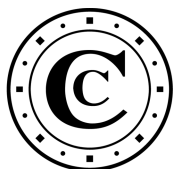


Cour des comptes



Chambres régionales
& territoriales des comptes

LES MATERNITÉS CAHIER 2 : ANALYSES RÉGIONALES

Auvergne, Bourgogne, Guyane, Île-de-France,
Nord-Pas-de-Calais, Poitou-Charentes, Provence-Alpes Côte d'Azur

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

Décembre 2014

Sommaire

LES MATERNITÉS EN AUVERGNE	5
LES MATERNITÉS EN BOURGOGNE.....	17
LES MATERNITÉS EN GUYANE.....	27
LES MATERNITÉS EN ÎLE-DE-FRANCE	39
LES MATERNITÉS EN NORD-PAS-DE-CALAIS	51
LES MATERNITÉS EN POITOU-CHARENTES	61
LES MATERNITÉS EN PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	71

Les maternités en Auvergne

I - État des lieux

A - Une région à dominante rurale avec des poches de pauvreté et des résultats de périnatalité mitigés

1 - Une densité faible, une population concentrée dans les aires urbaines, un vieillissement marqué

L'Auvergne a enregistré un peu plus de 13 000 naissances en 2013. Avec 1,35 million d'habitants (population estimée au 1^{er} janvier 2013), elle est la troisième région de métropole la moins peuplée. Sa densité, de 50 habitants au km², est deux fois moindre que celle observée nationalement. La région est celle de France où les habitants vivent à l'altitude moyenne la plus élevée, soit 490 mètres.

Après 20 années de baisse, la population croît de nouveau, essentiellement dans les aires urbaines et péri-urbaines, qui concentrent deux tiers de la population, à l'exception des villes de Montluçon et Moulins (Allier) et Aurillac (Cantal). Cette hausse est principalement due au solde migratoire positif, le solde des naissances sur les décès étant négatif de 660 personnes chaque année.

La région connaît en effet un vieillissement marqué de sa population. La part des personnes âgées d'au moins 75 ans représente 11 % de la population, contre 9 % sur la France entière. Elle place l'Auvergne au troisième rang des régions les plus âgées. