

# La politique de périnatalité

---

## PRESENTATION

---

*La périnatalité englobe l'ensemble des prestations et actes médicaux relatifs à la grossesse, à l'accouchement et aux premiers jours de la vie des nouveau-nés. On a dénombré en France 764 700 naissances<sup>110</sup> en 2004, en reprise sensible par rapport au point bas de 1994 (710 993 naissances).*

*Ce domaine est doté, depuis des décennies, d'indicateurs de résultats qui permettent à la fois de suivre des objectifs précis et d'effectuer des comparaisons internationales. De plus, il a fait l'objet de plans publics successifs, traduisant en sa faveur un engagement politique de long terme.*

*La mise en œuvre de ces plans a rencontré de nombreux obstacles. La prévention relève d'acteurs qui ne coordonnent pas suffisamment leurs actions : Etat, collectivités locales, caisses d'assurance maladie. De plus, toute politique en faveur de la périnatalité suppose une action sur la structure de l'offre de soins. Cette préoccupation se heurte souvent à d'autres contraintes en matière d'aménagement du territoire ou de maintien de services de proximité.*

---

## I - Le constat sanitaire

Depuis 1960, les performances de la France, mesurées par les indicateurs périnataux, se sont améliorées, tout en restant moyennes comparées à celles des autres pays développés.

Cette amélioration a en outre été irrégulière, chaque période de stagnation conduisant les pouvoirs publics à élaborer un plan périnatalité.

---

110) Données INSEE France métropolitaine, provisoires pour 2004.

## A - Une amélioration irrégulière de la situation en France depuis 1960

Les indicateurs périnataux se sont sensiblement améliorés, en France comme dans les autres pays développés, au cours des quarante dernières années.

### Définition des principaux indicateurs

- \* taux de mortalité infantile : nombre d'enfants qui meurent entre la naissance et un an pour 1 000 naissances vivantes ;
- \* taux de mortalité néonatale : nombre d'enfants qui meurent entre la naissance et 27 jours révolus pour 1 000 naissances vivantes ;
- \* taux de mortinatalité : nombre de morts fœtales, après la 28<sup>ème</sup> semaine jusqu'en 2001, après la 22<sup>ème</sup> depuis 2002 ;
- \* taux de mortalité périnatale : nombre de morts nés plus nombre de décès entre zéro et sept jours pour 1 000 naissances totales ;
- \* taux de mortalité maternelle : nombre de décès pour 100 000 naissances, pendant la grossesse ou les 42 jours suivant sa fin.

L'amélioration, assez lente dans les années 1960, s'est accélérée de 1970 à 1980 sur fond de diminution continue du nombre de naissances et d'accroissement des niveaux de vie et d'éducation. Elle s'est de nouveau ralentie dans les années 1980 et au début des années 1990, ce qui conduira les pouvoirs publics à élaborer un nouveau plan périnatal pour les années 1995-2000, publié en avril 1994. Les indicateurs se sont dans un premier temps à nouveau améliorés ; la stagnation observée de 1999 à 2002 a conduit à l'élaboration d'un nouveau plan pour les années 2005-2007, publié en novembre 2004.

### L'évolution en France métropolitaine depuis 1960.

Indicateurs périnatalité	1960	1970	1980	1990	2000	2002
Mortalité infantile	29,0	21,0	10,0	7,3	4,6	4,1
Mortalité néonatale	18,0	13,0	5,8	3,6	2,8	2,7
Mortinatalité	17,0	13,0	8,6	5,9	4,6	8,2*
Mortalité périnatale	33,0	25,0	12,9	8,3	6,7	10,0*
Mortalité maternelle	nd	28,2	12,9	10,4**	9,0	9,0

\*le changement de définition pour les mort-nés à partir de 2002 explique l'augmentation des chiffres.

\*\*pour une estimation corrigée plus tard à 13-14 pour cent mille.

Source : OCDE et INSEE, citée par le haut comité de la santé publique

## B - Des comparaisons internationales moins favorables

La situation de notre pays se compare à celle de trois groupes de pays : d'abord nos quatre principaux voisins, l'Allemagne, le Royaume-Uni, l'Italie et l'Espagne, aux caractéristiques générales les plus proches des nôtres ; ensuite, les pays européens les plus avancés, de longue date, en matière périnatale, la Suède et la Finlande ; et enfin les Etats-Unis et le Japon, c'est-à-dire les deux plus grands pays développés hors d'Europe.

Les tableaux suivants montrent, sur l'ensemble de la période, des résultats assez comparables à ceux des pays les plus proches (Allemagne, Royaume-Uni, Italie, Espagne) et le maintien d'un écart important par rapport aux pays de tête (Suède, Finlande, Japon). En outre, notre pays connaît une déficience marquée en matière de décès maternels.

Au sein de ce qui deviendra l'Union européenne à 15, la France se situait en 1990 selon les derniers chiffres connus pour l'ensemble des pays lors de la préparation du plan 1995-2000, à la deuxième place pour la mortalité néonatale, la 5ème pour la mortalité infantile, mais à la huitième seulement pour la mortalité périnatale et la 12<sup>ème</sup> pour la mortalité maternelle. Toujours en 1990, ces indicateurs plaçaient la France au troisième rang des pays de l'OCDE pour la mortalité néonatale, mais au 13<sup>ème</sup> seulement pour les mortalités infantile et périnatale.

### Mortalité infantile

	1970	1980	1990	2000	2002
France	21,0	10,0	7,3	4,6	4,1
Allemagne	22,5	12,4	7,0	4,4	4,3
Royaume-Uni	18,5	12,1	7,9	5,6	5,3
Italie	29,6	14,6	8,2	4,5	4,7
Espagne	28,1	12,3	7,6	3,9	3,4
Suède	11,0	6,9	6,0	3,4	2,8
Finlande	13,2	7,6	5,6	3,8	3,0
Etats-Unis	20,0	12,6	9,2	6,9	nd
Japon	13,1	7,5	4,6	3,2	3,0

Source : OCDE.

**Mortalité périnatale**

	1970	1980	1990	2000	2001
France	25,0	12,9	8,3	6,7	6,9
Allemagne	25,3	12,1	6,3	6,1	nd
Royaume-Uni	23,7	13,4	8,1	6,9	6,7
Italie	31,2	17,8	10,5	5,8	nd
Espagne	31,1	14,4	7,6	5,5	5,6
Suède	16,4	8,7	6,5	5,6	5,7
Finlande	17,0	8,4	6,2	4,4	4,3
Etats-Unis	23,0	13,2	9,1	7,0	6,9
Japon	21,3	11,6	5,7	3,8	3,6

Source : OCDE.

Les évolutions observées depuis 1990 dans les différents pays ont été plutôt meilleures qu'en France : de grands progrès ont été enregistrés par l'Espagne et par l'Italie. Toutefois, l'amélioration des indicateurs de ces deux derniers pays se produit sur fond de baisse persistante du nombre de naissances en valeur absolue et du nombre d'enfants par femme. De 1990 à 2000, l'indice de fécondité est ainsi passé de 1,36 à 1,24 en Espagne et de 1,33 à 1,23 en Italie, contre une progression en France de 1,78 à 1,89.

**Indicateur conjoncturel de fécondité**

(nombre de naissances par femme)

	1970	1980	1990	2000
France	2,47	1,95	1,78	1,89
Allemagne	2,03	1,56	1,45	1,36
Royaume-Uni	2,43	1,90	1,83	1,65
Italie	2,42	1,64	1,33	1,23
Espagne	2,90	2,20	1,36	1,24
Suède	1,92	1,68	2,13	1,54
Finlande	1,83	1,63	1,78	1,73

Source : Eurostat.

D'autres facteurs comme le taux d'emploi ou l'âge moyen des femmes lorsqu'elles accouchent peuvent expliquer ces variations.

Les performances des pays les mieux placés en Europe et dans le monde, la Suède, la Finlande et le Japon, ont continué à s'améliorer après 1990. Notre retard, relativement stable à l'égard de la Suède, s'est creusé par rapport à la Finlande, dont le taux de fécondité est, comme le nôtre, supérieur à la moyenne européenne.

La situation moyenne de la France en matière périnatale contraste avec sa situation sanitaire d'ensemble que l'Organisation mondiale de la santé place au tout premier rang pour ses performances globales. Les indicateurs relatifs à l'espérance de vie soulignent également la bonne performance sanitaire de notre pays, y compris par rapport à des pays comme la Suède ou la Finlande.

## **II - Sécuriser la naissance**

L'objectif des plans successifs a été d'accroître la sécurité de la mère et de l'enfant lors de la naissance par le recours à des normes précises de fonctionnement et par une restructuration importante de l'offre obstétrico-pédiatrique.

### **A - L'objectif des politiques de périnatalité**

De 1970 à aujourd'hui, trois plans consacrés à la périnatalité ont été mis en œuvre.

#### **1 - Des plans périnatalité successifs**

##### *a) Le plan 1970-1976*

Ce plan comporte deux axes : d'une part, la prévention stricto sensu, avec le passage à quatre consultations obligatoires à des périodes clés de la grossesse ; d'autre part, la sécurisation de la naissance avec trois principales mesures (le renforcement des moyens techniques adéquats dans les maternités, notamment pour réanimer les nouveau-nés, la formation des professionnels et surtout la disponibilité immédiate de ces derniers). Le niveau d'exigence est plus fort envers les cliniques privées qu'envers les hôpitaux publics.

Les années 1970 seront marquées également par la mise en œuvre des dépistages obligatoires de la toxoplasmose, de la rubéole, de l'iso-immunisation foeto-maternelle et par la prise en charge à 100 % des frais médicaux de la femme enceinte dès le 6<sup>ème</sup> mois.

