administration devenue reine dont la préoccupation est prioritairement financière: ces personnels ne veulent plus aller travailler en salle de naissances ou ne le peuvent plus, dans les conditions actuellement proposées (12,30) :

- que ce soit au sein d'une petite structure à faible activité, isolée, sous-dotée et dénigrée en permanence et de manière décomplexée par les plus chanceux, où les personnels travaillent quotidiennement pour assurer la continuité territoriale du service public en MCO (Médecine-Chirurgie-Obstétrique) au prix d'énormes contraintes individuelles et sous la menace permanente de fermeture.

- que ce soit surtout au sein des maternités pléthoriques à plus de 3000 accouchements par an insuffisamment dotées en lits et en personnels par rapport au volume considérable de leur activité. Il y a une totale perte de sens et déshumanisation quand un travail de ce type est mené à la chaîne, les sages-femmes enchaînent les

accouchements au détriment de l'accompagnement, l'obstétricien de garde n'a plus aucune idée de qui est en train d'accoucher, les sollicitations innombrables s'enchaînent et on y répond au plus vite sans répit.

Les personnels sont découragés et épuisés et renoncent à exercer dans ces structures (28,29): les jeunes sages-femmes formées en nombre pour faire tourner les « usines-à-bébés » s'installent massivement en secteur libéral, les jeunes GO se détournent de l'activité d'assistance aux accouchements ou y renoncent prématurément.

Le rapport périnatalité 2023 déplore les mêmes constatations tout en proposant de manière paradoxale de concentrer davantage l'activité, alors que **rien ne permet de garantir que les recrutements de personnels et l'augmentation des lits dans les grosses structures vont accompagner cette concentration et augmentation d'activité.**

**D'autres éléments importants interviennent** dans la désaffectation des structures qu'il s'agisse du **numerus clausus de recrutement des médecins** restrictif depuis 50 ans et trop récemment abandonné mais aussi de la **politique de recrutement des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT)** qui privilégient les établissements pivots au détriment de la périphérie. Le développement de ces problématiques sort du cadre de ce travail.

**Il est par ailleurs urgent de repenser de façon transparente la place des sages-femmes, celle des obstétriciens et leurs interactions.**

L'extension indéfinie des compétences des sages-femmes au prétexte du faible nombre d'obstétriciens pratiquant l'obstétrique, réduit d'autant la possibilité réelle d'intervention des obstétriciens dans les situations difficiles.

Dans ces situations où prévalent la complémentarité et la confiance mutuelle entre sage-femme et obstétricien, dans l'intérêt supérieur de la femme et de l'enfant à naître, il est tout aussi bénéfique pour la sage-femme que pour l'obstétricien que le « responsable en chef » soit clairement identifié et respecté comme tel. Qui pose l'indication d'extraction instrumentale ou de césarienne et la réalise? Comment poser au mieux ces indications si l'obstétricien n'est pas été régulièrement informé de l'état d'avancement du travail de la parturiente et n'a pas la possibilité de l'examiner? Qui veut assumer la responsabilité finale médico-légale de l'accouchement si la sage-femme n'a pas jugé nécessaire d'informer en temps réel l'obstétricien des difficultés apparues, ni permis son accès à la patiente? S'agit-il de faire tout bonnement disparaître les obstétriciens? Il serait

souhaitable de **ne pas confondre la conséquence avec la cause.**

Les difficultés des conditions d'exercice dépassent actuellement les capacités physiques et psychiques de nombreux obstétriciens, de nombreuses sages-femmes, et de nombreux soignants en général: pathologie coronarienne et suicides sévissent dans leurs rangs et défraient les journaux.

La scission récente de l'*art de la pratique des accouchements* entre *maïeutique* qui serait exercée de manière autonome par les sages-femmes et l'*obstétrique* qui serait exercée par les médecins gynécologues-obstétriciens, est un autre des changements conceptuels majeurs de ces dernières années, à la grande confusion des patientes, qui bien sûr **réclament toutes** un « accouchement physiologique » (pas trop douloureux quand même !). En effet s'il est relativement facile de scinder les *déroulements de grossesse* en « simple (*physiologique*) » ou « compliqué (*pathologique*) », il n'en est pas de même pour les *accouchements*: une grossesse pathologique (exemple : risque majeur de prématurité) pourra se terminer par un accouchement facile « *physiologique* » (la naissance naturelle en très peu de temps mais d'un bébé prématuré), tandis que la « primipare à bas risque » dont la grossesse s'est déroulée de manière *physiologique* accouchera péniblement après de longues heures de travail avec assistance instrumentale ou césarienne dans plus de 30 pourcent des cas, cas que l'on ne connaît pas à l'avance.

Nous pensons que la partition *maïeutique/obstétrique* tout comme celle de « *physiologique* »/« *pathologique* » sont artificielles et néfastes. Dans tous les cas, le suivi des grossesses comme l'assistance aux accouchements, bénéficient de la collaboration et complémentarité du binôme indissociable sage-femme/GO avec en ce qui concerne les accouchements, la complicité bienveillante du MAR et du pédiatre et l'aide précieuse de nos « invisibles » auxiliaires (53).

## **2.2 L'inquiétude démographique concerne les médecins anesthésistes, les pédiatres néonatalogistes, le personnel infirmier spécialisé et général et aide-soignant (14)**

Il serait bien sûr fort satisfaisant que toutes les maternités deviennent de «niveau 2» c'est-à-dire équipée d'un service de néonatalogie.

La démographie des **pédiatres** néonatalogistes ne le permet pas, la prévalence des

besoins en structures de néonatalogie, ne le justifie pas quand la **politique d'orientation prénatale** est bien menée ce qui est le cas en France (26, 51).

Le rapport préconise *"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(36). L'exemple des pays anglo-saxons a montré l'efficacité d'un tel système en Néonatalogie (37)"* C'est un vœu des académiciens: il faut d'abord former ces personnels hypothétiques avant de restructurer l'offre de soins et surtout en parler avec les principaux intéressés: médecins pédiatres et infirmières puéricultrices. Les pédiatres sont peut-être peu pressés de voir leur discipline se scinder en *puéricologie* et *pédiatrie*. La clé de la réussite est selon nous de faire en sorte que tous les pédiatres qui assurent la garde de maternité soient assez à l'aise en néonatalogie. Le rapport (1) précise : *« Malgré la nécessité, indiquée dès les décrets de 1998, de la présence de pédiatres justifiant d'une formation attestée en Néonatalogie dans les centres de type 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 »*. A fortiori, il est donc indispensable que les maternités de type 1 conservent leur service de pédiatrie générale qui fournit l'essentiel des pédiatres de garde pour la salle de naissance et que ceux-ci aient largement accès à la formation en néonatalogie. Seul un décroisement des structures à l'intérieur du réseau de périnatalité permettra à tous d'acquérir ou améliorer leurs connaissances et performances en néonatalogie, ainsi que la possibilité de recours ponctuels à des néonatalogistes contractuels.

**Souplesse, efficacité, déconcentration et élévation générale des niveaux de compétence des acteurs et non captation et concentration de l'activité vers des élites hyperspécialisées, sont souhaitables.**

L'insuffisante disponibilité des **anesthésistes** fait craindre quant à elle une diminution de l'offre d'analgésie péridurale au cours de l'accouchement dans les années à venir.

Par ailleurs concentrer encore les accouchements suppose recruter des anesthésistes

exclusivement dédiés à la salle de naissance. Selon le rapport: *"Le regroupement des maternités sur des niveau 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."* Il s'agit aussi d'un vœu pieux. Quelles que soient les positions officielles des syndicats qui «plébiscitent» ce rapport notre expérience de 40 années de terrain nous permet d'affirmer qu'une infime minorité d'anesthésistes souhaitent dédier leur vie professionnelle à la réalisation de péridurales à la chaîne et à la gestion des redoutables et fréquentes hémorragies obstétricales. Sur une longue carrière il est plus gérable que l'activité d'obstétrique s'intègre harmonieusement aux autres activités de l'anesthésiste-réanimateur et de l'infirmière anesthésiste. C'est avec les principaux intéressés: médecins et infirmiers anesthésistes qu'il convient de réfléchir.

