

Études & Résultats

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES



OCTOBRE

2017

NUMÉRO

1031

Les maternités en 2016

Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale

L'enquête nationale périnatale réalisée dans toute la France en mars 2016 décrit notamment les maternités et leur environnement, l'organisation des soins et des équipements. Le mouvement de concentration des maternités se poursuit : le nombre de maternités recule, passant de 816 en 1995 à 517 en 2016. Les équipements et la présence permanente de médecins spécialistes se sont renforcés. Les refus d'accueil des femmes par manque de place sont moins fréquents en 2016 qu'en 2010.

Les attributions des sages-femmes se sont élargies : ils-elles réalisent 87 % des accouchements par voie basse non instrumentale. Très impliqués dans le suivi prénatal, ils-elles donnent aussi des consultations en tabacologie, acupuncture, échographie, allaitement, etc.

Les maternités s'organisent pour mieux prendre en compte les besoins des femmes. La disponibilité de l'analgésie péridurale autocontrôlée notamment a progressé et un programme de réhabilitation post-césarienne est présent dans deux maternités sur trois. Enfin, l'accompagnement par une sage-femme à la sortie de la maternité s'est généralisé.

Jeanne Fresson, Sylvie Rey, Alexis Vanhaesebrouck, Annick Vilain (DREES)

Avec la participation de Béatrice Blondel, Camille Bonnet et Bénédicte Coulm (INSERM), Deborah Cvetojevic, Martin Szcrupak, Lydia Valdès (DGOS)

En mars 2016, la France compte au total 517 maternités, 497 en France métropolitaine et 20 dans les départements et régions d'outre-mer (DROM)¹. Sous l'effet des restructurations profondes de l'offre de soins en périnatalité (fermetures, fusions, rapprochements interhospitaliers ou coopérations public-privé...), le nombre des maternités a continué de décroître depuis 2010, mais de façon moins importante qu'au cours des périodes précédentes². Au total, depuis 1995, le nombre de maternités a diminué de 39 % alors que le nombre de naissances a augmenté puis diminué durant cette période, retrouvant en 2016 son niveau de 1999. Les maternités de taille intermédiaire (entre 1 000 et 1 500 accouchements), en particulier, sont moins nombreuses. Le nombre des maternités de moins de 500 accouchements par an se maintient et celui des très grandes maternités (plus de 3 500 accouchements par an) augmente.

Les données des enquêtes nationales périnatales (ENP) [encadré 1] sur les maternités reposent sur un questionnaire adressé aux sages-femmes coordinatrices et aux chefs de service. Elles complètent les données disponibles chaque année dans le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) (encadré 1). La dernière ENP s'est déroulée en mars 2016 dans l'ensemble du territoire

...

1. Collectivités territoriales régies par l'article 73 de la Constitution.

2. Le temps parcouru par les femmes pour aller accoucher n'a pas changé depuis 2003 (rapport INSERM-DREES, 2016).

•••
3. Les maternités de type IIA, IIB et III disposent d'un service de néonatalogie (voir encadré 2).

français. Ces premiers résultats décrivent les caractéristiques des maternités, leur environnement, le profil de leurs équipes soignantes, l'organisation des prises en charge et les évolutions observées depuis les enquêtes de 2003 et 2010.

L'analyse est détaillée selon le type de maternités (niveau de spécialisation), leur taille et leur statut public ou privé, le « public » regroupant les maternités publiques et les établissements de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC).

Moins de maternités sans service de néonatalogie et développement des maternités de très grande taille

En 2016, la France métropolitaine compte 43 % de maternités de type I, 28 % de type IIA, 17 % de type IIB et 12 % de type III³ (encadré 2). Les accouchements se répartissent de façon assez homogène entre ces catégories. Toutefois, la part des accouchements dans les maternités de type III a augmenté entre 2010 et 2016, passant de 22 % à 26 % (tableau 1). Dans les DROM, les maternités de type IIB et III occupent une place prépondérante.

Entre 2003 et 2016, le nombre des maternités de type I a diminué de 37 % et s'établit à 214 en 2016 ; celui des maternités de type IIA a légèrement baissé entre 2003 (132) et 2010 (122) mais augmente depuis,

pour atteindre 141 en 2016. Le nombre de maternités de type IIB, stable entre 2003 et 2010 (90), diminue légèrement en 2016 (82) alors que le nombre de maternités de type III a peu varié (56 maternités en 2003, 61 en 2010 et 60 en 2016) [graphique 1].

Entre 2010 et 2016, le nombre de maternités réalisant moins de 500 accouchements par an a cessé de baisser et augmente même légèrement en Métropole. Elles sont 58 maternités en 2016 et réalisent 3 % des accouchements.



TABLEAU 1

Accouchements en Métropole et dans les DROM

	Métropole	DROM
Nombre d'accouchements en 2015 ¹	752 787	38 548
Répartition des accouchements selon le type d'autorisation		
I	23 %	13 %
IIA	30 %	14 %
IIB	21 %	11 %
III	26 %	62 %
Répartition des accouchements selon la taille des établissements (accouchements par an)		
< 500	3 %	2 %
500 à 999	15 %	10 %
1000 à 1499	16 %	9 %
1500 à 1999	15 %	13 %
2000 à 3499	35 %	32 %
≥ 3500	15 %	34 %
Répartition des accouchements selon le statut		
Public ou ESPIC	75 %	79 %
Privé à but lucratif	25 %	21 %

1. Données de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE).

Lecture • En 2005, 3 % des accouchements ont eu lieu dans une maternité réalisant moins de 500 accouchements dans l'année en Métropole.

Champ • France entière.

Source • ENP-SAE.



ENCADRÉ 1

Les enquêtes nationales périnatales

Les enquêtes nationales périnatales (ENP) contribuent au suivi et à l'évaluation des plans Périnatalité et des politiques de santé périnatale, avec une base méthodologique identique en 1995, 1998, 2003, 2010 et 2016. Elles recueillent des informations individuelles sur l'état de santé des mères et des nouveau-nés, les soins périnataux et les facteurs de risque à partir d'un échantillon constitué de tous les accouchements et naissances survenus pendant une semaine donnée, représentatif de la situation en France. Le questionnaire est rempli pour partie en interrogeant la mère, et pour partie avec les informations contenues dans son dossier médical. Depuis 2003, ces enquêtes comportent aussi un volet « établissement » : un questionnaire est adressé aux chefs de service et aux sages-femmes coordinatrices des maternités, qui permet de recueillir des informations déclaratives détaillées sur les équipes soignantes, les équipements, l'organisation des soins, ainsi que sur l'environnement des maternités. Cette publication présente les données du volet « établissements », pour la dernière édition de l'enquête qui a eu lieu du 14 au 20 mars 2016 dans toutes les maternités de Métropole et des DROM. Au total, 492 questionnaires « établissement » ont été recueillis pour la Métropole et 20 pour les DROM. Les données de la SAE et du PMSI ont été utilisées pour valider ces questionnaires et compléter les données manquantes, afin d'obtenir une description exhaustive de l'offre de soins en fonction des caractéristiques des maternités (statut, taille, type). En 2016, cinq maternités n'ont pas renvoyé le volet « établissement » de l'ENP (29 en 2003 et 10 en 2010). Nous décrivons ici les évolutions observées de 2003 à 2016 en Métropole et, pour les DROM, les

données de 2016. La Martinique n'a pas participé à l'ENP 2010 et Mayotte a été intégrée à partir de 2016. La typologie habituelle des maternités n'est pas adaptée à Mayotte où quatre centres de référence (maternités sans obstétriciens) sont rattachés au centre hospitalier de Mamoudzou, qui a été classé comme équivalent à un type III. Chacun des centres a rempli un questionnaire d'enquête mais, dans les résultats présentés, les données des centres de référence ont été regroupées avec celles de leur établissement de rattachement. Le nombre d'accouchements de l'année 2015 a été utilisé pour classer les maternités en six catégories de taille (de moins de 500 accouchements à 3 500 accouchements ou plus par an). Les quatre types de maternités correspondent aux autorisations I, IIA, IIB et III.

L'enquête a été mise en œuvre par l'équipe de recherche en épidémiologie obstétricale, périnatale et pédiatrique (EPOPé) de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM UMR 1153) et la Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques (DREES), en collaboration avec la Direction générale de la santé (DGS), la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'Agence nationale de santé publique (Santé publique France).

Elle a été réalisée avec la participation des services départementaux de Protection maternelle et infantile (PMI) et grâce à la contribution des personnes travaillant dans les maternités et les réseaux de santé en périnatalité. Elle a été financée par la DREES, la DGS, la DGOS et Santé publique France.

ENCADRÉ 2

Éléments de réglementation encadrant le fonctionnement des maternités

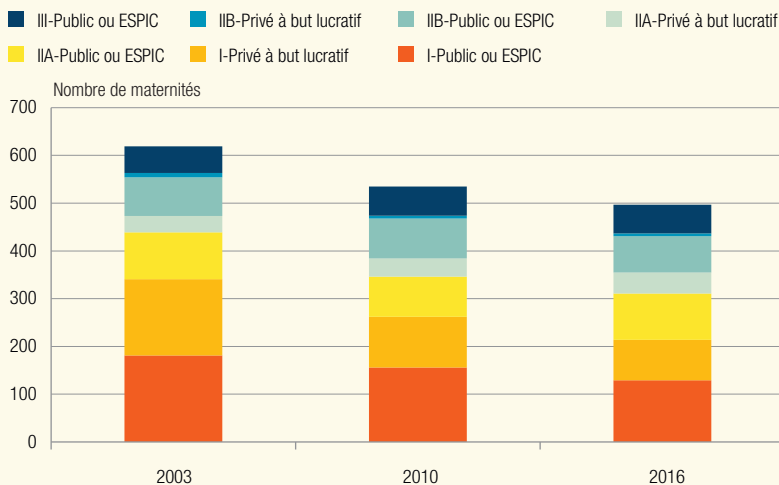
Afin d'améliorer la sécurité de la naissance, deux décrets du 9 octobre 1998 ont introduit de nouvelles normes de sécurité pour les maternités, relatives aux personnels et aux locaux, et de nouvelles règles d'organisation. Quatre types de maternités ont été définis, qui correspondent à trois niveaux de spécialisation des soins pour les nouveau-nés. Les maternités de type I accueillent les grossesses sans problème identifié. Celles qui disposent d'un service de néonatalogie sur le même site que le service d'obstétrique sont de type IIA ou de type IIB selon l'absence ou la présence de lits dédiés aux soins intensifs en néonatalogie. Les maternités de type III prennent en charge les grossesses « à risque », avec un service de réanimation néonatale et un service de néonatalogie. Des réseaux de santé en périnatalité sont chargés de coordonner les maternités entre elles, notamment pour l'organisation des transferts.

La réglementation concernant les locaux et les personnels nécessaires au fonctionnement des maternités a été adossée à leur volume d'activité. Tout secteur de naissance comporte au moins une salle de travail. L'arrêté du 25 avril 2000 précise que le nombre minimal de salles de travail est d'une supplémentaire pour 500 accouchements entre 500 et 3 000 accouchements par an, et d'une salle supplémentaire pour 1 000 accouchements au-delà de 3 000 accouchements (soit deux salles si la maternité réalise annuellement entre 500 et 1 000 accouchements, trois salles entre 1 001 et 1 500 accouchements, six salles entre 2 501 et 3 000, sept salles entre 3 001 et 4 000...). Le nombre minimal de salles de pré-travail est de 1 pour 1 000 accouchements par an. Certains établissements confrontés à une augmentation du nombre de naissances et qui ne peuvent à court terme entreprendre des travaux d'extension des locaux de la maternité peuvent être amenés à aménager des salles de pré-travail en salle de naissance, afin d'y accueillir les parturientes pendant le travail.

Selon les décrets de 1998, doivent être présents au minimum un-e sage-femme affecté-e au secteur de naissance en continu pour les maternités de moins de 1 000 naissances par an et un-e sage-femme (en équivalent temps plein) en plus pour chaque tranche de 200 naissances supplémentaires. En ce qui concerne les médecins, pour une maternité qui accueille moins de 1 500 naissances par an, au minimum et en continu, un-e gynécologue-obstétricien-ne et un-e anesthésiste doivent être d'astreinte opérationnelle et un-e pédiatre doit être disponible dans des délais compatibles avec l'impératif de sécurité. Au-delà de 1 500 naissances par an, au minimum et en permanence, un-e gynécologue-obstétricien-ne et un-e anesthésiste doivent être présents, le-la premier-ère au sein de la maternité et le-la second-e sur le site où se trouve la maternité, et un-e pédiatre doit être d'astreinte opérationnelle. Un-e anesthésiste doit être présent-e en permanence dans l'unité d'obstétrique au-delà de 2 000 naissances par an. Les pédiatres sont toujours présents de jour dans les services de néonatalogie et, au minimum, en astreinte la nuit (maternités IIA), et doivent être présents en permanence dans les unités de soins intensifs et de réanimation néonatale (maternité de type IIB et III).

GRAPHIQUE

Évolution du nombre de maternités en Métropole selon le type d'autorisation et le statut



Lecture • En 2016, 129 maternités de type I appartiennent au secteur public.

Champ • France métropolitaine.

Sources • ENP-SAE

En 2016, vingt maternités accueillent moins de 300 accouchements par an, contre 14 en 2010. Le maintien de ces « très petites » maternités (toutes de type I) peut s'expliquer par leur isolement géographique. Le temps médian⁴ pour se rendre de la commune où se situe la maternité à celle de la maternité de type IIA, IIB ou III la plus proche est de 57 minutes en heures creuses (62 minutes en heures pleines). Deux de ces maternités sont situées à plus d'une heure et demie de la maternité de type IIA, IIB ou III la plus proche.

À titre de comparaison, en France métropolitaine, pour les maternités de type I réalisant plus de 300 accouchements par an, ce temps médian est de 19 minutes (respectivement 26 minutes).

À l'autre extrémité, le nombre de maternités accueillant 2 000 accouchements ou plus reste stable. Parmi elles, celles réalisant 3 500 accouchements ou plus sont de plus en plus nombreuses (27 en 2016, contre 6 en 2003) et rassemblent 15 % des accouchements.

Entre 2010 et 2016, la diminution du nombre de maternités concerne surtout les établissements de taille moyenne qui accueillent entre 1 000 et 1 500 accouchements (-23 %). Pour les autres catégories de maternités, les évolutions sont plus difficiles à analyser. Le nombre des maternités réalisant entre 1 500 et 1 999 accouchements reste stable. Il est toujours inférieur à celui des autres catégories.

Il existe un lien étroit entre la taille, le niveau de spécialisation et le statut des maternités. Parmi les maternités accueillant 3 500 accouchements ou plus par an, 81 % sont ainsi de type III (toutes publiques), deux autres maternités sont de type IIB (publiques) et trois maternités appartenant au secteur privé à but lucratif sont de type IIA. À l'inverse, les maternités réalisant moins de 500 accouchements par an sont uniquement des maternités de type I, publiques pour 80 % d'entre elles.

Les maternités privées sont essentiellement de type I ou IIA. Seules six maternités privées sont de type IIB et aucune n'est de type III. Dans ce secteur, la taille des maternités augmente, de même que la part des établissements de type IIA.

4. Médiane des temps de parcours entre les centres des communes calculée avec le distancier Méric (MEsure des TRajets Inter-Communes / Carreaux) de l'INSEE, calculs DREES.

...

5. Le terme « régionalisation » fait ici référence à une organisation graduée des soins regroupant un ensemble géographique de maternités de différents niveaux de spécialisation. Il ne doit donc pas être interprété comme le découpage administratif des régions.

6. Données ENP, complétées par les données SAE et PMSI.

Une organisation de l'offre de soins variable selon la région

Sur l'ensemble des accouchements en France métropolitaine, 26 % se produisent dans une maternité de type III en 2016, mais ce taux varie en fonction des régions (carte 1). Dans les régions du Centre et de l'Ouest (Île-de-France, Centre-Val de Loire, Normandie) les maternités de type III réalisent plus de 30 % des accouchements alors qu'en Provence-Alpes-Côte d'Azur et en Bourgogne-Franche-Comté, elles en réalisent moins de 20 %. Seule la Corse ne compte aucune maternité de type III. Les chiffres pour les régions de grande taille peuvent toutefois masquer des disparités infrarégionales. Les réformes récentes (nouvelles régions, groupements hospitaliers de territoire-GHT) peuvent influencer l'organisation des maternités, mais le niveau géographique pertinent pour l'analyse de la régionalisation des soins en périnatalité dans ce nouveau contexte reste à définir⁵.

Les DROM se caractérisent globalement par une offre de soins plus spécialisée qu'en Métropole (en Guyane et à La Réunion, les maternités de type III accueillent 47 % des accouchements, en Martinique 53 %, en Guadeloupe 61 %).

La Réunion et la Guyane disposent d'au moins une maternité de chaque niveau de spécialisation alors que la Martinique et la Guadeloupe ne compte aucune maternité de type IIA ou IIB.

À Mayotte, il existe un seul centre hospitalier comportant une maternité considérée comme étant de type III et quatre « centres de référence » répartis sur l'île, disposant de salles de naissances, qui dépendent juridiquement du centre hospitalier. En leur sein, les accouchements des femmes présentant une grossesse à bas risque sont accompagnés par des sages-femmes uniquement qui assurent également le suivi ante- et post-partum.

Entre 2010 et 2016, le nombre de maternités du secteur privé à but lucratif s'est stabilisé après une diminution observée au cours des périodes précédentes. Ce secteur, qui représente 27 % des maternités, accueille 25 % des accouchements⁶ en Métropole en 2016 (contre 28 % en 2010). Son implantation est inégale selon les régions (carte 2) : le secteur privé est plus fortement représenté en Occitanie (44 % des accouchements) qu'en Bourgogne-Franche-Comté (13 %), Normandie (17 %), Centre-Val de Loire (18 %) et Bretagne (19,9 %). Le secteur privé, dans les DROM, est inexistant à Mayotte et peu présent en Guyane

(5 % des accouchements) alors qu'il concentre 31 % des accouchements à La Réunion, 34 % en Martinique et 40 % en Guadeloupe.

Moins de difficultés d'accueil par manque de place et une organisation en réseau généralisée

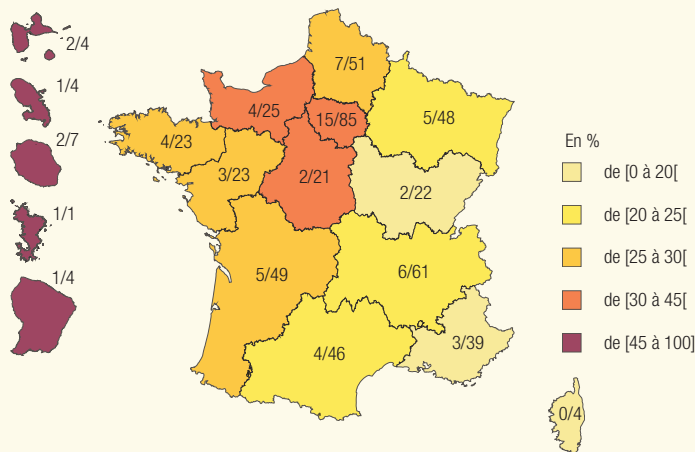
Un système d'inscription pour l'accouchement est en place dans 86 % des maternités du secteur privé et dans 59 % des maternités publiques.

Les refus d'inscription des femmes présentant une grossesse à bas risque dont le domicile est éloigné de la maternité sont rares : seules 30 maternités sont concernées et uniquement en Métropole. Parmi elles, 6 refusent systématiquement ce type d'inscription. Ces 30 maternités sont publiques, situées pour les deux tiers en Île-de-France, réalisant plus de 2 000 accouchements par an dans 87 % des cas et de type III pour un tiers d'entre elles.

Les difficultés d'accueil par manque de place sont également peu fréquentes. En 2016, en Métropole, 83 % des maternités ne rencontrent jamais cette difficulté alors que 2 % y sont souvent confrontées ; en 2010, elles étaient respectivement 73 % et 7 %. Les 8 maternités qui sont souvent confrontées à un manque de place

CARTE 1

Part des accouchements réalisés en maternités de type III et nombre de maternités de type III/nombre total de maternités



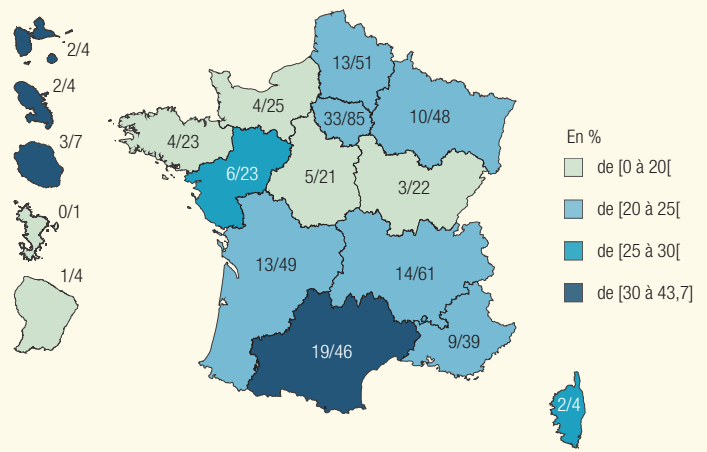
Lecture • La Guadeloupe compte 4 maternités, dont 2 de type III, qui réalisent 59,7 % des accouchements de la région.

Champ • France entière

Source • ENP-questionnaire établissement

CARTE 2

Part des accouchements réalisés en maternités privées et nombre de maternités privées/nombre total de maternités



Lecture • La Guadeloupe compte 4 maternités, dont 2 en secteur privé, qui réalisent 40,3 % des accouchements de la région.

Champ • France entière.

Source • ENP-questionnaire établissement.

sont publiques, de grande taille et le plus souvent de type III (6 sur 8). Au total, en Métropole, 29 % des maternités de type III disent devoir refuser parfois ou souvent des femmes par manque de place contre 47 % en 2010. Dans les DROM, parmi les 7 maternités de type III, 4 d'entre elles mentionnent ces difficultés qui se produisent « souvent » pour 2 d'entre elles (en Guyane et à Mayotte).

En 2016, la quasi-totalité des maternités (99 %) déclarent appartenir à un réseau de santé en périnatalité formalisé, incluant le service départemental de Protection maternelle et infantile (PMI) et des professionnels libéraux (mentionnés par 90 % des maternités), mais moins souvent des représentants des usagers (48 %). Ces résultats sont très proches de ceux observés en 2010.