*b) Le plan 1995-2000*

Un rapport du haut comité de la santé publique (HCSP), paru en 1994, recommande, en cas de risques prévisibles et en l'absence de structures de soins adaptées, le transfert de la mère avant l'accouchement vers des centres obstétricaux comportant un service de néonatalogie, de façon à réduire la mortalité périnatale et la fréquence des handicaps. Le HCSP propose aussi de garantir la sécurité à la naissance en rendant obligatoire des normes de personnel, de locaux et d'équipement applicables dans les maternités publiques et privées.

Le plan périnatalité reprend en seize points les recommandations du rapport du HCSP, dont celle de sécurisation de l'accouchement qui apparaît prioritaire, et fixe quatre grands objectifs :

1. diminuer la mortalité maternelle de 30 % (par rapport à un taux estimé de 13,9 décès pour cent mille naissances) ;
2. abaisser la mortalité périnatale de 18 % (passage de 8,2 à 6,7 pour mille) ;
3. réduire l'hypotrophie (poids trop faible de l'enfant au regard du nombre de semaines de grossesse et inférieur à 2 500 g à la naissance) de 25 %, à partir d'un taux de 5,7 % des naissances, pour atteindre 4,3 % en 1999 (le HCSP, qui avait souligné l'importance de cet indicateur pour la mortalité périnatale et son association fréquente avec la prématurité, avait proposé 4 %) ;
4. réduire de moitié (soit de 1 à 0,5 %) le nombre de femmes peu ou pas suivies pendant la grossesse (moins de trois consultations prénatales, selon la définition retenue en 1994).

Un cinquième grand objectif sera ultérieurement ajouté : prévenir la mort subite du nourrisson et diminuer les décès correspondants de 35 %.

Les mesures retenues portent tant sur des actions de prévention que sur des aspects plus structurels, en particulier le renforcement des normes relatives aux maternités qui seront précisées par des décrets de 1998.

En réalité, au-delà de l'apparent équilibre entre ces deux axes, le plan de 1995-2000 privilégie la sécurisation de l'accouchement par la restructuration des maternités et, concrètement, la fermeture des plus petites d'entre elles (moins de 300 accouchements) sous l'effet de normes renforcées. Les petites maternités sont considérées comme dangereuses du fait du nombre trop faible d'accouchements pratiqués par les équipes médicales et de l'insuffisance de leurs équipements en cas de problème pour la mère ou l'enfant. Les deux mesures les plus importantes de ce plan sont l'élaboration de normes minimales de sécurité et la création des

réseaux de soins gradués et coordonnés, qui visent à orienter chaque parturiente vers l'établissement adapté au niveau de soins requis.

Parallèlement, le volet prévention de ce plan sera négligé. Pourtant, les deux principaux problèmes -décès maternels et mortalité périnatale- constituant les deux premiers objectifs affichés, relèvent tout autant du suivi de la grossesse que de la sécurisation de l'accouchement.

### *c) Le plan 2005-2007*

Le dernier plan a été présenté en novembre 2004, peu après l'adoption de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique qui fixe des objectifs dans ce domaine. Couvrant les années 2005-2007, il présente trois caractéristiques principales.

Il reprend deux des objectifs fixés pour l'année 2008 par la loi du 9 août 2004 : réduire la mortalité périnatale au taux de 5,5 pour mille, soit une baisse de 15 % environ par rapport à 2001 (6,5 pour mille) ; réduire la mortalité maternelle au taux de 5 pour cent mille, soit une baisse de 40 % environ par rapport à 2001.

On note l'absence d'objectifs en termes de taux pour l'hypotrophie d'une part, la mortalité infantile, d'autre part, pour laquelle notre situation reste éloignée de celle de la Suède ou de la Finlande. En outre, les deux objectifs retenus ne sont pas exempts de critiques. Pour ce qui concerne la mortalité périnatale, l'objectif pour 2008 est exprimé sur la base de la définition utilisée jusqu'en 2001 en la matière, et non de celle qui a été retenue à partir de 2002, alors même que ce nouvel indicateur risque d'évoluer moins favorablement que le précédent. Il paraît en outre peu ambitieux, visant seulement pour 2008 le résultat atteint par l'Espagne dès 2001, sur la base de la définition alors en usage. Pour ce qui concerne la mortalité maternelle, le comité national d'experts sur la mortalité maternelle avait préconisé, face à la variabilité potentielle de ce taux, de fixer un autre objectif : être en situation de vérifier a posteriori qu'aucun décès maternel intervenu n'était évitable.

Le plan prévoit la mise aux normes des maternités au plus tard fin 2006. Il met toutefois l'accent sur la nécessité de compléter cette mise aux normes par un renforcement de la proximité. Trois axes sont notamment identifiés à cette fin : le développement des réseaux de proximité ville-protection maternelle et infantile PMI-hôpital, sous le pilotage des ARH, en amont et en aval des réseaux inter-établissements ; l'extension du rôle des centres périnataux de proximité (CPP), permettant de maintenir, après la fermeture de petites maternités, un suivi du pré- et du post-partum de proximité ; l'amélioration de la communication et le partage d'information des acteurs autour de la protection maternelle et infantile (PMI).

Il prévoit en outre plusieurs mesures dans le champ de la prévention, ce qui constitue en apparence un rééquilibrage par rapport au plan précédent. Il inclut notamment deux mesures de portée générale, d'une part, l'instauration de l'entretien du 4<sup>ème</sup> mois afin d'améliorer l'information sur la grossesse et l'accouchement et de favoriser la détection des situations difficiles, d'autre part, comme cela avait déjà été prévu en 1994 sans que cela soit suivi d'effet, la refonte du carnet de santé de maternité. Il comporte également des mesures plus ciblées en termes de renforcement du soutien aux femmes en situation de précarité, notamment les femmes étrangères et de prise en charge tant des nouveau-nés susceptibles de développer un handicap que de leurs parents.

Ce nouveau plan a été élaboré avant la publication des résultats de l'enquête nationale périnatale 2003 (mars 2005). Ce fait doit d'autant plus être relevé que les autres outils statistiques disponibles, notamment le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et les certificats de santé du 8<sup>ème</sup> jour, présentent des insuffisances, ce qui rend aujourd'hui difficile l'identification précise des causes de certaines évolutions montrées par les données brutes (par exemple, l'augmentation de la prématurité) et la mise en place de politiques ciblées de prévention. Notre pays se dotera d'un outil statistique plus complet à travers la participation au programme européen PERISTAT, mais celui-ci ne sera pas pleinement opérationnel avant dix ans.

## **2 - Restructurer l'offre à travers les normes**

Autant les décisions pour le premier plan périnatalité ont été rapides, autant les délais se sont allongés pour le plan suivant. Trois années ont été nécessaires pour mettre au point les décrets de 1998 qui différencient les missions des maternités en fonction de leur environnement pédiatrique et qui fixent des normes de fonctionnement.

### **Graduation des unités néonatales dans les maternités**

Les décrets du 9 octobre 1998 classent les maternités en fonction de leur environnement pédiatrique : les maternités de type I assurent les soins de base des nouveau-nés, les berceaux ne sont pas comptabilisés dans la carte sanitaire ni dans l'équipement en lits de l'établissement.

Les autres maternités possèdent des lits de néonatalogie soumis à autorisation : elles sont de type IIa ou IIb en fonction de la présence ou non de lits de soins intensifs pour les nouveau-nés. Les maternités de type III traitant des grossesses à haut risque doivent disposer d'une unité de réanimation néonatale et d'un service de réanimation adulte.

Les centres de naissances publics qui ne sont plus autorisés à pratiquer des accouchements (activité inférieure à 300 par an) peuvent continuer à exercer des activités pré et postnatales et prennent l'appellation de « centre périnatal de proximité » (CPP).

L'amélioration de la sécurité de la naissance passe par l'orientation de la mère avant l'accouchement vers une structure de niveau adapté à sa pathologie, le niveau I correspondant aux accouchements physiologiques, soit 80 % des cas.

Les décrets de 1998, qui s'appliquent à toutes les maternités quel que soit leur statut, reprennent les obligations imposées par circulaire dix ans auparavant aux seuls hôpitaux publics : permanence médicale d'un gynécologue, d'un anesthésiste et d'un pédiatre 24h/24, soit en astreinte à domicile, soit sur place, en fonction du volume d'accouchements. Les textes prévoient aussi que les maternités doivent disposer d'une salle de réanimation des nouveau-nés, d'un bloc opératoire obstétrical en propre ou en commun avec la chirurgie de l'établissement, d'une salle réservée aux césariennes si le nombre d'accouchements est supérieur à 1 200.

L'application de ces normes exigeantes se heurte par ailleurs à de nouvelles contraintes, qui ne sont pas propres à la périnatalité. Tout d'abord, la limitation du recrutement de médecins possédant des diplômes obtenus hors de l'Union européenne a accru les difficultés de fonctionnement de certaines structures. Il en est de même de la réduction du temps de travail qui s'applique depuis 2002 au personnel non médical et 2003 au personnel médical. Enfin, la directive 93/104/CE, à partir 2003, oblige à intégrer les gardes médicales dans le temps de travail, ce qui réduit de 20 % les obligations de service pour un médecin qui effectue une garde par semaine. De ce fait, il faut des équipes médicales plus étoffées pour assurer une permanence médicale 24h/24 dans le respect des textes : trois médecins minimum pour une astreinte et sept pour une garde.

## **B - Une mise en œuvre incertaine**

La mise en œuvre de ces plans successifs s'est heurtée à des difficultés de tous ordres.

### **1 - Les restructurations ont principalement concerné le secteur privé**

La mise en œuvre de la politique périnatale repose sur les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) : cartes sanitaires et indices lits-population, outils à la fois normatifs et incitatifs sont utilisés dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) pour définir quantitativement l'offre de soins. Les lits de néonatalogie font, depuis 1999, l'objet d'indices spécifiques rapportés au nombre de naissances. Les SROS de deuxième génération (1999-2004) comportent un volet périnatalité où figure la liste des sites obstétrico-pédiatriques classés par niveau de soins. L'obligation de mise en réseau y est rappelée.

Dans ce cadre, il revient aux ARH d'accorder les autorisations en lits et en activité et d'agréer les réseaux afin de définir une offre de soins gradués et coordonnés, soumise au respect de normes de fonctionnement. En revanche, les ARH disposent de faibles moyens d'action face à l'inégale répartition géographique des médecins ou bien aux décisions des structures de soins privées qui abandonnent parfois sans préavis l'activité obstétricale.

En 2002, en France métropolitaine, avec 18 389 lits d'obstétrique, 653 maternités prennent en charge 752 000 accouchements (France entière<sup>111</sup>). Le nombre des maternités a diminué de moitié entre 1975 (1 379) et 2002. Le mouvement est continu avec une légère accélération à partir de 1996. Cette évolution, qui conduit à une augmentation du nombre moyen d'accouchements par maternité, est accompagnée d'un transfert de l'activité obstétricale vers le secteur public.

---

111) Les données chiffrées qui suivent ne sont pas homogènes, car elles portent, selon le cas, sur :

- la France entière ou la France métropolitaine ;
- les entités juridiques ou, depuis 2000, les sites géographiques des maternités (par exemple, l'AP-HP de Paris est une seule entité juridique avec plusieurs sites géographiques) ;
- les sites autorisés ou les sites d'accouchements (sites non autorisés qui peuvent continuer à effectuer des accouchements avant fermeture définitive).

**Réduction du nombre de maternités de 1975 à 2002**

Années	Public	Privé	Total	Evolution en %
1975	653	716	1 369	
1985	509	526	1 035	-24,40%
1996	430	384	814	-21,35%
2002	386	267	653	-19,78%

Source : DREES Etudes et résultats, N° 21 juillet 1999 (années 1975 à 1996) ; DHOS et SAE données non redressées pour l'année 2002

Entre 1996 et 2003, les restructurations ont surtout concerné les structures à faible capacité : le nombre de maternités a diminué de 20 %, le nombre de lits de seulement 7 %, compte-tenu de la baisse de la durée moyenne de séjour (6,2 jours en 1997, 5,6 jours en 2002) et de l'augmentation corrélative du taux d'occupation (de 69 à 70 %). Mécaniquement, le nombre moyen d'accouchements par maternité est passé de 528 en 1975 à 840 en 1996 et 1 153 en 2002. En 20 ans, le nombre de maternités réalisant moins de 300 accouchements a été divisé par six, mais il subsiste encore 46 sites de ce type en 2002. A l'inverse, 47 % des maternités ont une activité annuelle supérieure à 1 000 accouchements et réalisent 73 % des accouchements.

Pour autant, alors que le nombre de communes disposant d'une maternité est passé de 750 en 1980 à 520 en 2001, la distance moyenne à parcourir pour accoucher n'a guère changé : la moitié des femmes accouche à moins de 6 kilomètres de leur domicile, trois femmes sur quatre à moins de 15 kilomètres.

Les établissements privés ont davantage contribué à la restructuration, pour trois raisons : exigences du cahier des charges techniques pour avoir l'autorisation de fonctionner ; difficulté à recruter des anesthésistes (risques médico-légaux, accouchements la nuit, gardes) ; insuffisante rentabilité des maternités, du fait de la politique tarifaire restrictive menée jusqu'en 2001.

Ainsi, l'activité obstétricale s'est réorientée vers le secteur public : de minoritaires, les maternités publiques sont devenues majoritaires (en 2002, 59,1 % des établissements, 58,2 % des lits et 61 % des accouchements), avec cependant des variations régionales fortes. En 2002, la part des accouchements réalisés dans le secteur privé (lucratif ou non) varie de moins de 20 % en Basse-Normandie à près de 60 % en Languedoc-Roussillon. En Midi-Pyrénées, par exemple, l'offre privée représentait 42 % des lits d'obstétrique en 2003, contre 54 % en 1996, et a totalement disparu dans quatre des huit départements. Le secteur public est massivement impliqué dans la prise en charge des grossesses à risques

(il en suit 84 % et réalise 72 % des accouchements avec complications) et des nouveau-nés fragiles. Sur 3 436 berceaux de néonatalogie et 653 en réanimation néonatale, 89 % appartiennent au secteur public, 11 % au privé. Par ailleurs, 45 % des lits publics de néonatalogie et 70 % des lits de réanimation néonatale sont concentrés dans les CHU.

## 2 - Les normes sont peu respectées

Issues de propositions d'experts et reposant sur un consensus médico-scientifique, les normes ont été arrêtées en 1998 sans tenir compte des moyens humains disponibles, de la situation démographique des professions médicales concernées, ou de la réorganisation de leurs pratiques. Elles n'ont pas davantage été accompagnées d'orientations claires sur le resserrement de l'offre souhaité par l'Etat. Il n'est donc pas étonnant de constater qu'elles ne sont pas respectées.

Fin 2002, 4 % des maternités de niveau II n'avaient pas installé les lits de néonatalogie autorisés. Le décalage est davantage marqué pour les maternités de niveau III : 12 n'ont pas encore de lits de réanimation néonatale sur le même site et 2 n'ont ni lit de réanimation néonatale, ni lit de néonatalogie. En 2003, sur un échantillon de 575 maternités, 46 % des niveaux III, 52 % des niveaux II, 30 % des niveaux I ne seraient pas en conformité. Ces chiffres sont sans doute en dessous de la réalité car une autre enquête de la DHOS, menée en décembre 2002, a montré qu'environ 80 % des services de réanimation pédiatrique et néonatale n'étaient pas aux normes.

### Répartition des maternités autorisées par type et statut

*France entière, au 31 décembre 2004*

Type	Public	Privé	Total
Maternité type I = sans lit de néonatalogie	161	196	357
Maternité type IIa = avec lits de néonatalogie	87	48	135
Maternité type IIb =IIa + soins intensifs de néonatalogie	76	13	89
Maternité type III =IIb + réanimation néonatale	66	2	68
Centre périnatal de proximité (CPP)	63	6	69
<b>TOTAL maternités autorisées et CPP</b>	<b>453</b>	<b>265</b>	<b>718</b>

Source : DHOS (enquête auprès des ARH)

Les non-conformités sont le plus souvent dues à l'insuffisance des effectifs et dans une moindre mesure à la situation des locaux. Selon l'enquête nationale périnatale 2003, la présence permanente, sur place, d'un gynécologue obstétricien n'est assurée que dans 42,6 % des maternités de niveau IIa et 69,1 % de niveau IIb, celle du pédiatre uniquement dans 20,1 % des sites d'accouchements de type IIa et 48,7 % de type IIb. De plus, 19,8 % des centres de niveau IIb et 14,5 % des centres de niveau III déclarent que le bloc obstétrical n'est pas contigu au secteur de naissance. 33 maternités (15 publiques, 18 privées) totalisant 1 051 lits fonctionnent dans des établissements qui ne disposent pas d'autorisation en chirurgie, donc de plateau chirurgical autre qu'obstétrical. Les récentes recommandations à ce sujet vont toutes dans le même sens<sup>112</sup> : le maintien de la possibilité de l'accouchement à distance d'un plateau technique chirurgical est possible à la condition d'une identification rigoureuse des grossesses à bas risque et de la présence d'un chirurgien sur place capable, sans délai, de répondre aux urgences vitales maternelles.

Les SROS de 3<sup>ème</sup> génération seront adoptés au plus tard le 31 mars 2006. C'est dans ce cadre que les ARH sont invitées à « réaliser une évaluation des risques à maintenir ou ne pas maintenir une activité, notamment en obstétrique ». Ce point figure dans le plan périnatalité 2005-2007. Les maternités qui cessent leur activité ont la possibilité de se transformer en centre périnatal de proximité (69 sites autorisés fin décembre 2004), continuant à assurer la surveillance prénatale (consultations, échographies obstétricales, préparation à l'accouchement) et les consultations postnatales. On observe que le volume des consultations, reposant souvent sur la participation de gynécologues-obstétriciens d'autres maternités, reste à peu près identique à celui qui préexistait à la fermeture du bloc de naissances, preuve de l'attachement des femmes à un suivi de proximité.

Quelques centres périnataux de proximité conservent à titre expérimental des lits réservés à l'hospitalisation de femmes qui ont accouché ailleurs. Ce dispositif, qui semble donner satisfaction, est prorogé dans le dernier plan périnatalité qui propose par ailleurs d'élargir le champ couvert par les consultations à la gynécologie et à la pédiatrie.

---

112) Elles émanent d'un groupe de travail piloté en 2003 par la DHOS sur les plateaux techniques, du rapport Bréart Puech, Rozé (2003) et de la circulaire du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération.

### 3 - Le financement de la mise aux normes a été aléatoire

Dans le plan 2005-2007, s'affirme la volonté de procéder à la mise à niveau des effectifs dans les maternités. Le report de deux ans du délai de mise aux normes apparaît insuffisant en raison des difficultés de recrutement. Aussi, il se double d'adaptations locales, notamment pour assurer la couverture pédiatrique en maternité : une garde commune pour les soins intensifs de néonatalogie et les urgences pédiatriques serait tolérée, ou même une seule astreinte pédiatrique de nuit et de week-end pour plusieurs maternités.