### 3°) Poursuivre les fusions et créations de méga-structures centralisées?

Les méga-structures centralisées sont plébiscitées par le rapport (page 2). Seront proposées :

*"des adaptations architecturales et renforcement des moyens humains permettant la cohabitation des différents niveaux de prise en charge, ces transformations éviteront la caricature d'"usines à bébés" qui est souvent faite des grosses structures saturées et donc peu accueillantes"*

Le texte sous-tend que les académiciens ont obtenus des garanties que de telles extensions en lits et en personnels vont effectivement se produire.

Par ailleurs les femmes en travail se présenteront-elles facilement et rapidement "au niveau de prise en charge" qui leur convient?

Des **problèmes de tri** similaires à ceux observés dans les services d'urgence ainsi que les **délais de prise en charge** sont à craindre.

Les auteurs du rapport périnatalité 2023 semblent croire que les fermetures des petites structures contribueront au recrutement des personnels dans les méga-structures qu'ils préconisent. **Ces personnels risquent de fuir ces structures comme ils le font déjà, car ils sont en quête de sens et non de chiffres.**

La concentration des accouchements entraînent mécaniquement la concentration des

pathologies graves toujours éprouvantes à gérer pour les équipes, une mort obstétricale surviendra en moyenne tous les 18 mois dans les énormes structures, quand elle survient tous les 10 ans dans les petites.

Il ne faut pas sous-estimer la charge affective et physique considérable que supportent les personnels soignants de ces énormes structures, entraînant leur renoncement précoce. La récente épidémie de COVID 19 démontre par ailleurs la dangerosité qu'il y a à concentrer les patientes en un même lieu: aucune leçon ne semble avoir été tirée de cette épidémie qui sera immanquablement suivie d'autres.

Après avoir réalisé des «économies d'échelle» en concentrant les maternités, il est plus que probable que des «**déséconomies d'échelle**» sont en train d'advenir.

#### **4°) Fermer les salles de naissance des maternités de moins de 1000 accouchements par an?**

##### **4.1 Politique de restructurations hospitalières, réduction des dépenses de Santé**

**Fermetures et fusions des maternités dans le cadre de la "politique périnatale" s'articulent avec les fermetures et fusions des établissements de santé, politique menée par l'État depuis de nombreuses années dans le cadre des restructurations hospitalières (2).** Cette politique est notoirement destinée à réduire les dépenses de santé sous couvert d'amélioration de la Santé publique en général et de la "performance en Santé" en particulier.

**La réforme du financement des hôpitaux par l'introduction de la tarification à l'activité (T2A) mise en place en 2004 dans le cadre du plan "Hôpital 2007" (3) est un des leviers majeurs de cette politique conduite par les *Agences Régionales de Santé (ARS)* mises en place de façon contemporaine. Elle a conduit à de graves difficultés financières les établissements à faible ou moyenne activité, ressources insuffisantes, endettement massif, entraînant fermeture de lits et de services, détérioration des conditions de travail des personnels, jusqu'à la disparition complète de l'activité MCO (médecin chirurgie obstétrique) de nombreux établissements (9).**

Par ailleurs le financement étant contraint par une enveloppe globale rigide (**Objectif national de dépenses d'assurance maladie, ONDAM**), l'augmentation des ressources de l'établissement A entraîne la diminution des ressources de l'établissement B: les établissements sont incités à mener des politiques concurrentielles pour attirer de

l'activité au détriment des autres établissements.

**Cette politique concurrentielle est parfaitement incompatible et contradictoire avec une politique de planification en santé publique et particulièrement en périnatalité** où il est question que les établissements se coordonnent et se complètent en non pas que l'un détruit l'autre.

Ce n'est donc en aucun cas la diminution récente des naissances en France ou la «crise démographique» des professions de santé qui est à l'origine de ces fermetures et fusions.

Les "années COVID" (2020 et 2021) ont conduit à la nécessité d'aménager le financement hospitalier, des réformes dans le financement sont en cours, ce qui sort du cadre de notre exposé.

**4.2 Le seuil de «1000 accouchements par an» n'a aucune justification médicale mais répond à des "impératifs" organisationnels, réglementaires et de "rationalité budgétaire".**

Les équipes ne contrôlent pas le paramètre "nombre d'accouchements annuel", car l'accouchement n'est pas une activité industrielle.

Ce chiffre est impossible à atteindre actuellement en France dans les zones de population peu dense qui sont souvent aussi des zones géographiquement difficiles (et comme déplore le rapport, où la ressource informatique est parallèlement souvent défaillante, ne permettant pas de pratiquer le télé-accouchement !)

Se baser sur ce chiffre c'est encourager la désertification sanitaire que les politiques publiques sont censées combattre.

**Aucune étude épidémiologique ne démontre un intérêt particulier à ce seuil.**

Des considérations réglementaires interviennent en ce qui concerne la définition des gardes et astreintes. (Le développement des problématiques de ratio soignants/soignés, temps de travail, gardes, demi-gardes et astreintes, taux d'occupation etc ; sort du champ de notre propos.)

**4.3 «Les petites maternités génèrent de gros déficits»**

**- Les tarifs ne sont plus adaptés**

**La sous-tarification des activités d'obstétrique et de pédiatrie est notoire et reconnue par les instances (réf 15 Cour des comptes 2015) : il n'y a plus rien à voir entre les tarifs payés actuellement aux établissements et les coûts réels de ces activités à**

haut risque très réglementée et nécessitant des ressources humaines conséquentes dont les salaires constituent 80% du budget de fonctionnement, et des charges incompressibles quelle que soit l'intensité de l'activité.

- Parler du déficit spécifique d'une structure particulière appartenant à un établissement plus vaste sous-entend s'appuyer sur une *comptabilité analytique hospitalière* qui est toujours une *construction comptable* discutable en particulier en ce qui concerne les clés de répartition des charges car les personnels interviennent dans plusieurs structures et les structures elles-mêmes sont utilisées par différents intervenants. Il serait trop long de développer ici cet épineux problème mais il est notoire que l'on peut faire apparaître ou disparaître un déficit par manipulation comptable (17).

- Le rapport périnatalité omet d'évoquer le problème de la **démographie administrative souvent pléthorique des hôpitaux publics ainsi que les coûts occasionnés par le recours massif aux cabinets conseils** au nom de *l'appui à la performance* qui sont notoires et l'objet de rapport de la cour des comptes mais aussi de scandales récents. Réviser à la baisse ces effectifs et ces recours serait une source non négligeable d'économies conséquentes (13).

**- Le mode de financement hospitalier par T2A est un choix.**

**Ce choix n'est pas adapté pour ces structures stratégiques.**

L'ex-directeur de la DREES plaide pour une évolution du mode de financement des établissements de santé, il n'est pas le seul (4,5). On l'a dit plus haut, des aménagements dans le financement sont en cours et sont possibles.

**Il semble impératif de revoir soigneusement l'ensemble de ces problématiques financières avant d'envisager de poursuivre la réduction du tissu hospitalier.**

**4.4 Les Centres périnataux de proximité (CPP) existent depuis 1998. Nombreux sont en fait des "coquilles vides" dont la pérennité est questionnée.**

Les petites maternités ferment depuis plus de trente ans. À chaque fermeture une "structure" est créée dont la fonction essentielle est de **reclasser les personnels**. Les structures-tampons baptisées CPP ont été officiellement créées en 1998 et leur fonctionnement a été actualisé dans la loi LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (27,33,41). Ils seraient au nombre de 70 environ sur le territoire (15). Si la plupart des CPP sont de simples

structures de consultations ouvertes du lundi au vendredi de 9 à 17 heures, ils présentent en fait une grande hétérogénéité de fonctionnement ainsi que des difficultés majeures de financement, si bien que leur pérennité est en jeu dans bon nombre de cas (32). Ils n'ont pas fait l'objet d'évaluation régulière (du moins d'évaluation accessible au public). Le rapport périnatalité concède leur faiblesse: *«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»*.