Les réseaux mettent à disposition des maternités de nombreux outils : des formations et des protocoles de prise en charge (respectivement pour 86 % et 83 % des maternités), des outils pour faciliter les collaborations interprofessionnelles et la coordination des soins entre les maternités et avec les soins de ville. Un répertoire des professionnels de santé est notamment utilisé dans deux maternités enquêtées sur trois. Toutefois, seules 22 % des maternités indiquent utiliser un dossier médical commun aux maternités du réseau.

La régionalisation des soins en périnatalité, qui organise une offre de soins graduée (encadré 2), inclut la mise en œuvre de transferts entre les maternités pour permettre à toutes les femmes et à tous les nouveau-nés l'accès à un plateau technique adapté à leur niveau de risque. C'est l'une des missions des réseaux. Pour les nouveau-nés les plus à risque (grands prématurés par exemple), il est recommandé dans la mesure du possible d'organiser le transfert de la mère vers une maternité de type III avant la naissance (transfert *in utero*). En 2016, les transferts sont organisés par une cellule d'orientation périnatale pour 63 % des maternités.

La distance médiane déclarée par les maternités de type I, IIA et IIB pour les transferts vers une maternité de type III est de 45 km en Métropole, sans changement par rapport à 2010. Ces données sont cohérentes avec les temps de trajets que l'on peut calculer par ailleurs⁷. Pour la

Métropole, le temps de trajet médian pour ces transferts est de 39 minutes en heures creuses (46 minutes en heures pleines). Pour 10 % des maternités, il est de plus de 77 minutes en heures creuses (87 minutes en heures pleines). Des différences régionales existent. L'Île-de-France se caractérise par des délais nettement plus courts : 18 minutes de temps de trajet médian en heures creuses (27 minutes en heures pleines) et pour 10 % des maternités, au moins 44 minutes (et au moins 51 minutes en heures pleines).

La sécurité autour de l'accouchement continue de progresser

L'amélioration de l'infrastructure des maternités, relevée entre 2003 et 2010, s'est poursuivie en 2016. Ainsi, 75 % des blocs obstétricaux sont soit situés directement dans le secteur naissance soit contigus à celui-ci, contre 66 % en 2010. Pour les maternités de type III, ces chiffres sont de 94 % en 2010 et 100 % en 2016. Pour les maternités de type IIB, l'évolution est particulièrement nette, ce même taux passant de 72 % en 2010 à 86 % en 2016.

En 2016, 48 % des maternités disposent sur leur site d'une unité de réanimation adulte. Ce taux atteint 88 % pour celles de types IIB ou III. Les 16 maternités de types IIB ou III qui n'ont pas ce type d'unité sur place disposent dans 11 cas d'une unité de surveillance continue. Seules 5 maternités ne déclarent ni unité de réanimation adulte ni unité de surveillance continue sur le même site, mais mentionnent toutes l'existence d'une salle de réveil ouverte 24 h/24.

Par ailleurs, sur l'ensemble des maternités, 97 % disposent sur leur site d'une salle de réveil ouverte 24 h/24 ou d'une unité de surveillance continue (93 % en 2010). Cette dernière peut accueillir la nuit les femmes opérées en urgence si la salle de réveil n'est pas ouverte.

Dix-sept maternités n'ont ni salle de réveil ouverte 24 h/24, ni unité de surveillance continue, ni service de réanimation adulte : il s'agit essentiellement d'établissements de type I, du secteur privé dans plus de la moitié des cas.

Dans 99 % des établissements, le seuil minimal de salles de travail par maternité prévu par la réglementation (en fonction du

nombre d'accouchements) est respecté. Les maternités qui font exception (1 %) sont toutes de grande taille, réalisant entre 2 000 et 3 500 accouchements ; leurs locaux n'ont probablement pas pu être adaptés à une augmentation rapide de leur activité. En moyenne, les maternités disposent de quatre salles de travail.

En France, l'hémorragie reste la première cause de morbi-mortalité maternelle, et de nombreuses actions ont été menées pour en diminuer la fréquence et en améliorer la prise en charge. En 2016, des questions spécifiques ont été posées dans l'enquête au sujet de la prise en charge et la surveillance du risque hémorragique. Les équipements sont liés à la fois au type et au volume d'activité des établissements : 80 % des maternités de type I et jusqu'à 97 % de celles de type III, 71 % des maternités de moins de 500 accouchements par an et jusqu'à 98 % pour celles de plus de 2 000 accouchements par an déclarent bénéficier en salle de naissance d'un moyen de surveillance de l'hémoglobine au lit de la patiente.

Les maternités déclarent disposer d'un site ou d'un dépôt de délivrance de produits sanguins labiles dans 74 % des cas (et jusqu'à 90 % en type III). En l'absence de site ou de dépôt de délivrance, 77 % des maternités ont accès à un dépôt d'urgence sur le site, situés à moins de 5 minutes dans 97 % des cas. Lorsqu'il n'y a pas non plus de dépôt d'urgence (6 % des maternités), le délai déclaré d'obtention de culots globulaires demandés en urgence vitale est toujours inférieur à 30 minutes.

La présence 24 h/24 des gynécologues-obstétriciens ne s'accroît. Ils-elles sont présents en continu⁸ dans 61 % des maternités contre 54 % en 2010 et 39 % en 2003 (tableau 2). Cette proportion est de 100 % dans les maternités de type III, comme en 2010. Elle continue de progresser parmi celles de type IIB, passant de 79 % en 2010 à 90 % en 2016. L'augmentation est plus lente pour les autres maternités (31 % en type I et 71 % en type IIA en 2016 contre respectivement 28 % et 69 % en 2010). La part des établissements n'ayant pas toujours un-e gynécologue obstétricien-ne sur place pendant les jours de la semaine est de 5 % en 2016 (9 % en type I).