S'agissant du coût, les données sont lacunaires, voire contradictoires. En investissement, un montant de 1,5 Md€ pour les maternités est programmé de 2003 à 2007 dans le cadre du plan « Hôpital 2007 ». Ces aides doivent permettre une accélération des travaux pour réaliser l'obligatoire contiguïté du bloc opératoire et des salles de travail ou pour placer le service de néonatalogie dans le même bâtiment que la maternité.

Pour les maternités privées, la revalorisation tarifaire a été menée au niveau national, à partir de 2001, dans le double but de rééquilibrer les comptes des maternités privées et de financer les surcoûts résultant de la mise aux normes prévues par les décrets de 1998. Mais il n'est pas possible de calculer le chiffre consolidé du surcoût global.

Pour les maternités publiques, le surcoût n'a pas été financé par une enveloppe réservée au sein de l'ONDAM national mais par les marges de manœuvre dégagées localement par les ARH : certaines d'entre elles ont laissé les hôpitaux autofinancer la mise aux normes par redéploiement interne, d'autres ont individualisé, au sein de leur enveloppe budgétaire régionale annuelle, des moyens pour des créations de postes médicaux ou paramédicaux. En septembre 2003, la DHOS estime qu'environ un tiers des postes a été créé, avec comme conséquence de fortes disparités régionales. Les régions ont financé sur leur marge de manœuvre en moyenne 21 % du coût de la mise aux normes, le taux variant entre 0 % en Auvergne et 59 % en Aquitaine ; six régions ont dégagé plus de 40 % du total des moyens financiers nécessaires, neuf régions moins de 20 %.

Le dernier plan évalue le coût de la mise aux normes à 130 M€ en 2005, dont 110 M€ pour les hôpitaux publics et 20 M€ pour les cliniques privées. Ce montant, très inférieur à celui évalué précédemment par la

DHOS en 2002<sup>113</sup> (2 150 recrutements supplémentaires sont prévus contre 5 105 en 2002 et 6 265 dans les estimations initiales de 2001), ne s'explique qu'en partie par les recrutements déjà effectués entre 2001 et 2005 et par les fermetures de maternités. Il résulte aussi de l'absence de prise en compte des besoins en auxiliaires de puériculture et aides soignants.

#### **Chiffre des recrutements supplémentaires pour le respect des normes de 1998 dans les maternités**

Selon la DHOS en 2002		Prévus par le plan 2005-2007	
Gynécologues obstétriciens	381	Praticiens hospitaliers	370
Pédiatres	389		
Anesthésistes	261		
Sages femmes	897	Sages femmes	480
Infirmiers	1 845	Infirmiers	1 300
Auxiliaires de puériculture	776		
Aides soignants	556		
<b>Total</b>	<b>5 105</b>	<b>Total</b>	<b>2 150</b>

Source : DHOS (2002) actualisation pour la Cour de l'étude de 2001.

#### **4 - Une réussite mitigée de la politique des transferts**

Le bilan en matière de développement des réseaux et de politique de transfert est globalement médiocre et présente des inégalités régionales importantes.

##### *a) Des réseaux aux résultats insuffisants*

Les décrets de 1998 rendent obligatoire pour toute maternité l'adhésion à un réseau de soins ou la passation de conventions avec des établissements de niveaux différents. Le réseau a pour but d'assurer l'orientation des femmes enceintes, d'organiser les transferts, éventuellement en urgence, des mères et des nouveau-nés entre ces établissements et de transmettre les informations utiles.

---

113) En 2001, le plan initial de la DHOS estimait à 6 265 le nombre de poste médicaux et paramédicaux à créer, soit un coût de 342 M€ (293 M€ pour les hôpitaux publics et 49 M€ pour les cliniques privées).

Essentiellement interhospitaliers, les réseaux ont diversifié leur activité, certains se sont spécialisés (diagnostic ante natal), d'autres se sont ouverts sur le secteur de ville. Les bilans annuels d'activité mettent en avant les difficultés à assurer la coordination entre les membres du réseau, les moyens humains faisant défaut.

La preuve de l'efficacité des réseaux interhospitaliers est souvent recherchée dans l'amélioration des indicateurs périnataux. Ainsi, dans la région Pays de la Loire, le taux d'enfants nés dans un centre adapté au niveau de risque est passé de 50,6 % en 1986 à 90 % en 1997, après mise en place du réseau. Mais les résultats sur des périodes plus récentes sont moins probants, la pratique des transferts ayant le plus souvent précédé la formalisation d'un réseau. Le travail collégial des professionnels pour définir les référentiels de prise en charge et de transferts anténataux est sans nul doute un des facteurs d'amélioration des résultats. De même, certaines expériences de télé-médecine se sont développées, par exemple au CHU de Nîmes, mais restent très marginales.

#### *b) Des disparités régionales fortes*

En 2000, en France métropolitaine, les données disponibles montrent que 34 % des enfants issus de grossesses multiples naissent encore dans une maternité sans environnement de néonatalogie<sup>114</sup>. Ce pourcentage très bas en Alsace (3,4 %) atteint plus de 40 % en Rhône-Alpes, Pas-de-Calais et Picardie. De même, la part des enfants de poids de naissance inférieur à 2 500 grammes nés dans des maternités de niveau I varie de 12 % en Aquitaine à 48 % en Poitou-Charentes.

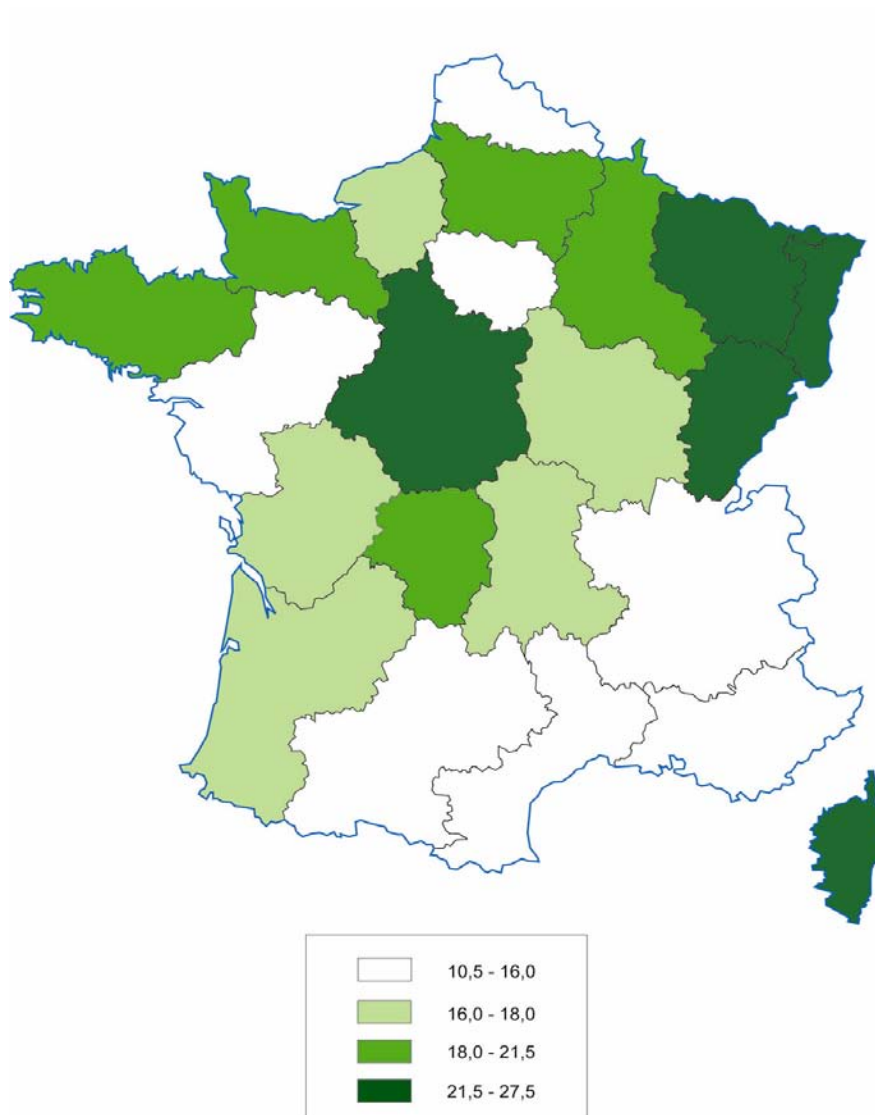
Ces différences s'expliquent en partie par d'autres écarts régionaux :

- le nombre de lits d'obstétrique en maternité de niveau II et III pour 1 000 accouchements varie fortement selon les régions, de 10,8 % à 27,2 % ;
- le nombre de naissances multiples va de 2 % à 4,4 % ;
- le nombre des enfants à poids de naissance insuffisant oscille entre 6,2 % et 8,8 % ;
- les fortes disparités de densité sur l'ensemble du territoire national montrent un déficit ou un excédent cumulé entre spécialistes privés et hospitaliers dans certaines régions ; 15 régions sur 24 ne peuvent mettre en place des gardes sur place en soins intensifs, faute de pédiatres.

---

114) Selon l'échantillon figurant dans l'enquête nationale périnatale de 2003, incluant les DOM, le nombre de grossesses multiples dans une maternité sans environnement de néonatalogie est passé de 43 à 26,5 % entre 1997 et 2003.

**Nombre de lits de niveaux II et III  
pour 1000 accouchements par région en 2000**



*Sources : SAE et PMSI 2000, France métropolitaine*

Au-delà du taux d'équipement en lits d'obstétrique de niveau II ou III, d'autres déterminants de santé (éducation, niveau de vie, prévention, qualité du suivi de la grossesse) peuvent aussi expliquer ces écarts.

*c) L'engorgement de certaines maternités de type III*

Ces maternités répondent à plusieurs besoins. Elles jouent le rôle de maternités de proximité dans les grandes agglomérations. Leur attrait s'explique par une exigence accrue de sécurité et par l'augmentation de la prématurité (de 6,8 % à 7,2 % entre 1998 et 2003) et des grossesses gémellaires. La saturation de la tête du réseau tient le plus souvent à un dimensionnement insuffisant des unités de réanimation néonatale ou à l'impossibilité, faute de places, de faire fonctionner le réseau dans les deux sens, le centre de niveau III ne pouvant renvoyer dès que possible la mère et/ou l'enfant vers les unités obstétricales de type I ou II.

Ainsi, en Ile-de-France, la capacité en lits de réanimation néonatale est insuffisante. Certains lits autorisés ne sont pas encore ouverts, d'autres sont transitoirement fermés par manque de personnel. Cette situation est aggravée par l'impossibilité de faire passer rapidement les nouveau-nés qui ne relèvent plus de la réanimation dans une unité de néonatalogie. L'attente est d'une semaine en moyenne dans certaines unités. Aussi, le taux d'enfants fragiles nés en maternité de type III, qui avait progressé de 40 % au début de la dernière décennie à plus de 70 % en 1999, est retombé à 60 % en 2002.

Le manque de places dans certaines maternités de niveau III est une cause d'échec de la politique de transfert et a pour effet de bloquer les rouages de l'organisation hiérarchisée des soins.

## **5 - Les contraintes de la démographie des professionnels**

La situation des professionnels de la naissance se caractérise à la fois par l'enchevêtrement des compétences et par des problèmes démographiques dus à des déséquilibres dans l'offre de soins.

*a) L'enchevêtrement des compétences*

Bien que les compétences de chaque professionnel de la périnatalité soient définies dans le code de la santé publique, la situation est plus complexe en pratique.

La sage-femme a pour domaine de compétence le suivi et l'accompagnement de la grossesse et de l'accouchement non pathologiques. Elle assure également la prise en charge du dépistage des pathologies et peut prescrire certains examens et traitements en cas de besoin.

Si l'accouchement est dans la très grande majorité des cas (80 %) un phénomène physiologique de la compétence de la sage-femme, les complications obstétricales peuvent être d'une gravité extrême et justifient la présence permanente ou du moins l'accessibilité immédiate d'un gynécologue-obstétricien. Toutefois, la captation d'une partie des grossesses non pathologiques par les gynécologues-obstétriciens<sup>115</sup> a pour conséquence de priver les unités qui gèrent les grossesses à haut risque des spécialistes nécessaires. Par ailleurs, la politique menée jusqu'à présent, consistant à rémunérer davantage les actes de physiologie pratiqués par les obstétriciens, concourt à augmenter les dépenses publiques sans justification puisque ces actes pourraient être réalisés à un coût inférieur.

Les interventions d'un anesthésiste-réanimateur, soit en urgence, soit dans le cadre du développement de l'analgésie, amènent à rendre indispensable la disponibilité d'un anesthésiste dans toute maternité.

Le pédiatre intervient dès la grossesse pour préparer la mère à l'accueil de l'enfant et, en cas de dépistage d'anomalies fœtales, pour évaluer le pronostic pour l'enfant. Au moment de la naissance, le pédiatre doit être présent si le risque est prévisible ou l'être rapidement si le risque est inopiné. Après la naissance, la présence d'un pédiatre est indispensable notamment pour le dépistage précoce des handicaps et le traitement des éventuelles pathologies. Elle est d'ailleurs obligatoire pour toute maternité (circulaire du 5 mai 1988).

Bien que la présence de puéricultrices soit justifiée dans les unités de néonatalogie, notamment pour la surveillance du régime alimentaire du nourrisson et pour les soins du nouveau-né en réanimation, il n'en existe pas toujours en raison de l'insuffisance de candidats : nombre des infirmières devenues puéricultrices après formation optent en effet pour des emplois non hospitaliers (crèches, PMI). Leur fonction est alors assurée par des infirmières non spécialisées. L'auxiliaire de puériculture pour sa part dispense des soins à l'enfant, sous la responsabilité de l'infirmier. Le ratio proposé par les professionnels est d'une auxiliaire pour deux infirmières ou puéricultrices.

L'utilisation optimale des compétences de chacun implique donc une redéfinition des pratiques et des responsabilités : compétence des sages-femmes pour la pratique de l'obstétrique physiologique, prise en charge des seules grossesses pathologiques par les obstétriciens, prise en charge par les pédiatres des soins pédiatriques en maternité, de l'activité

---

115) L'enquête nationale périnatale 2003 indique que 51,3 % des naissances sont réalisées par des gynécologues-obstétriciens (33,6 % dans les établissements publics, 37,8 % dans les PSPH et 85,7% dans les établissements privés lucratifs).

néonatale sans et avec soins intensifs et de la réanimation néonatale. Elle implique aussi des transferts de tâches permettant de recentrer chaque professionnel sur ses missions essentielles : transfert de certaines tâches infirmières des sages-femmes aux puéricultrices et de certains actes pratiqués par les anesthésistes-réanimateurs aux infirmières anesthésistes diplômées d'Etat.

En outre, le suivi de la femme enceinte et du nouveau-né en fonction du niveau de risque implique une coordination de tous les professionnels concernés. Or les réseaux actuels ne permettent pas de couvrir l'amont et l'aval de l'accouchement puisque de nombreux acteurs intervenant au cours de ces deux phases n'appartiennent pas aux structures hospitalières : professionnels libéraux, PMI. La coordination du suivi de la grossesse, de l'accouchement et du suivi post natal ne peut donc reposer que sur un réseau ville-hôpital.

Ce type de réseau doit permettre de définir le rôle des différents établissements de soins publics et privés, des différentes équipes professionnelles publiques et privées, des PMI et des professionnels libéraux, particulièrement des médecins généralistes.

Selon l'enquête nationale périnatale 2003, alors que 91 % des maternités sont dans un réseau périnatal entre maternités et services de pédiatrie et néonatalogie, seulement 41 % d'entre elles font partie d'un réseau ville-hôpital. Le développement de ces structures semble en effet plus difficile que celui des réseaux inter hospitaliers, l'organisation des collaborations horizontales entre secteur public et privé, acteurs de ville et acteurs exerçant à l'hôpital se heurtant notamment à divers corporatismes<sup>116</sup>. De plus, les professionnels libéraux voient souvent dans le fonctionnement en réseau un accroissement de tâches administratives sans compensation financière et une perte d'indépendance au profit d'une organisation favorisant l'hospitalo-centrisme.

#### *b) Une crise démographique ?*

Dans le champ de la périnatalité, comme dans d'autres, ainsi que la Cour l'a montré dans plusieurs rapports, il est difficile d'avoir accès à une information fiable sur la démographie des professionnels.

---

116) Entre secteur public et secteur privé, entre spécialistes et généralistes, entre médecins et paramédicaux et entre gynécologues-obstétriciens et sages-femmes.

### *Des effectifs stables ou en légère augmentation*

La démographie est étudiée principalement par le ministère de la santé (à partir du répertoire ADELI et de l'enquête SAE), par la CNAMTS qui dispose du système national inter régimes (SNIR) et par les ordres professionnels. Par ailleurs, des informations démographiques peuvent être obtenues dans le cadre du recensement ou de l'enquête emploi de l'INSEE. Ces sources principales de données ne sont pas harmonisées : elles présentent des concepts, des champs et des modalités de recueil de l'information différents et aucune n'est exhaustive. De plus, le nombre de postes vacants n'est pas connu de manière fiable.

Entre 1990 et le 1<sup>er</sup> janvier 2003, l'évolution des effectifs des médecins professionnels de la naissance pour la France métropolitaine a été la suivante :

#### **Evolution des effectifs des professionnels de la naissance médecins**

	1990	1994	2000	2003	Évolution 2000/2003	Evolution depuis 1990
Anesthésie-réanimation	10 305	10 229	10 043	10 140	+0,9 %	-2 %
Gynécologie obstétrique	4 503	4 843	5 133	5 182	+0,9 %	+15 %
Pédiatrie	5 428	5 949	6 244	6 454	+3,3 %	+19 %

Source : DREES

La mise en œuvre en 1999 d'une nouvelle filière de l'internat pour l'accès à la profession d'anesthésiste-réanimateur a permis la légère augmentation des effectifs de cette spécialité constatée en 2003 (près de 1 %), alors que leur nombre déclinait auparavant (-2,6 % entre 1990 et 2000).

En matière de gynécologie, les statistiques distinguent deux grandes familles : les gynécologues médicaux<sup>117</sup> et les gynécologues-obstétriciens. Cette division correspond à deux filières de formation différentes : d'une part, les gynécologues-obstétriciens formés en cinq ans après le concours de l'internat à la gynécologie, l'obstétrique et à la chirurgie gynécologique, d'autre part, les gynécologues médicaux formés en quatre ans. Cette organisation conduit à fragmenter la spécialité alors même que certains gynécologues-obstétriciens quittent l'obstétrique et s'orientent vers la chirurgie gynécologique pure, l'échographie, le

117) Qui sont au nombre de 1 836, en diminution de 3 % depuis 1990.

traitement de la stérilité et la fécondation in vitro ou la gynécologie médicale. Il faudrait donc connaître l'activité et les fonctions effectivement exercées par les gynécologues-obstétriciens pour pouvoir interpréter les données démographiques.

Si le nombre de pédiatres augmente de 19 % entre 1990 et 2003, leur répartition sur le territoire est très inégale entre régions et à l'intérieur d'une même région. La répartition entre le secteur libéral et le secteur hospitalier pose également un problème. Sur ce point, selon les chiffres de la DREES, sur un effectif total en 2003 de 6 454, seulement 42,6 % des pédiatres exercent en établissement, les autres se répartissant entre cabinets individuels ou de groupe (44,3 %), l'administration, les établissements sociaux et les autres secteurs (13,1 %). Les difficultés de recrutement en milieu hospitalier proviennent notamment du rythme des gardes, de la part croissante des urgences dans l'activité et, pour le secteur privé, de l'absence de rémunération de l'activité d'astreinte.

S'agissant des sages-femmes, leur effectif est passé de 10 705 en 1990 à 15 684 en 2003<sup>118</sup>, soit une augmentation de 46,5 %. Malgré cette croissance, le conseil national de l'ordre des sages-femmes exprime un sentiment de pénurie qui peut être attribué à un faisceau de facteurs : l'augmentation récente de la natalité en France, des changements dans la durée et l'organisation du temps de travail (la remise à plat des horaires dans le cadre des 35 heures a perturbé le fonctionnement des équipes), le développement du temps partiel (30 % en 2000 contre 15 % en 1995) réduisant en fait l'effectif en équivalent temps plein, effectivement mobilisable.

La DREES recense pour la France métropolitaine 10 125 infirmiers spécialisés en puériculture au 1<sup>er</sup> janvier 2000, 11 095 en 2002 et 12 155 en 2004, soit une augmentation de 20%.

#### *Un sentiment de pénurie persistant*

Une première cause du sentiment de pénurie des professionnels de la naissance provient d'une répartition très inégale des professions considérées sur le territoire, par secteur et par type d'établissement. Les disparités sont particulièrement fortes chez les anesthésistes-réanimateurs (14 régions se situent en dessous de la moyenne nationale), chez les gynécologues médicaux (15 régions sont dans le même cas) et chez les pédiatres (19 régions sont dans la même situation). Les sages-femmes sont mieux réparties sur le territoire national puisque cinq régions seulement s'écartent sensiblement de la moyenne nationale et une seule, la Picardie, est nettement en dessous.

---

118) Source : ADELI.

De plus, la réduction du nombre de sites d'accouchements ne s'est pas accompagnée d'une concentration des moyens humains. Nombreux sont les professionnels des maternités fermées qui ont réorienté leur activité vers d'autres domaines, par exemple la gynécologie médicale pour les obstétriciens. C'est une des raisons qui explique que nombre d'établissements fonctionnent sans disposer de la totalité des équipes médicales ou paramédicales prévues par les décrets de 1998. Enfin, pour apprécier l'adéquation de l'offre de soins à la demande, il est nécessaire de connaître le temps effectivement disponible pour les soins en équivalents temps plein et non pas simplement les effectifs. Pour la périnatalité, aucune source statistique ne permet d'avoir cette information<sup>119</sup>.

Or le temps de travail a connu ces dernières années des évolutions sensibles dues notamment à l'augmentation du travail à temps partiel et surtout à la mise en place de la réduction du temps de travail. Ces réformes ont été accompagnées de l'attribution de moyens supplémentaires, mais les créations de postes prévues ont été étalées dans le temps (entre le 1<sup>er</sup> janvier 2002 et le 1<sup>er</sup> janvier 2005) alors que les réductions du temps de travail se sont appliquées à compter de la date du 1<sup>er</sup> janvier 2002 pour les personnels non médicaux et du 1<sup>er</sup> janvier 2003 pour les personnels médicaux.

#### *Une incertitude sur la démographie future*

Le vieillissement des effectifs et l'importance des départs en retraite posent le problème du renouvellement des professionnels de la santé. Toutes les études montrent que leur nombre diminuera malgré les mesures récentes de relèvement des *numerus clausus* et des quotas et que l'augmentation du nombre des médecins, sages-femmes et infirmières formés ne permettra pas de corriger les inégalités de répartition des professionnels de la naissance sur le territoire, par secteur d'exercice et par type d'établissement.

Si le problème du renouvellement des médecins est aigu, compte tenu des délais nécessaires à leur formation, en revanche, il se pose de manière différente pour les sages-femmes et les infirmières<sup>120</sup>, ce qui accroît l'importance et l'urgence d'une redéfinition des pratiques et des responsabilités ainsi que des conditions d'exercice de ces métiers.

---

119) La SAE ne permet d'obtenir que les équivalents temps plein des salariés des établissements hospitaliers.

120) Pour les sages-femmes, les projections réalisées par l'IRDES actualisant des études de la DREES et tenant compte de l'augmentation du *numerus clausus*, montrent que par rapport à l'effectif en activité en 2004, le nombre de sages-femmes devrait augmenter de 8 % en 2010 et de 19 % en 2020. Pour les infirmières, si on maintient les quotas actuels, les projections démographiques réalisées par la DREES montrent que de 2003 à 2020 leur nombre serait en hausse de 33 %.

### III - Renforcer la prévention

Le plan 1995-2000 a négligé certains aspects essentiels de la prévention et, notamment, le suivi de la grossesse par les PMI. Cela s'est traduit par la faiblesse des mesures destinées à certaines populations (femmes en situation sociale difficile, départements d'outre-mer) ou concernant certains thèmes (alcool, tabac, prématurité, décès maternels).

Dans ce contexte, le seul succès important du plan de 1995-2000 en termes de prévention concerne l'incidence de la mort subite du nourrisson : la diminution a été de 70 %, grâce à la diffusion efficace de messages de prévention. L'objectif de mortalité périnatale, -18 % à échéance de 1999 à partir du dernier taux connu de 8,2 pour mille en 1991, soit 6,7 pour mille, a été atteint à cette date (6,5 ‰), mais il s'est dégradé les années suivantes. Le pourcentage de femmes peu ou pas suivies, selon la définition retenue en 1994, est toujours de 1 % en 2003. Quant à l'objectif retenu pour l'hypotrophie, passer de 5,7 % des naissances à 4,3 %, non seulement il n'a pas été atteint, mais l'indicateur correspondant n'a cessé de se dégrader. Enfin, si l'objectif de réduction de 30 % des décès maternels a été atteint, les experts estiment le pourcentage de décès évitables à 50 %, comme en 1994.

Le plan 2005-2007 apporte certaines inflexions en termes d'intérêt accordé à la prévention mais les principales lacunes du plan de 1995-2000 restent insuffisamment traitées dans ce nouveau plan.

### **A - L'implication inégale des services de PMI**

L'amélioration du suivi des femmes en situation sociale défavorisée et des nouveau-nés présentant un risque de handicap suppose d'abord le renforcement d'un acteur principal clairement identifié, chargé d'animer ou de piloter un travail d'ensemble, ou à tout le moins de constituer un interlocuteur privilégié : les services de la PMI. L'article R. 2112-1 du code de la santé publique précise d'ailleurs que l'organisation géographique et les actions de la PMI dans chaque département doivent tenir compte prioritairement des spécificités socio-économiques et en particulier de l'existence de populations vulnérables et de quartiers défavorisés.

L'action de certains conseils généraux, comme par exemple celui de la Seine-Saint-Denis particulièrement confronté à ces situations, démontre qu'il est possible d'y faire face avec succès et d'améliorer les indicateurs périnataux, puisque ce département présente aujourd'hui des taux proches de la moyenne nationale pour la prématurité et l'hypertrophie. Le plan 2005-2007 évoque à plusieurs reprises le rôle de ces services, ce qui traduit une certaine prise de conscience de leur importance. Néanmoins, il ne comporte pas de mesures concrètes de portée immédiate.

Le renforcement des normes et des actions obligatoires concernant ces services est indispensable pour améliorer la prise en charge des femmes en situation sociale difficile et enrayer la dégradation des indicateurs périnataux. D'une façon plus générale, il est nécessaire de mieux insérer les services de PMI dans le dispositif local et régional, en leur accordant une place plus importante au sein des commissions régionales de la naissance et en les intégrant plus fortement aux réseaux ville-PMI-hôpital. Enfin, on ne peut que souhaiter une meilleure diffusion de l'information sur les bonnes pratiques entre les départements eux-mêmes et entre ceux-ci et l'Etat.

### **B - Le suivi insuffisant des femmes en situation sociale difficile**

Les objectifs affichés par le plan 1995-2000 concernaient, au moins partiellement, l'amélioration du suivi de la grossesse, dès lors qu'existe un lien fort entre un mauvais suivi et les risques de morts fœtales et d'hypertrophie et de mort maternelle pendant la grossesse. Le plan escomptait pour l'essentiel une meilleure diffusion du carnet de santé de maternité, rendu obligatoire en 1989, par les services de PMI

décentralisés au profit des départements par la loi du 18 décembre 1989. Mais la réflexion envisagée à cette fin n'a jamais été engagée. Bien au contraire, il semble que ce carnet soit tombé en désuétude dans de nombreux départements. Le plan 2005-2007 reprend cet objectif de relance, à travers un dispositif par étape, jusqu'en 2006.

Pour ce qui concerne plus spécialement les femmes en difficulté, le plan 1995-2000 prévoyait la création d'un groupe de travail rassemblant des personnalités qualifiées pour « mieux comprendre qui sont les femmes peu suivies ». Il n'a jamais été mis en place. Pourtant, le HCSP avait recommandé de mener des actions spécifiques en faveur des populations en situation sociale défavorable, soulignant que les femmes peu ou pas suivies pendant leur grossesse présentaient des taux de mortinatalité, de mortalité périnatale et de naissance prématurée nettement supérieurs à la moyenne nationale. Les services de PMI dépendant des conseils généraux n'ont pas été renforcés en 1994 et la réflexion menée dans le cadre de la mise en œuvre de la loi contre les exclusions du 29 juillet 1998 n'a abouti qu'au financement de dispositifs d'accompagnement sur les crédits du programme régional d'accès à la prévention et aux soins, pour des montants de plus très faibles.

Dans ces conditions, il n'est guère étonnant que l'enquête nationale périnatale 2003 indique que le taux de femmes peu ou pas suivies soit toujours de 1 %, comme en 1994, alors que l'objectif était de diviser ce pourcentage par deux.

Les résultats de l'enquête nationale périnatale 2003 soulignent une évolution différenciée du suivi de la grossesse et de ses conséquences entre une partie des femmes de mieux en mieux suivies et une autre pour laquelle la situation paraît se détériorer en fonction de leur situation sociale. Le pourcentage de grossesses non déclarées a diminué de 0,8 à 0,5 % du total de 1995 à 2003. Mais si 97,5 % des femmes ayant un emploi déclarent leur grossesse au cours du premier trimestre, ce n'est le cas que de 93,5 % des ouvrières non qualifiées.

Pour les grossesses menées à terme, le pourcentage de femmes ayant consulté moins de sept fois est de 7,8 % en 2003, contre 8,4 % en 1998, ce qui montre une amélioration globale. Mais, s'il est inférieur à 5,5 % pour les cadres, les professions intermédiaires et les employées de la fonction publique, ce pourcentage est de 8,9 % pour les ouvrières qualifiées et les salariés des services aux particuliers et de 10,8 % pour les ouvrières non qualifiées. Surtout, il atteint 15,7 % pour les femmes sans emploi, et 21,5 % pour les femmes qui, seules ou en couple, ne bénéficient d'aucun revenu issu du travail.

La surveillance de la grossesse reste ainsi en 2003 fortement corrélée avec le niveau d'emploi et plus encore avec le fait d'être au chômage ou de bénéficier du revenu minimum d'insertion. L'enquête 2003, comme celle de 1998, souligne l'existence consécutive d'une forte disparité sociale pour ce qui concerne les taux de prématurité et d'enfants de petits poids, dans un contexte global d'augmentation de ces situations : le taux de prématurité est ainsi de 3,9 % chez les cadres mais de 6,4 % chez les salariés des services aux particuliers. Ces écarts sont plus importants encore pour la grande prématurité (0,7 % contre 2,2 %) et les enfants de petits poids (respectivement 4,7 % et 9,9 %).

Dans ce contexte, l'intérêt de l'instauration d'un entretien lors du 4<sup>ème</sup> mois de grossesse ne fait pas de doute. En revanche, il laisse entière la question de la sensibilisation à l'existence de cet entretien pour des femmes aujourd'hui peu ou pas suivies et de ses suites éventuelles en termes d'orientation qui supposent le relais des acteurs de terrain, notamment les services de la PMI.

### C - Une augmentation préoccupante de l'hypotrophie et de la prématurité

Le plan 1995-2000 avait retenu pour l'hypotrophie (poids trop faible de l'enfant au regard du nombre de semaines de grossesse et inférieur à 2 500 g pour une naissance à terme) un objectif de baisse de 25 % par rapport aux derniers chiffres connus à l'époque, soit 5,7 % au tout début des années 1990, pour atteindre 4,3 % en 1999. Cet objectif n'a pas été atteint. De plus, on note une progression importante de la grande hypotrophie (poids compris entre 1 000 et 2 000 g à la naissance) et de la très grande hypotrophie (poids inférieur à 1 000 g à la naissance), multipliée par trois entre 1990 et 2003.

#### Evolution des taux de faible poids et de prématurité

	1990	1994	1999	2000	2001	2002	2003
- 2500 g	5,6	5,9	6,4	6,4	6,5	6,5	6,6
dont moins de 2000 g	1,4	1,5	1,6	1,6	1,7	1,7	1,7
dont moins de 1000g	0,08	0,10	0,20	0,20	0,23	0,23	0,23
Prématurité	4,3	5,0	5,5	5,7	5,8	5,7	5,7
Prématurité grave	0,6	0,8	1,0	0,9	1,0	1,0	1,0

\* taux de prématurité : nombre d'enfants pour 100 naissances pour lesquels la durée de grossesse a été de moins de 37 semaines ;

\* taux de prématurité grave : nombre d'enfants pour 100 naissances pour lesquels la durée de grossesse a été de moins de 33 semaines.

Source : DREES, sur la base des certificats de santé du 8<sup>ème</sup> jour

Deux facteurs ont pu expliquer cette hausse dans les années 1990 : les décisions médicales de déclenchement avant terme en cas de risque, d'une part, la procréation médicalement assistée (PMA), cause de grossesses multiples, donc de fréquents accouchements prématurés, d'autre part. Mais l'enquête 2003 montre une légère diminution du pourcentage de déclenchements depuis 1998 (19,7 % des accouchements contre 20,3 %) et souligne que le pourcentage de naissances multiples s'est stabilisé aux alentours de 3,5 % et que c'est parmi les naissances uniques que les taux de prématurité et d'hypotrophie ont progressé ces dernières années, alors qu'ils ont baissé pour les naissances gémellaires.

Dans ce contexte, deux éléments paraissent porter une responsabilité particulière dans la poursuite de cette progression : le recul de l'âge de la maternité, qui se poursuit selon l'enquête nationale menée en 2003 (29,5 ans en moyenne contre 26,5 en 1977) et se traduit notamment par une augmentation du nombre de mères âgées de plus de 38 ans au moment de la naissance ; d'autre part, la progression de la précarité les comparaisons internationales, qui placent la France à la 6<sup>ème</sup> place sur 15 en Europe pour la prématurité mais à la 12<sup>ème</sup> pour l'hypotrophie soulignant le lien entre précarité, mauvais suivi de la grossesse et hypotrophie.

## **D - L'absence de mesures sur l'alcool et le tabac**

Aucune des seize mesures retenues en 1994 ne concernait les conséquences pour les enfants à naître de la consommation par les femmes enceintes de tabac ou d'alcool, même si ces aspects étaient indirectement traités à travers la relance escomptée des carnets de maternité, qui contiennent depuis 1989 des messages de prévention sur ces points.

Pourtant, ces méfaits particuliers (morts fœtales, prématurité, handicaps sévères) étaient déjà connus. En particulier, la description des conséquences du syndrome d'alcoolisation fœtal date des années 1968-1973 et la proportion de femmes consommant de l'alcool ou du tabac au cours de la grossesse est suffisamment importante pour justifier une action de prévention généralisée à leur intention.

Le plan 2005-2007, comme celui de 1995-2000, n'envisage le traitement de ces questions qu'à travers la refonte et la relance du carnet de santé de maternité. Pourtant, concernant l'alcool, une nouvelle étude de l'INSERM (2001) a renforcé les diagnostics antérieurs en la matière : une consommation régulière d'alcool pendant la grossesse, même modérée, ou exceptionnelle mais forte peut avoir des effets destructeurs sur le cerveau du fœtus, entraînant des retards mentaux, une hausse de la mortalité, des malformations, des troubles de la vision et des retards de croissance.

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées rend obligatoire, sur toutes les unités de conditionnement de boissons alcoolisées, un message à caractère sanitaire préconisant l'absence de consommation d'alcool par les femmes enceintes. Il est souhaitable que le décret d'application soit pris sans délai.

Concernant le tabac, une conférence de consensus « grossesse et tabac » a été organisée par l'ANAES les 7 et 8 octobre 2004 à Lille, dans le cadre de la mise en œuvre du plan cancer. Cette conférence a permis de souligner l'importance croissante du sujet. En effet, au cours des trente dernières années, le pourcentage de femmes qui fument a triplé, même si sa décroissance est désormais engagée. Aujourd'hui, environ 36 % des femmes sont fumeuses avant le début de leur grossesse et 20 à 28 %, selon les sources, pendant la grossesse. Cette situation est d'autant plus alarmante que les femmes enceintes consommant du tabac fument plus de 10 cigarettes par jour dans 60 % des cas. La conférence de consensus a souligné les conséquences de cette évolution : forte augmentation des risques de fausse couche précoce, de grossesse extra-utérine, de prématurité et de grande prématurité, de retard pondéral à la naissance, de morts fœtales pendant le 3<sup>ème</sup> trimestre, voire de morts subites du nourrisson après la naissance.

Bien qu'elles aient été disponibles un mois avant la présentation du plan 2005-2007, les conclusions de cette conférence de consensus n'y figurent pas. Même si des mesures ont été prises à travers d'autres plans de santé publique, les dommages causés par l'alcool et le tabac ont ainsi été par deux fois exclus des derniers plans périnatalité.

## **E - Le problème persistant des décès maternels**

Nos résultats en termes de décès maternels (décès intervenus pendant la grossesse ou dans les 42 jours suivant son terme) sont mauvais comparés à ceux des autres pays développés. De plus, pour un taux théorique de 10,4 décès pour 100 000 naissances en 1990, une étude de l'INSERM a estimé ce taux à 13,9 pour 100 000, soit de l'ordre de 120 décès par an, dont la moitié aurait pu être évitée.

**Mortalité maternelle**

	1970	1980	1990	2000	2002
France	28,2	12,9	10,4*	9,0	9,0
Allemagne	51,8	20,6	9,1	5,6	2,9
Royaume-Uni	24,0	11,0	8,0	7,0	6,0
Italie	54,5	12,8	8,6	nd	nd
Espagne	33,1	11,1	5,5	3,5	nd
Suède	10,0	8,2	3,2	4,4	nd
Finlande	12,4	11,6	6,1	5,3	5,4
Etats-Unis	21,5	9,2	8,2	9,8	nd
Japon	52,1	20,5	8,6	6,6	7,3

\* pour une estimation corrigée ensuite à 13-14 pour cent mille.