**4.5 Rebaptiser les CPP en centres de prise en charge de proximité des femmes et des nouveaux-nés ne garantit en rien le "succès" de ces structures caractérisées par la perte des plateaux techniques de la naissance et semble signifier instaurer un premier recours en matière de suivi de grossesse, d'accouchements, de gynécologie, d'échographie et d'interruption volontaire de grossesse, reposant exclusivement sur les sages-femmes, sans présence médicale permanente.**

En ce qui concerne les accouchements si une permanence sage-femme est organisée, ce serait un *bouleversement majeur dans la politique périnatale*. Les sages-femmes effectueraient sans assistance médicale (pas de recours possible à l'anesthésie, pas de recours possible aux extractions instrumentales ni aux césariennes, pas de recours possible au pédiatre) un certain nombre d'accouchements inopinés ou imminents dans ces "structures de premier recours" et seraient chargées de transférer les patientes qui n'auraient pas pris la route par leurs propres moyens et se seraient présentées par erreur à la «maternité», en sollicitant des transporteurs médicalisés censés être disponibles et accepter le risque de l'accouchement «de trajet».

C'est le premier pas vers l'autorisation officielle pour les sages-femmes de pratiquer seules et en complète autonomie les accouchements hors maternité partout sur le territoire: le remplacement de fait des maternités de niveau 1 par des "maisons de naissances" voire des domiciles privés.

Nous pensons qu'il s'agirait d'une régression majeure en matière de périnatalité, nécessitant un débat public.

Quant aux rares centres disposant éventuellement de lits de post-partum, cela pose d'autres problèmes complexes hors champ de cette étude et la problématique deviendra

rapidement obsolète à l'heure du «Prado» (62) et bientôt de l'*accouchement ambulatoire* (63). Notons que celui-ci se pratique de longue date dans les "pays les moins avancés" où le nombre d'accouchements journaliers dépasse largement celui des lits de post-partum.

#### **4.6 L'activité d'accouchements d'un établissement hospitalier interfère avec d'autres activités.**

Le rapport périnatalité page 5 évoque le constat d'un «*retentissement sur l'offre de soins et sur l'activité chirurgicale des établissements supprimant leur activité obstétricale*», retentissement évidemment négatif comme le sous-entend le rapport.

En effet les femmes susceptibles d'accoucher qui fréquentent l'établissement présentent également une demande de soins en matière d'IVG (interruption volontaire de grossesse) et d'urgences gynécologiques.

**L'activité d'IVG:** elle peut actuellement être entièrement déléguée aux sages-femmes dans les CPP si celles-ci l'acceptent. Les GO et MAR n'auront qu'à prendre en charge les éventuelles complications au niveau du véritable plateau technique le plus proche.

#### **La gestion des urgences gynécologiques:**

Le rapport semble faire abstraction de la réalité de la garde de gynécologie-obstétrique (pour l'obstétricien et son équipe) et de la pathologie gynéco-obstétricale fréquente, d'apparition ou de décompensation inopinée, rapide et potentiellement sévère, susceptible de concerner toutes les femmes en âge de procréer sur le territoire: pratiquer ou recevoir:

**une césarienne en urgence** (sauvetage fœtal ou maternel ou les 2)

**un curetage en urgence pour fausse couche hémorragique**

**une laparotomie d'urgence pour grossesse extra-utérine rompue**

Ces trois gestes fréquents engagent le **pronostic vital de la mère et/ou enfant** et nécessitent la **proximité territoriale d'un bloc opératoire et son équipe car tout retard de prise en charge est délétère.**

Par ailleurs le **chirurgien viscéral sécurise la garde d'obstétrique:** en cas de besoin (urgences concomitantes, difficultés opératoires majeures, complications imprévues) il sera d'un précieux secours.

**Fermer les plateaux techniques dont les blocs opératoires de proximité met en**

**danger les femmes et la population du territoire** (voir ci-dessous les accouchements inopinés).

Il est écrit page 14 du rapport: "*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*"

Il est proposé de restructurer au niveau national l'activité d'accouchements et de réfléchir ensuite "au niveau du territoire" à l'organisation de toutes les activités qui y sont intimement liées et interdépendantes. Nous pensons que l'organisation périnatale doit nécessairement être réfléchie avec celle de la chirurgie et des urgences en général, en tenant compte de la réalité, de l'existant et de la diversité des territoires.

**4.7 Fermetures = allongement des distances et des temps entre domicile et plateau technique d'accouchement + sur-sollicitation des transporteurs + inflation des naissances inopinées hors maternité**

**Les fermetures éventuelles allongent des distances et les délais pour rejoindre un établissement d'accouchement.**

Il est considéré p7 du rapport comme "très acceptables" les nouveaux délais pour rejoindre une maternité, mais le calcul est fait à partir de la maternité d'origine fermée jusqu'à la maternité dite de **regroupement et non le temps réel mis par les patientes depuis leur domicile**, temps déjà actuellement très long en milieu rural.

Il y a donc à craindre **l'inflation des "naissances hors maternité"** non désirées.

Les chercheurs de l'INSERM de Dijon ont réalisé une étude de grande ampleur publiée en 2020 (21) concernant les accouchements inopinés hors maternité qui ont pu être identifiés **sur la France métropolitaine entière en 2012, 2013 et 2014** en utilisant le système de codage hospitaliers PMSI-CIM10 qui repère les séjours des mères hospitalisées immédiatement **après** la naissance (post-partum immédiat) par le **code Z39.0** " Soins et examens immédiatement après l'accouchement" et les séjours des bébés hospitalisés immédiatement après une naissance hors établissement par le code Z38.1 " Enfant unique, né hors d'un hôpital".

1 999 453 singletons nés en métropole en 2012, 2013,2014 ont été inclus parmi lesquels **6733 OMD ("out-of-maternity-delivery") soit 3.0%** dont 6622 BBA (born-before-arrival) et 111 naissances survenues dans un établissement mais en dehors d'une salle de naissance parmi lesquels 41 étaient nés dans un CPP (centre périnatal de proximité).

**Au cours de la période d'étude, a été identifiée une augmentation significative ( $P < 0,001$ ) des taux d'accouchement inopiné hors maternité au fil du temps, de 2,8‰ (2012) à 3,1‰ (2014).**

**Les constatations de cette étude sont très préoccupantes aussi bien du point de vue des mères que des bébés, avec en particulier quatre décès maternels identifiés dans un groupe où la statistique n'en prévoyait aucun.**

Le taux de mortalité maternelle connu en France est d'environ 1/10000 accouchements, dans un groupe de moins de 7000 occurrences on ne devait en théorie ne trouver aucun ou au plus un décès maternel et pas quatre.

Les auteurs font de plus remarquer que seuls les décès hospitaliers ont pu être repérés ce qui ne préjuge pas de la survenue d'événements graves en dehors de l'hôpital.

**La distance du domicile de la patiente à la maternité la plus proche était le principal facteur de risque d'OMD.**

Le risque d'OMD augmentait significativement avec la distance du domicile de la patiente à la maternité la plus proche, comme le montrent les risques relatifs ajustés (aRR) : 1,5 (IC 95 % 1,4–1,6) pour 16–30 km,

2,3 (IC 95 % 2,1–2,6) pour 30 à 45 km

et 3,6 (IC à 95 % 2,9 à 4,4) pendant 46 km ou plus.

Les autres facteurs de risque significatifs étant l'âge maternel supérieur à 40 ans et la naissance prématurée. Les autres facteurs de risque connus d'accouchement inopiné hors maternité (45) à savoir le niveau socio-économique bas, la multiparité, une grossesse non suivie, un antécédent d'accouchement rapide ne sont pas détaillés ou non significatifs dans ce travail.

**Les OMD étaient significativement associés au décès maternel: aRR 6,5 [1,6-26,3]**

98 décès maternels ont été identifiés dans cette étude

dont **4 décès parmi les patientes OMD** : deux hémorragies obstétricales létales, une embolie amniotique et un décès d'origine non obstétricale

**Les OMD étaient significativement associés à tous les événements indésirables néonataux :**

mortinaissance : aRR 3,3 [2,8-3,8]),

décès néonatal : aRR 1,9 [1,2-3,1]),

hospitalisation néonatale : aRR 1,2 [1,1 -1,3]),

hypothermie néonatale : aRR 5,9 [5,2-6,6]) et polycythémie néonatale aRR 4,8 [3,5-6,4]).

Cette étude conforte les études antérieures (peu nombreuses) sur le sujet des accouchements inopinés hors maternité (voir la bibliographie détaillée de la réf. 21).

**La mortalité maternelle est significativement plus élevée en cas d'accouchement inopiné hors maternité.**

**La mortalité et la morbidité néonatales sont significativement plus élevées en cas d'accouchement inopiné hors maternité.**

L'étude dijonnaise 2012-2013-2014 précise que si le risque d'accouchement hors maternité augmente significativement plus on vit loin de la maternité, **en terme d'effectifs les accouchements inopinés se recrutent essentiellement chez des patientes vivant à moins de 15 km d'une maternité: 4216 sur 6733 soit 62.6%**. Il s'agit essentiellement de patientes à bas risque, habitant à moins de 15 km d'une maternité et accouchant à terme. Une thèse référencée dans cet article précise que 23% des patientes ayant subi un OMD avait consulté à la maternité dans les 24 heures qui précèdent et 6.8% avait consulté moins de 6 heures avant la naissance. Ces données laissent présumer que le risque d'accouchement hors maternité n'avait pas été anticipé ou qu'il n'y avait pas de structure ou de lit d'observation pour pré-travail. **En clair si l'éloignement de la maternité est un risque avéré d'accouchement hors maternité, les soins inadéquats sont également en cause.**

Voici exactement ce qu'écrivent les auteurs: *«Les restructurations hospitalières s'accompagnent le plus souvent d'une réduction du nombre de lits. Cette diminution, combinée à une augmentation du nombre d'hospitalisations prénatales et d'admissions non programmables en raison du début aléatoire des accouchements, conduit à une incapacité à fournir des soins adéquats. Le nombre de lits autorisés doit tenir compte du volume des accouchements et du caractère aléatoire de ce type d'admission.»*

Selon le rapport périnatalité académique *"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 8 628 (1,2%) la commune de domicile était située à plus de 45 minutes d'une maternité, et parmi celles-ci 1 932 l'étaient à plus de 60 minutes. (0,3%).*

*La fermeture des maternités de type 1 qui effectuent moins de 1 000 accouchements (Annexes 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 (Annexe 7). 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 6 049 à plus de 60 minutes soit 0,9%."*

Ainsi selon la modélisation proposée, **3% des naissances concerneraient des patientes domiciliées à plus de 45 minutes d'une maternité soit un triplement par rapport à l'existant.** Les temps d'accès dans les régions montagneuses entre autres sont susceptibles de varier en fait très largement et par ailleurs l'arrivée à la maternité ne signifie pas nécessairement prise en charge immédiate lors des pics d'activité de structures déjà saturées selon le rapport lui-même. Il n'est rien dit en effet de la manière dont sont calculés ces temps. Au trajet proprement dit il faut ajouter le temps de décision de partir vers la maternité, en l'absence de véhicule personnel le temps d'arrivée du transporteur au domicile de la parturiente, et à l'arrivée le délai de prise en charge médicale effective par l'équipe de maternité. Les temps annoncés sont très probablement très largement sous-estimés.

**Un certain nombre de zones géographiques difficiles devront nécessairement bénéficier de mesures dérogatoires.**

Les deux schémas *en annexe 6* de la France avant et après le plan de restructuration proposé sont une bonne illustration graphique des problématiques territoriales spécifiques.

Ce rapport évoque la possibilité de *séjours en hôtels hospitaliers* pour 5 jours pris en charge par l'assurance maladie pour les patientes avant l'accouchement, dans les villes où subsisterait encore une maternité. On ne sait prédire avec précision la date des accouchements qui sont possibles n'importe quand dans le 9 ième mois et surtout il est très peu probable que de **telles propositions simplistes déjà formulées dans le cadre de "l-engagement-maternite" en 2022 et bien avant (34)** faisant totalement abstraction de la réalité des contraintes de la vie familiale entre autres, puissent enthousiasmer les futures parturientes.

## **Quid des transporteurs?**

Il faudrait également redimensionner les équipements de transport sanitaire d'urgence et leurs équipes et leur associer des sages-femmes. Certains font déjà des efforts conséquents en ce sens pour pallier aux carences (45). Des difficultés pour ses services de transports d'urgence déjà en forte tension et de leur régulation déjà problématique, sont à craindre.

### **4.8 La natalité rurale serait en baisse? Ce qui justifierait de ne proposer à ces populations que de faire en sorte d'atteindre la grande ville pour y recevoir des soins?**

Selon les données récentes, la fécondité baisse moins dans les grandes métropoles qu'en milieu rural (61). Mais les grandes métropoles françaises comptent un peu moins de 20 millions d'habitants et la population rurale Française représente 33 % de la population et 88 % des communes.

**4.9 La concentration urbaine est une politique du passé.** Elle est contraire au nécessaire changement radical d'orientation des populations du fait de l'évolution de la planète. Si les grandes villes ne sont pas soutenables écologiquement (60), les maternités géantes ne le sont pas davantage et de plus ne correspondent probablement aucunement au souhait de la majorité de la population qui n'a pas été consultée.

**4.10 En effet il n'existe pas de représentation institutionnelle de "la parturiente lambda"** qui souhaite très majoritairement (selon les cliniciens expérimentés que nous sommes) un accouchement sécurisé tout en restant humainement chaleureux et le moins douloureux possible. La génération des "médecins-boomers" qui s'est battue pour la généralisation de l'analgésie péridurale pour toutes les femmes qui le souhaitent et l'a obtenue, encourage cette majorité silencieuse à s'exprimer.

**4.11 La réduction de l'offre de proximité fait craindre également une inflation des accouchements hors maternité délibérément planifiés par les patientes elles-mêmes, avec ou sans assistance, phénomène dont on assiste au développement rapide actuellement.**

**Une importante association de sages femmes pratiquant les accouchements accompagnés à domicile (APAAD) a été fondée en 2019.** Elle publie sur son site internet le rapport d'activité annuelle des 84 sages-femmes qui envoient leurs données. Ces données sont censées être exhaustives et ne le sont pas puisque ce sont environ 120

sages-femmes pratiquant de accouchements à domicile qui sont référencées (69). **Il n'existe aucun recensement actuellement de cette pratique qui est soit accompagnée par une sage-femme, soit parfois même entreprise sans assistance par les couples. Le rapport d'activité 2020 de l'association est très préoccupant (68).** Il est probable que ce phénomène touche actuellement 1 à 2% des accouchements, soient plus de 10000 naissances annuelles en France, il ne peut continuer à être occulté.

## **B Les propositions alternatives**

À la lumière des considérations précédentes, nous faisons une série de propositions.

**1/ Considérer d'abord les territoires** chacun dans sa spécificité et son existant.

Si la complémentarité et collaboration entre les secteurs public, privé mutualiste et privé lucratif doivent être réaffirmées dans chacun de ces territoires, les tutelles ne peuvent ignorer que l'activité d'accouchements et les activités pédiatriques assorties représentent actuellement une activité essentiellement publique ou mutualiste. Il nous paraît très peu probable que le secteur privé lucratif réinvestisse ce domaine. L'état doit accepter qu'il lui incombe de l'organiser au mieux.

**2/ Considérer l'activité gynéco-obstétricale dans sa globalité et ses interactions avec les autres activités** en particulier urgences-réanimation, chirurgie, radiologie, biologie, banque du sang.

**3/ Réaffirmer que tous les efforts doivent être faits pour que les accouchements se déroulent dans une structure médicalisée de proximité appelée maternité.**

**4/ Revoir le financement de ces structures stratégiques** que sont les maternités en proposant un financement équitable en rapport avec les coûts véritablement engagés et les énormes contraintes de personnels et contraintes juridiques de ces activités à très haut risque médico-légal.

**5/ Proposer une planification sincère et efficiente de la périnatalité et la pédagogie qui va avec, en reformant le fonctionnement des réseaux en périnatalité.**

**6/ Les maternités de niveau 1 ou 2 de proximité devraient rester le socle de l'organisation et du maillage territorial de la France en proposant une équipe d'assistance à l'accouchement, complète, accessible en moins de trente minutes,**

**pour toutes. Leur attractivité sera renforcée par le changement radical du fonctionnement des réseaux.**

Les maternités 3 et 2 déjà très actives, plutôt que d'augmenter leur activité, devraient orienter les bas-risques vers la maternité 1 la plus proche de la même manière que les maternités 1 orienteraient les grossesses à risques vers le niveau supérieur quand la pathologie se confirme au cours de l'évolution. **La pédagogie vis-à-vis des patientes**, leur expliquant le fonctionnement du réseau et la finalité des différentes structures, est indispensable. Si on explique à la patiente « à bas-risque » qu'elle sera accueillie chaleureusement dans la maternité 1 à taille humaine, et que si la situation le justifie elle sera accueillie par la maternité de niveau adéquat avec lequel la maternité 1 est en réseau: les femmes iront volontiers dans ces structures «physiologiques». Il est indispensable que les pédiatres qui assurent la garde à la maternité de niveau 1 bénéficient d'un bon niveau de compétence en néonatalogie: à charge pour les niveaux 2 et 3 d'y contribuer en facilitant l'acquisition et le maintien de ces compétences.

**Les "structures physiologiques " évoquées par les académiciens existent déjà: ce sont les maternités de niveau 1.**

La structure de niveau 1 devrait être le poumon de décompression des structures 2 et 3 déjà surchargées quand la géographie le permet. Par ailleurs l'assouplissement de leur fonctionnement permettrait plus souvent qu'actuellement aux sages-femmes libérales de venir y accoucher leurs patientes en sécurité, sous réserve de la signature de conventions appropriées et de chartes de bonne interaction avec les équipes en place.

Quid de ces gardes dans ces énormes structures avec deux seniors de garde quand survient une pathologie grave, qui est vraiment le chef? Qui est responsable de quoi?

**La mutualisation au moins partielle des équipes** médicales et soignantes des niveaux 2 et 3 vers les niveaux 1 serait très profitable au fonctionnement des réseaux de périnatalité. Bien expliquée et bien comprise, elle sera volontiers acceptée. La rotation consentie des personnels dans les structures du réseau permet en outre d'actualiser leurs connaissances, d'homogénéiser et enrichir leurs pratiques.

On ne peut améliorer le système du jour au lendemain et il est trop évolutif pour que les personnels y soient figés: **la participation des médecins contractuels** qui a toujours existé en médecine comme dans d'autres secteurs, est indispensable. Il est préférable de dire merci à ces personnels, comme aux titulaires, plutôt que de les diaboliser.

**La remédicalisation raisonnée des maternités de niveau 1/2** redonnera aux jeunes GO

le goût d'y travailler. La chaleur d'une équipe et d'une structure de taille adaptée aux besoins de la population environnante, gérée de manière plus centrée sur les soins, moins administrative et moins hiérarchique, redonnera le goût aux jeunes sages-femmes de rejoindre ces structures, abandonnant une carrière libérale solitaire qui ruine leur épanouissement personnel, et redonnera le goût aux jeunes femmes de venir y mettre au monde leur enfant.

Cette conception tout à fait innovante des réseaux renforcera l'attractivité du métier en limitant l'émergence de structures énormes et en désenclavant les petites structures, d'autant qu'un certain nombre de bonus financiers seront proposés à l'exercice «multi-site» éventuel.

**7/ Limiter l'extension infinie des maternités de grande taille, source de déséconomies d'échelle et contraire aux évolutions sociétales et planétaires.**

**8/ Repenser le rôle des sages-femmes, des obstétriciens et leurs interactions.**

L'extension indéfinie des prérogatives des sages-femmes est néfaste, à commencer pour elles-mêmes, l'accouchement est un moment fondamental de la vie qu'une sage-femme ne doit pas gérer seule avec le couple loin de tout, c'est l'environnement immédiat d'une équipe solide et solidaire qui permettra d'aider au mieux la femme et l'enfant. Même si «on peut le faire», si «on le fait ailleurs», **la France est un pays suffisamment riche pour offrir à toutes les mères et les bébés à naître un accueil en maternité.** Il est tout à fait possible d'accoucher très simplement et naturellement dans les murs de la maternité: les parents et toute l'équipe en seront enchantés.

Il ne s'agit pas de coûts, il s'agit d'investissement. Il s'agit de notre avenir.

**9/ Repenser le rôle de l'administration** qui ne devrait pas continuer à diriger autoritairement les soignants: on malmène les soignants par une politique autoritaire du chiffre et une dépossession de toute autonomie professionnelle, ceux-ci se découragent, on déplore alors une «pénurie de personnel» et on renforce les mesures autoritaires. Il est urgent d'interrompre ce cercle vicieux.

## **EN CONCLUSION**

À l'issue de cette analyse, il apparaît qu'il y a donc absolue nécessité à revoir l'organisation périnatale, nous en sommes parfaitement d'accord avec l'Académie de Médecine.

### **Il nous apparaît que deux orientations diamétralement opposées se dessinent.**

1 Le projet centralisé préconisé par les académiciens de poursuite du plan de fusion-concentration des établissements allant à court terme vers la disparition des maternités de proximité de niveau 1 et proposant à toutes les femmes une structure centrale sophistiquée et les moyens techniques de la rejoindre.

2 Le projet décentralisé et démocratique que nous proposons dont les maternités 1/2 de proximité restent les piliers.

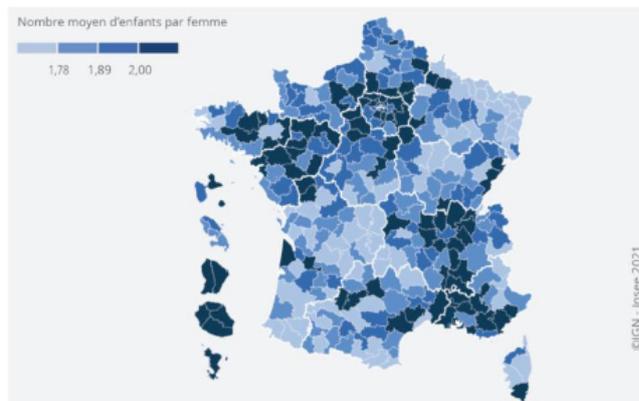
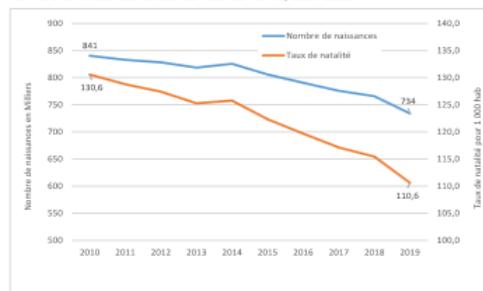
**Trop de problèmes étant insuffisamment étudiés et non résolus à ce jour, un moratoire sur les fermetures des maternités de proximité nous paraît souhaitable sans délai ainsi que de permettre aux établissements, à titre dérogatoire pendant la durée de ce moratoire, de conclure les contrats leur permettant d'assurer la continuité des soins en particulier cet été 2023.**

Ce temps d'étude et de réflexion permettra de pratiquer les études économétriques indépendantes coûts- bénéfices comparant les deux alternatives, ainsi que de consulter les acteurs et usagers de manière à réorienter la politique périnatale dans la bonne direction.