•••

7. Temps de parcours entre les centres des communes calculé avec le distancier Méric.

8. Le jour, la nuit et le week-end.

•••

9. Les mesures du pH et des lactates permettent d'apprécier la tolérance fœtale au cours du travail.

10. Technique d'analyse automatisée du rythme cardiaque fœtal.

11. Il a pour principaux objectifs de présenter le dispositif de suivi de la grossesse, d'anticiper les difficultés liées à la grossesse et d'informer les femmes sur les facteurs de risques de pathologies liées à la grossesse.

De même, entre 2010 et 2016, la présence en continu d'un-e anesthésiste-réanimateur-ice dans la maternité ou l'établissement a augmenté de 75 % à 81 %. La proportion de maternités ne bénéficiant pas de la présence systématique d'un-e pédiatre, même en journée, a diminué de 23 % en 2010 à 17 % en 2016.

Les examens de seconde ligne en cas d'anomalie du rythme cardiaque fœtal sont réalisés *in utero* dans près d'une maternité sur deux (lactates au scalp seuls dans 22 % des cas, associés aux pH dans 16 % d'autres cas, pH seul dans 8 % des cas⁹). D'autres protocoles sont cités, de façon moins fréquente : l'utilisation du STAN¹⁰ est rapportée par seulement 5 % des maternités, essentiellement celles de type III (13 %).

La mesure du pH sur le sang du cordon à la naissance est systématiquement réalisée dans neuf maternités sur dix, et selon les circonstances dans 5 % des maternités, contre respectivement 64 % et 18 % pour la mesure des lactates.

Un rôle important des sages-femmes dans le suivi prénatal et au moment de l'accouchement

Le nombre moyen de sages-femmes dans le secteur naissance en journée a diminué dans les maternités de moins de 1 500 accouchements par an (passant de 1,7 en 2010 à 1,4 en 2016). Il augmente dans les maternités de plus de 2 000 accouchements par an, en lien avec la progression du volume d'accouchements (de 3,4 en 2010 à 3,8 en 2016). Dans les questionnaires adressés aux patientes, 87 % des femmes ayant accouché par voie basse non instrumentale ont précisé qu'un-e sage-femme avait réalisé leur accouchement (95 % en secteur public et 57 % en secteur privé).

Des consultations prénatales sont données par des sages-femmes de la maternité dans 96 % des maternités en 2016, contre 82 % en 2010. Les consultations les plus souvent citées par les maternités sont celles de suivi de grossesse et de surveillance rapprochée ; les sages-femmes réalisent aussi des consultations dans des domaines diversifiés : tabacologie, acupuncture, échographie et allaitement. Les consultations



TABLEAU 2

Ressources et équipements des maternités selon le type d'autorisation en 2016

	Type d'autorisation				En %
	I	IIA	IIB	III	Total
Personnel					
Part des établissements avec présence 24 h/24 des médecins suivants :					
Anesthésiste dans le secteur naissance	21	46	66	90	45
Gynéco-obstétricien-ne dans la maternité ou dans l'établissement	31	71	90	100	61
Pédiatre dans l'établissement	9	29	93	100	40
Recours possible à :					
Psychiatre du service ou intervenant dans un cadre formalisé	31	49	56	83	47
Psychologue du service ou intervenant dans un cadre formalisé	84	96	95	100	91
Assistant-e de service social dédiée au service	18	41	61	85	40
Infrastructures présentes dans la maternité					
Salle de naissance physiologique	35	43	41	48	40
Unité kangourou	4	37	54	72	30
Bloc obstétrical dans ou contigu au secteur naissance	61	81	85	97	75
Salle de réveil 24 h/24 ou unité de surveillance continue	94	98	99	100	97
Service de réanimation adulte	16	56	89	87	48
Équipements liés au risque hémorragique					
Moyen de surveillance de l'hémoglobine au lit de la patiente	80	86	94	97	86
Site ou dépôt de délivrance de PSL(1) sur le site de la maternité	61	76	93	90	74
Accueil de populations spécifiques					
Équipements pour l'accueil des femmes à mobilité réduite	66	77	78	85	73
Dispositif de prise en charge des femmes en situation de précarité	73	87	91	97	83
dont PASS(2) dans l'établissement	36	51	78	88	54
Programme de réhabilitation précoce post-césarienne	58	64	66	85	64

1. Produits sanguins labiles.

2. Permanence d'accès aux soins de santé.

Lecture • 21 % des maternités de type I ont un-e anesthésiste présent-e dans le secteur naissance 24 h/24.

Champ • France métropolitaine.

Source • ENP-questionnaire établissement.

de suivi de grossesse sont réalisées par les sages-femmes de la maternité dans 96 % des maternités publiques et 19 % des maternités privées. En revanche, des consultations de surveillance rapprochées sont réalisées par les sages-femmes de l'établissement dans la quasi-totalité des maternités (96 %) quel que soit le statut de l'établissement. L'entretien prénatal¹¹, proposé dans 85 % des établissements, mobilise surtout des sages-femmes de la maternité : ils-elles sont les seul-e-s à réaliser les entretiens dans 81 % des établissements, et le font avec d'autres praticiens dans 7 % ; les sages-femmes extérieurs interviennent dans 15 % des materni-

tés et le-la gynécologue-obstétricien-ne n'est impliqué-e que dans 4 % des cas (tableau 3). La grande majorité des maternités (9 sur 10) organisent également des séances de préparation à la naissance et à la parentalité, animées principalement par les sages-femmes salariés de l'établissement, mais aussi parfois par des sages-femmes extérieurs (surtout dans les maternités de type I ou les très grandes maternités).