Source : OCDE.

Certes, l'objectif d'une baisse du nombre de ces décès de 30 % était le premier objectif du plan 1995-2000. Mais, alors que la plupart des pays d'Europe étaient déjà parvenus à réduire considérablement ce risque, le plan 1995-2000 prévoyait seulement la création d'un comité national d'experts, chargé d'analyser les causes des décès maternels et de rédiger un rapport annuel. Ce comité n'a commencé ses travaux qu'en octobre 1995. Il n'a rendu un premier (et unique) rapport qu'en 2001, fondé sur l'analyse des décès intervenus en 1996 et 1997.

Ses conclusions ont confirmé le diagnostic posé dix ans plus tôt par l'INSERM : les chiffres de mortalité maternelle étaient sous-estimés avant 1989-1991. Le risque augmente sensiblement au-delà de 35 ans (il est trois fois plus élevé qu'entre 20 et 30 ans) puis après 40 ans où il est près de quatre fois plus élevé. Les hémorragies obstétricales, première cause de décès maternel, auraient pu être évitées dans les trois-quarts des cas. Les complications sévères de l'hypertension, deuxième cause de décès maternels, auraient pu l'être dans les deux tiers des cas. Au total, la moitié au moins des décès maternels auraient pu être évités, soit, à l'époque, de l'ordre de 60 par an.

Pour autant, de 2001 à 2004, aucune décision n'a été prise et la baisse globale récente du nombre de décès maternels ne s'est pas accompagnée d'une diminution du pourcentage de décès évitables. Dans ce contexte, le recul de l'âge de la maternité et la forte augmentation dans notre pays du nombre de femmes ayant 40 ans ou plus au moment de la naissance expliquent pour partie le maintien à un niveau restant encore élevé du taux global de décès maternels. Ce constat vient d'être rappelé par le haut conseil de la population et de la famille dans son avis d'avril 2005.

Le plan 2005-2007 affiche un objectif de réduction de 40 % d'ici 2008, pour parvenir à cinq pour cent mille. Il prévoit en particulier l'élaboration par la haute autorité de santé de recommandations de pratique clinique pour la prise en charge des hémorragies du post-partum. Il est aujourd'hui urgent que ces recommandations, publiées en décembre 2004, soient disponibles en salle de travail et suivies d'effet. Il semble en outre nécessaire de mieux informer les futures mères sur les risques encourus au-delà de 40 ans.

## F - La situation défavorable des départements d'outre-mer

Le HCSP avait noté que les indicateurs restaient, au début des années 1990, en net retrait dans les départements d'outre-mer (DOM) par rapport à la métropole : la situation était particulièrement mauvaise pour la Guyane, un peu moins pour la Réunion, intermédiaire pour la Guadeloupe et la Martinique. Pourtant, malgré ces écarts, le plan 1995-2000 ne comportait pas de mesure spécifique pour les DOM.

De la même façon, le plan 2005-2007 ne comporte pas de mesure particulière à leur attention. Pourtant, comme le montre le tableau suivant, pour les quatre départements d'outre-mer, au début des années 2000, les indicateurs sont encore supérieurs d'environ 70 % en moyenne à ceux de la métropole. La prématurité y est également sensiblement plus fréquente, en liaison avec la situation sociale difficile d'une grande partie des habitants de ces départements.

### Indicateurs périnataux en 2001

	mortalité infantile	mortalité néonatale	mortalité périnatale
France métropolitaine	4,4	2,9	6,9
Guadeloupe	6,5	3,9	12,2
Martinique	7,4	4,7	12,7
Guyane	14,0	8,9	16,9
Réunion	6,9	5,1	7,4
Moyenne Dom	7,8	5,3	10,9

Source : INSEE citée par la DRESS.

---

**CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

---

*La politique suivie depuis 1994 a consisté à attendre pour l'essentiel l'amélioration de nos performances sanitaires d'une restructuration de l'offre fondée sur la fermeture des petites structures jugées à juste titre dangereuses en termes de santé publique et l'organisation en réseaux.*

*Faute d'un fonctionnement correct des réseaux, l'adéquation reste insuffisante entre le niveau de la maternité et le niveau des soins requis, beaucoup de femmes accouchant dans une maternité de niveau 3, même lorsque leur grossesse n'est pas « à risque ». A l'inverse, plus de 25 % des prématurés naissent dans des maternités de niveau 1.*

*Dans l'ensemble, et malgré une succession quasi ininterrompue de plans en faveur de la périnatalité depuis 20 ans, nos performances sanitaires restent encore en deçà de celles des autres pays comparables. Aujourd'hui l'essentiel des marges d'amélioration de nos performances est à attendre de la mise en œuvre de politiques ciblées sur les DOM et sur les femmes en situation d'exclusion, ainsi que d'une politique réaffirmée de lutte contre la consommation de tabac et d'alcool.*

*Aussi, la Cour énonce-t-elle plusieurs recommandations :*

- Compléter le PMSI et le certificat de santé du 8<sup>ème</sup> jour et réaliser les enquêtes nationales périnatales de façon régulière, pour disposer d'un outil statistique plus satisfaisant ;*
  - Renforcer la prévention, en particulier en direction des femmes en situation sociale défavorisée, dans les départements d'outre-mer et en matière de lutte contre la consommation de tabac et d'alcool ;*
  - Redéfinir les pratiques, les conditions d'exercice et les responsabilités des divers professionnels de santé (obstétriciens, pédiatres, sages-femmes, puéricultrices) intervenant dans les maternités publiques et privées en vue d'une utilisation optimale des moyens ;*
  - Réaffirmer la place et les missions des services de PMI dans la coordination de la politique périnatale sur le plan local. Redéfinir à cette occasion les normes et les actions obligatoires les concernant et en assurer le suivi.*
-

**RÉPONSE DU MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS**

*L'insertion au rapport public annuel sur « la politique de la natalité » appelle de ma part les éléments de réponse suivants.*

**Mise aux normes des établissements**

*La DHOS souhaite rappeler que de nombreuses directives précises ont été adressées aux ARH. La circulaire du 5 mars 2004 relative aux SROS de troisième génération, la synthèse des travaux du groupe sur l'implantation et l'organisation des plateaux techniques (DHOS – mars 2003), ainsi que les recommandations données dans le cadre des circulaires budgétaires pour la répartition des crédits du plan périnatalité ont constamment rappelé l'objectif de mise aux normes, en lien avec les reconstitutions prévues dans le cadre des SROS.*

**Le plan périnatalité**

*Il fait l'objet d'une mise en œuvre rapide et opérationnelle, notamment pour ce qui concerne les réseaux de santé en périnatalité, dont les objectifs sont décrits dans un cahier des charges élaboré par un groupe de travail composé de professionnels, de représentants de la CNAM, et piloté par la DHOS.*

*Ce cahier des charges a fait l'objet d'une présentation à la Commission nationale de la Naissance, créée en application des recommandations du plan périnatalité, lors de sa réunion du 11 octobre 2005. Ce cahier des charges doit faire l'objet d'une diffusion par voie de circulaire très prochainement.*

*En matière de coordination des structures intervenant en périnatalité, une circulaire relative aux transports périnatals est par ailleurs en cours de concertation.*

**La démographie médicale**

*Dans son insertion, la Cour indique « qu'il est difficile d'avoir accès à une information fiable sur la démographie des professionnels ». Or, des travaux importants sur la démographie ont été réalisés, notamment par le Conseil National de l'Ordre des Médecins, et par l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé, installé en juin 2003. Présidé par le Pr Yvon Berland, cet observatoire a fait un état des lieux très précis de la démographie et de l'activité des professionnels de la santé dans son rapport en 2004, confrontant les sources de données existantes, et proposant des recommandations pour l'avenir.*

***Le suivi insuffisant des femmes en situation sociale difficile***

*Les conseillers font remarquer que le taux de femmes peu ou pas suivies est toujours de 1% en 2003 selon l'enquête nationale périnatale, ce qui témoigne pour eux d'une non-prise en compte des difficultés spécifiques de cette population. L'ENP 2003 ne tire pas de conclusion de cette donnée car l'échantillon de 15000 naissances n'est pas un bon instrument pour la mesure des phénomènes peu fréquents ( $\leq 1\%$ ), ce qui est le cas pour les femmes ayant moins de 4 consultations (dans l'échantillon 138 femmes en 1998 et 143 en 2003).*

*Concernant la nécessité d'améliorer la prise en charge des populations les plus fragiles, un groupe de travail piloté par la Direction générale de l'action sociale s'est mis en place récemment et devrait faire des propositions rapidement pour répondre à cet objectif.*

***Indicateurs statistiques***

*Il est précisé que le pays participera au programme européen PERISTAT. Il semble plus légitime d'indiquer que le projet européen PERISTAT recommande l'utilisation d'un certain nombre d'indicateurs comparables au niveau européen, dont une partie peut d'ailleurs être obtenue par l'état civil ou le Programme Médicalisé des Systèmes d'Information (PMSI).*

***Internat en médecine***

*La mise en place d'une nouvelle filière de l'internat de médecine pour l'accès à la profession d'anesthésiste réanimateur en 1999, n'est vraisemblablement pas à l'origine de la hausse du nombre d'anesthésistes entre les 1<sup>er</sup> janvier 1999 et 2003, puisque les étudiants concernés sont pour la plupart en formation.*

---