Attignéville, mai 2023, Premiers signataires: Dr F.Pfeiffer, Dr D. Henry, Dr J.Tisserand, Dr A.L.Traore, Dr M. Juchereau, Dr P. Bismuth, Dr J. Legroux, Dr H. Pichon, Dr C.Venet, Dr B.Soler, Dr M.H Soulier, Dr Sachot-Poncin, SF S.Metay, SF C. Leroy, SF G. Richard  
contact : chocs9cube@yahoo.fr

**Annexe 1. Évolution de la fécondité et de la natalité en France (Source :Enquête Nationale Périnatale (3))**

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



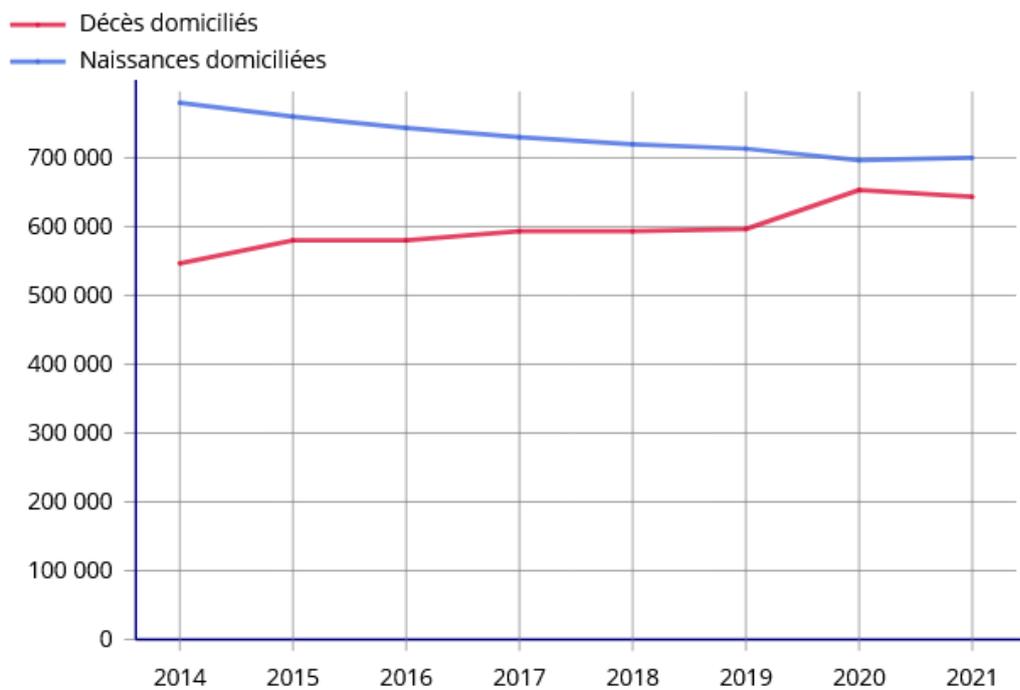
Source : « La fécondité baisse moins dans les grandes métropoles », Insee Première (février 2021)

**Annexe2 Naissances et décès domiciliés en France métropolitaine 2014 à 2021**

**RFD G1 - Naissances et décès domiciliés**

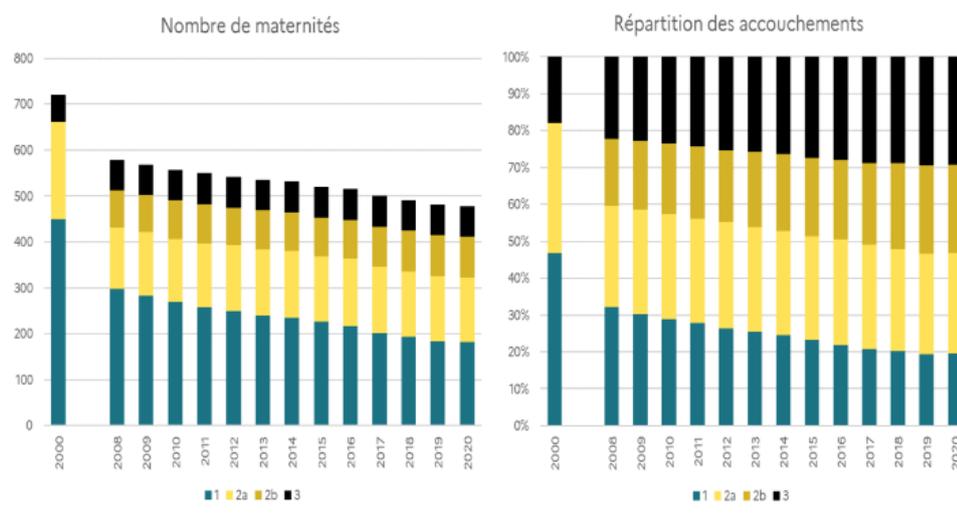
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Décès domiciliés	545 028	579 464	578 890	591 371	594 298	597 134	652 818	642 392
Naissances domiciliées	779 278	758 344	742 689	728 100	717 795	712 204	695 332	700 679

**RFD G1 - Naissances et décès domiciliés**

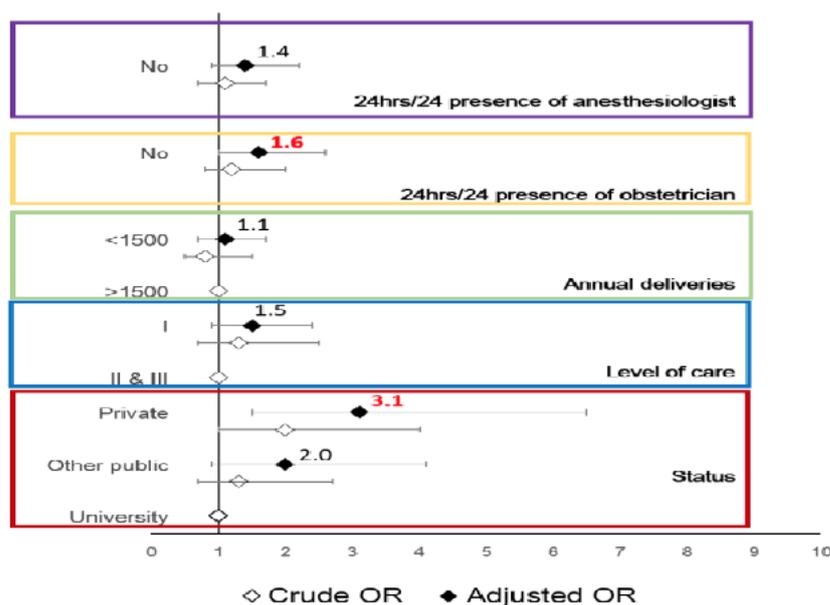


Source : Insee, statistiques de l'état civil en géographie au 01/01/2022.