Parallèlement à l'expérimentation des maisons de naissance et dans la perspective d'une moindre médicalisation des accouchements, 40 % des maternités indiquent qu'elles disposent d'un espace dédié distinct des salles de naissance classiques

TABLEAU 3

Soins délivrés par les sages-femmes selon le statut de l'établissement en 2016

	Statut de l'établissement		Total
	Public et ESPIC	Privé à but lucratif	
Nombre d'établissements ¹	362	130	492
Consultations prénatales réalisées par des sages-femmes de la maternité	100 %	86 %	96 %
Si oui, types de consultation²			
suivi de grossesse ³	96 %	19 %	78 %
surveillance rapprochée ⁴	95 %	97 %	96 %
autres ⁵	27 %	10 %	23 %
Entretien prénatal précoce réalisé dans la maternité	95 %	58 %	85 %
Si oui, personnels impliqués²			
sages-femmes de la maternité	95 %	49 %	88 %
gynécologues-obstétriciens-ne-s	3 %	9 %	4 %
autres personnes ⁶	6 %	57 %	15 %
Cours de préparation à la naissance et à la parentalité réalisés dans la maternité	94 %	73 %	88 %
Si oui, personnels impliqués²			
sages-femmes de la maternité	96 %	43 %	84 %
sages-femmes extérieurs	15 %	71 %	27 %

1. Les cinq établissements qui n'ont pas répondu au questionnaire ne sont pas ici comptabilisés.
2. Plusieurs réponses possibles.
3. Consultations mensuelles proposées à toutes les femmes enceintes pour veiller au bon déroulement de la grossesse.
4. Surveillance spécifique des grossesses à risque (exemple : suivi des termes dépassés).
5. Essentiellement des consultations d'acupuncture, pour échographie ou de tabacologie.
6. Essentiellement sages-femmes libéraux.
Lecture • 96 % des maternités du secteur public organisent des consultations de suivi de grossesse.
Champ • France métropolitaine.
Source • ENP-questionnaire établissement.

où sont réalisés les accouchements moins médicalisés.

En 2016, 30 % des maternités disposent d'une unité kangourou¹². Dans les maternités de type III, cette proportion a progressé, de 52 % en 2010 à 72 % en 2016.

Les maternités répondent mieux aux demandes des femmes

La disponibilité de l'analgésie péridurale autocontrôlée (PCEA) telle que déclarée par les maternités progresse de 58 % en 2010 à 69 % en 2016. Elle augmente avec la taille et le type d'autorisation de la maternité. Elle est disponible dans 40 % des maternités de moins de 500 accouchements par an et dans 96 % des maternités de plus de 3 500 accouchements. Parmi les établissements équipés pour la PCEA, 71 % affirment détenir un nombre suffisant de pompes pour couvrir l'ensemble des salles de naissance. La possibilité de

déambuler sous péridurale reste peu fréquente ; elle est offerte dans 9 % des établissements, sans évolution depuis 2010. Dans plus de la moitié des maternités (65 % en 2016 contre 60 % en 2010), il n'existe pas de protocole unique d'analgésie-anesthésie et les protocoles varient en fonction des pratiques de l'anesthésiste de garde¹³. L'uniformité des pratiques augmente avec la taille de la maternité : elles sont homogènes dans 19 % dans les maternités de moins de 500 accouchements et dans 67 % de celles de 3 500 accouchements ou plus par an. L'influence du secteur, public ou privé, apparaît pour les maternités de 1 500 accouchements ou plus par an, pour lesquelles on observe un taux de 30 % de maternités ayant un protocole unique d'analgésie-anesthésie dans le secteur privé et de 57 % dans le secteur public. Les taux les plus élevés de protocole unique d'analgésie-anesthésie concernent

les centres hospitaliers universitaires (CHU, 70 %), ce qui peut s'expliquer par la nécessité de coordonner un plus grand nombre d'acteurs et par les objectifs de formation.

La lutte contre la douleur fait partie des pratiques pour la « réhabilitation précoce » post-césarienne, qui a également pour objectif d'améliorer l'évolution fonctionnelle des femmes opérées et de réduire la morbidité post-opératoire. La « réhabilitation précoce » consiste également en un lever et une mobilisation précoce de la femme. Elle comporte aussi l'ablation rapide de la voie veineuse périphérique et de la sonde vésicale, et une reprise précoce de l'alimentation et des boissons. Un tel programme est présent dans 58 % des maternités de type I et dans 85 % des maternités de type III.

Plus de la moitié des établissements ont une permanence d'accès aux soins de santé (PASS)

Une maternité sur six déclare accueillir au moins une fois par mois des femmes sans hébergement à la sortie de la maternité : 21 % des établissements publics sont concernés, dont 74 % des CHU, contre 4 % des établissements privés à but lucratif. Les 12 établissements qui indiquent être confrontés à cette situation au moins une fois par semaine sont publics et ont tous une activité supérieure à 2 000 accouchements par an ; ils sont en quasi-totalité (11 sur 12) situés en Ile-de-France.

La lutte contre l'exclusion sociale fait partie des missions de service public hospitalier instaurées par la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST)¹⁴ de 2009. Les PASS sont des dispositifs opérationnels créés par la loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. Elles visent à faciliter l'accès des personnes en situation de précarité au système hospitalier, aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social. Il s'agit de leur rendre l'accès au système de santé plus aisé et de les accompagner dans leurs démarches.

En 2016, 92 % des établissements publics, 78 % des ESPIC et 60 % des établissements privés à but lucratif déclarent disposer d'une PASS ou d'autres dispositifs spécifiques dans l'établissement pour faciliter la prise en charge des femmes enceintes

12. Une unité « kangourou » (ou mère-enfant) permet de garder auprès de leur mère des nouveau-nés qui nécessitent des soins médicaux et une surveillance accrue.
13. La mise en place d'un protocole unique au sein des équipes est un facteur d'amélioration de la qualité des prises en charge. Le protocole unique est recommandé par la Société française d'anesthésie-réanimation (SFAR).
14. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

en situation de précarité ou de vulnérabilité. Ces dispositifs sont plus fréquents dans les maternités de grande taille : on les retrouve dans 96 % des maternités de plus de 3 500 accouchements par an, contre 70 % pour les maternités de moins de 500 accouchements par an.

Une PASS est présente dans 73 % des établissements publics, 26 % des ESPIC et 10 % des établissements privés à but lucratif. Parmi les maternités disposant d'une PASS dans l'établissement, 60 % y ont systématiquement recours pour les femmes concernées.

Pour la prise en charge de ces femmes, des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) sont organisées par 36 % des établissements. Elles sont plus souvent mises en œuvre quand il n'y a pas de recours systématique à une PASS. Enfin, 12 % des établissements mentionnent le recours aux services de PMI en dehors des RCP.

Plus de 90 % des maternités ont également la possibilité de recourir à un-e assistant-e de service social. Cette personne peut être spécifiquement dédiée à la maternité, le plus souvent de type III, ou présente pour l'ensemble de l'établissement.

Par ailleurs, les équipements pour assurer le suivi prénatal, l'accouchement et l'hospitalisation des femmes à mobilité réduite, comprenant au minimum une chambre spécialement aménagée, sont d'autant plus

fréquents que la taille de la maternité est importante : 44 % des maternités de moins de 500 accouchements par an déclarent être équipées contre 92 % des maternités de plus de 3 500 accouchements par an.

L'accompagnement des femmes à la sortie de la maternité s'est généralisé

La Haute Autorité de santé (HAS) a publié en 2014 des recommandations concernant les conditions et l'organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. Conformément à ces recommandations, 94 % des maternités déclarent remettre une information aux femmes pendant leur grossesse sur les modalités de sortie après l'accouchement. Cependant, alors que la HAS préconise une information à la fois écrite et orale, seul un tiers des maternités le font, les autres ne délivrant qu'une information orale ou écrite aux femmes.

Le recours aux fiches de liaison maternité/ville, outil destiné à informer les professionnels libéraux sur la prise en charge du couple mère/enfant dans la maternité, était également recommandé par la HAS au moment de l'enquête¹⁵ : 69 % des établissements publics, 54 % des ESPIC et 46 % des maternités privées à but lucratif indiquent remettre systématiquement aux femmes une fiche de liaison lors de leur

sortie de la maternité. Cette pratique se révèle plus fréquente dans les maternités de type III (78 %) que dans les autres établissements (60 %). En cas de recours systématique aux fiches de liaison, les coordonnées d'un professionnel de la maternité pouvant être contacté par le professionnel de ville y sont mentionnées pour deux établissements sur trois.

L'organisation de la sortie après l'accouchement a été marquée ces dernières années par une implication importante de l'Assurance maladie, à travers la mise en place du Programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO). Le PRADO a été instauré en 2010 et a pour objectif de favoriser un retour à domicile plus rapide après une hospitalisation sans complication. En obstétrique, l'intervention d'un conseiller de l'Assurance maladie pendant l'hospitalisation permet aux femmes avec un nouveau-né unique bien portant d'organiser le retour à domicile et de proposer un suivi par un-e sage-femme libéral-e.

Alors que 8 % des maternités déclaraient proposer à la plupart des femmes une visite à domicile par un-e sage-femme libéral-e à la sortie de suite de couches en 2010, elles sont 79 % à le faire dans le cadre du PRADO et 13 % en dehors du cadre de ce programme en 2016 lorsque la mère et le bébé « vont bien ».

•••
15. Il a été rendu obligatoire à partir du 1^{er} janvier 2017 (décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016).

POUR EN SAVOIR PLUS

- **Toutlemonde F. (dir.)**, 2017, *Les établissements de santé*, DREES, coll. Panorama de la DREES-santé.
- **Ducloy-Bouthors A.-S., Prunet C, Tourres J, et al.**, Organisation des soins en analgésie, anesthésie et réanimation en maternité en France métropolitaine : résultats comparés des enquêtes nationales périnatales 2003 et 2010, *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*, n° 32, page 18-24, 2013.
- Rapport INSERM-DREES, *Enquête nationale périnatale 2016. Les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010*, octobre, 2017.
- Rapport INSERM-DREES-DGS, *L'Enquête nationale périnatale 2010 : les maternités en 2010 et leur évolution depuis 2003*, juillet, 2011.
- Rapport INSERM-DREES-DGS, *L'Enquête nationale périnatale 2010 : les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003*, mai, 2011.
- **Vilain A.**, « Les maternités en 2010 : premiers résultats de l'enquête nationale périnatale », *Études et Résultats*, DREES, n° 776, octobre, 2011.

LA DREES SUR INTERNET

Retrouvez toutes nos publications sur notre site
drees.solidarites-sante.gouv.fr

Retrouvez toutes nos données sur
www.data.drees.sante.gouv.fr

Pour recevoir nos avis de parution
drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/avis-de-parution

Directeur de la publication : Jean-Louis Lhéritier
Responsable d'édition : Souphaphone Douangdara
Rédactrice en chef technique : Sabine Boulanger
Secrétaires de rédaction : Fabienne Brifault et Laura Dherbecourt
Composition et mise en pages : T. B.
Conception graphique : Julie Hiet et Philippe Brulin
Imprimeur : Imprimerie centrale de Lens
Pour toute information : drees-infos@sante.gouv.fr
Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources •
ISSN papier 1292-6876 • ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384