**Annexe 3.** Concentration des maternités en France depuis 20 ans, au détriment des maternités de type I (Source : Enquête Nationale Périnatale (3))

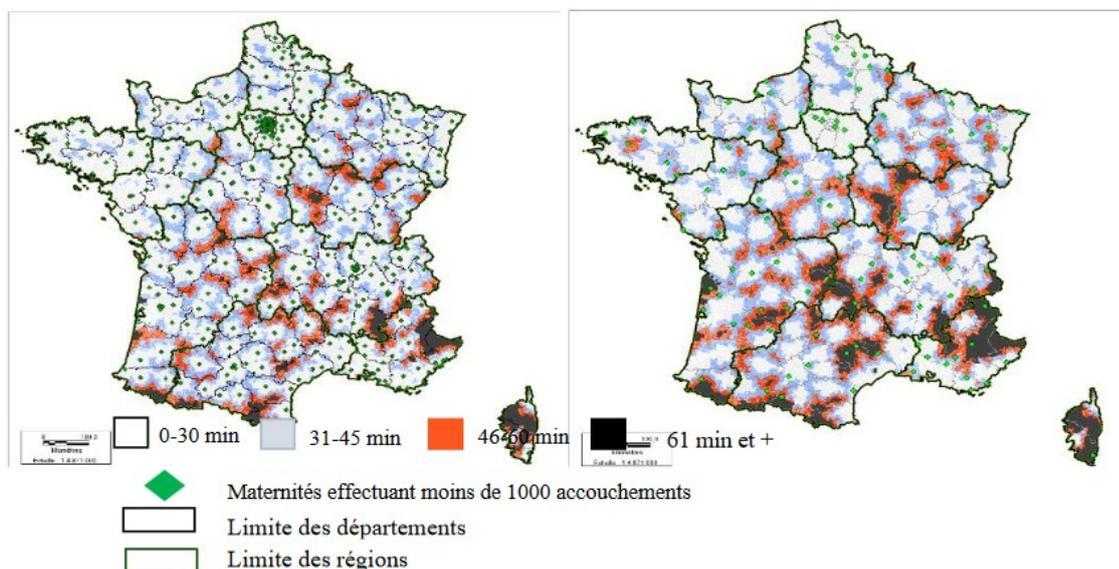


**Annexe 4.** Mortalité maternelle du *peripartum* selon les caractéristiques de la maternité d'accouchement après prise en compte des caractéristiques individuelles

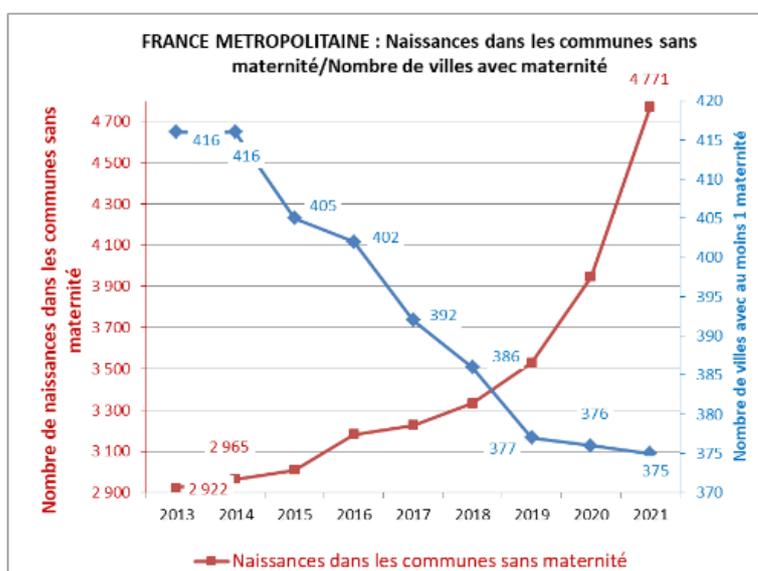


Source : Catherine Deneux-Tharaux Mortalité et near-misses maternels selon les caractéristiques des maternités, Enquête EPOPEE, Inserm U1153(21) \*Ajustement : âge, nationalité, vit en couple, IMC, antécédents médicaux notables, , parité, atcdt d'HPP, atcdt d'HTAG, utérus cicatriciel, FIV, hospitalisation durant la grossesse, grossesse multiple, terme d'accouchement, mode d'accouchement,

**Annexe 6.** Simulation du regroupement des maternités de type 1 effectuant moins de 1000 accouchements avec les maternités de type 2 & 3 les plus proche (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 & C. Quantin, DIM CHU de Dijon et CSP-Inserm Paris-Saclay)



**Annexe 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. Combiér & C. Quantin, DIM CHU de Dijon et CSP-Inserm Paris-Saclay)



## Références

1. <https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2023/03/RAPPORT-planification-de-la-périnatalité-.pdf>
2. Cour des comptes Rapport public annuel 2013 – février 2013  
[https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/2\\_1\\_2\\_restructurations\\_hospitalieres.pdf](https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/2_1_2_restructurations_hospitalieres.pdf)
3. <https://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/article/financement-des-etablissements-de-sante>
4. rapport J-M Aubert 2018 (DREES)  
[https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_financement\\_et\\_regulation.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_financement_et_regulation.pdf)
5. rapport Sénat 2015  
<https://www.senat.fr/rap/r14-243/r14-2431.pdf>
6. [https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/L\\_hopital\\_-\\_Rapport\\_IGAS\\_2012.pdf](https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/L_hopital_-_Rapport_IGAS_2012.pdf)
7. ***Delivery Hospital Characteristics and Postpartum Maternal Mortality: A National Case–Control Study in France*** Saucedo, Monica MD, PhD<sup>\*</sup>; Bouvier-Colle, Marie-Hélène PhD<sup>\*</sup>; Blondel, Béatrice PhD<sup>\*</sup>; Bonnet, Marie-Pierre MD, PhD<sup>\*†</sup>; Deneux-Tharaux, Catherine MD, PhD<sup>\*</sup>; for the ENCM Study Group Anesthesia & Analgesia [130\(1\):p 52-62, January 2020. https://journals.lww.com/anesthesia-analgesia/fulltext/2020/01000/delivery\\_hospital\\_characteristics\\_and\\_postpartum.9.aspx](https://journals.lww.com/anesthesia-analgesia/fulltext/2020/01000/delivery_hospital_characteristics_and_postpartum.9.aspx)
8. **Enquête nationale confidentielle sur la mortalité maternelle 2013-2015 Rapport de janvier 2021**  
<https://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2021/01/Rapport-mortalite-maternelle-2013-2015.pdf>
9. Rapport concernant l'enquête nationale périnatale 2021 (ENP 2021) parution octobre 2022. <https://enp.inserm.fr/wp-content/uploads/2022/10/rapport-2022-v5.pdf>
10. The Lancet Regional Health – Europe 2022;16: 100339 Published online 1 March 2022 <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2022.100339> *Recent historic increase of infant mortality in France: A time-series analysis, 2001 to 2019* Nhung T.H. Trinh Collaborateurs,
11. La santé périnatale en France métropolitaine de 1995 à 2010. Résultats des enquêtes nationales périnatales - *Blondel JGOBR 2012 41 p151*  
<https://www.hal.inserm.fr/inserm-00665593>
12. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/demographie-des-professionnels-de-sante>
13. rapport cour des comptes 2018

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/le-recours-aux-marches-publics-de-consultants-par-les-etablissements-publics-de-sante>

14. <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/les-personnels-des-etablissements-publics-de-sante>

15 rapport Cour des Comptes 2015 Les maternités  
<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/les-maternites>

16. <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-dette-des-etablissements-publics-de-sante> (2014)

17. [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/GUIDE\\_CAHA\\_BOS\\_2011-3.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/GUIDE_CAHA_BOS_2011-3.pdf)

18 <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/les-groupements-hospitaliers-de-territoire>  
Les Groupements Hospitalier de Territoire.

19. [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-07/Fiche\\_21\\_-\\_La\\_naissance\\_-\\_les\\_maternites.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-07/Fiche_21_-_La_naissance_-_les_maternites.pdf)

20 <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/er021.pdf>

21. naissances hors établissement. *Out-of-maternity deliveries in France: A nationwide population-based study* Combier E, Roussot A, Chabernaude JL, Cottenet J, Rozenberg P, Quantin C. *Out-of-maternity deliveries in France: A nationwide population-based study*. PLoS One. 2020 Feb 24;15(2):e0228785. doi: 10.1371/journal.pone.0228785. PMID: 32092074; PMCID: PMC7039464. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7039464/pdf/pone.0228785.pdf>

22. [http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2018%252FCNGOF-RH-activites-non-prog-GO\\_2018-FINAL3.pdf&i=24553](http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2018%252FCNGOF-RH-activites-non-prog-GO_2018-FINAL3.pdf&i=24553)

23. [https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2019/09/DP-FERMETURE-def-19\\_09\\_19.pdf](https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2019/09/DP-FERMETURE-def-19_09_19.pdf)

24. ouverture en 2012 de la nouvelle maternité COCHIN/PORT ROYAL à Paris et de celle du SUD FRANCILIEN à Corbeil Essonnes (91) <https://www.batiactu.com/edito/nouvelle-maternite-parisienne-berceau-lumiere-diaporama-31345.php>

25. <https://www.lemoniteur.fr/article/hopital-sud-francilien-une-inauguration-manquee-pour-un-. Ppp-rate.673224>
26. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_547976/fr/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees](https://www.has-sante.fr/jcms/c_547976/fr/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees)
27. Décret n°98-800 du 9 octobre 1998 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000756322/>
28. ANESF. Enquête Bien être des étudiants SF. 2018. <https://anesf.com/3d-flip-book/dossier-de-presse-enquete-bien-etre-des-etudiant-e-s-sages-femmes-2018/>
29. Rapport sur la santé au travail des sages-femmes. 2020. <https://www.cnsf.asso.fr/pratiques-professionnelles/rapport-sur-la-sante-au-travail-des-sages-femmes-en-france-2020-2021/>
30. « Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutiques », Dossier de la Drees n°79. DREES; 2021. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/quelle-demographie-recente-et-venir-pour-les-professions>
31. Recommandation pour les pratiques professionnelles SFAR / CARO: Organisation de l'Anesthésie-Réanimation Obstétricale. 2014. [https://sfar.org/wp-content/uploads/2016/02/RPOrgaARO\\_definitive\\_28012016.pdf](https://sfar.org/wp-content/uploads/2016/02/RPOrgaARO_definitive_28012016.pdf)
- 32 L'avenir incertain des centres périnataux de proximité <http://emiliegillet.fr/wp-content/uploads/2016/03/PSF222-PRATIQUES.pdf>
- 33 LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé <https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000038124322/>
- 34 <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/article/l-engagement-maternite>
35. Dépense courante de santé dans l'Union européenne | Insee [Internet]. [cité 21 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5347718>
36. 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.
37. Inserm. Prématurité – ces bébés qui arrivent trop tôt <https://www.inserm.fr/dossier/prematurite/>. Inserm; 2022.
38. Ouadghiri A. Thèse: Etat réel des structures. Enquête nationale réalisée par la commission en 2021. Université de Bordeaux; 2021.
39. La pratique infirmière de niveau avancé en soins néonataux. Paediatr Child Health.

2000;183-7.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2817779/>

40. 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.* bmjqs-2016-005567. 2016;

41. CPP Décret 2005-840 du 20 juillet 2005 Article R6123-50 Code de la santé publique. [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000022068722](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000022068722)

42. Décret no 2015-937 du 30 juillet 2015 relatif aux conditions de l'expérimentation des maisons de naissance. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000030959185>

43. Décret n° 2021-1526 du 26 novembre 2021 relatif aux maisons de naissance. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044376702>

44. 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](http://www.ccomptes.fr) 50.

45 mémoire SF 2019 accouchements inopinés <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01942226/document>

46. Choné P. Tarification à l'activité et concurrence non tarifaire, [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/panorama2013\\_dossier03.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/panorama2013_dossier03.pdf).

47. La loi HPST, les clefs pour comprendre. ANAP 2009. [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/vademecum\\_loi\\_HPST.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/vademecum_loi_HPST.pdf).

48. 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>.

49. [https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/708\\_bases-statistiques-sae/information/](https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/708_bases-statistiques-sae/information/)

50. Capacitaire en soins critiques néonatal dans les centres périnataux de type III [https://www.societe-francaise-neonatalogie.com/\\_files/ugd/d8ff38\\_0db633f6975f4c0ca91e78419065805f.pdf](https://www.societe-francaise-neonatalogie.com/_files/ugd/d8ff38_0db633f6975f4c0ca91e78419065805f.pdf)

51. Circulaire DHOS/O1/2006/273 du 21 juin 2006 relative à l'organisation des transports périnataux des mères. [https://www.reseau-naissance.fr/medias/2017/08/2006\\_0621-MinSante\\_circ-transports\\_maternels\\_in\\_utero.pdf](https://www.reseau-naissance.fr/medias/2017/08/2006_0621-MinSante_circ-transports_maternels_in_utero.pdf)

52. Bilan démographique 2018. Insee première, n° 1730, janvier 2019. Insee; 2019.

53. *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital.* A.M. Arborio Economica 2012

54. mortalité périnatale <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/ER1199.pdf>

- 55 [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/accouchement\\_normal\\_-\\_recommandations.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/accouchement_normal_-_recommandations.pdf)
56. Convention n°19DPPA009-0. Prévention de l'insécurité maternelle. Rapport de l'action soutenue par Santé Publique France. 2021.
57. Ministère de la santé et des solidarités. Les 1000 premiers jours: Là où tout commence. 2020.
58. ANIPDE. Livre blanc de l'association nationale des infirmières puéricultrices diplômées d'état. pour l'évolution de la spécialité. 2022.
59. FEDORU. Bilan d'activités des urgences sur le territoire français en 2018. 2020.
- 60 Les grandes villes ne sont pas écologiquement soutenables à terme  
<https://www.latribune.fr/opinions/tribunes/les-grandes-villes-ne-sont-pas-soutenables-ecologiquement-855658.html>
- 61 Disparité de la fécondité en France <https://journals.openedition.org/eps/5258>
- 62 Prado: programme de retour à domicile  
<https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/services-patients/prado>
- 63 "Accouchement ambulatoire"  
[http://www.cegorif.fr/congres/federation\\_cercles\\_2013/PDF/Obstetrique\\_ambulatoire.pdf](http://www.cegorif.fr/congres/federation_cercles_2013/PDF/Obstetrique_ambulatoire.pdf)
- 64 CIANE <https://ciane.net/>
- 65 <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=METRO-1#chiffre-cle-7>
- 66 [https://www.lemonde.fr/idees/article/2023/03/18/supprimer-111-maternites-c-est-organiser-une-desertification-de-l-offre-proposee-aux-femmes-enceintes\\_6166033\\_3232.html](https://www.lemonde.fr/idees/article/2023/03/18/supprimer-111-maternites-c-est-organiser-une-desertification-de-l-offre-proposee-aux-femmes-enceintes_6166033_3232.html)
- 67 [https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2022/06/17/l-accouchement-a-domicile-est-il-autorise-et-dans-quelles-conditions\\_6130842\\_4355770.html](https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2022/06/17/l-accouchement-a-domicile-est-il-autorise-et-dans-quelles-conditions_6130842_4355770.html)
- 68 association APAAD  
<https://static1.squarespace.com/static/63d8f8142401b12136336200/t/640705b9be5f34469c3dd283/1679403675878/Rapport-AAD-2020.pdf>
- 69 liste des sages femmes pratiquant des accouchements à domicile  
<https://apaad.fr/liste-sf-aad>
- 70 Code couleur pour les césariennes <https://ageps.aphp.fr/wp-content/blogs.dir/179/files/2015/11/A-02-Codes-couleur-des-césariennes.pdf>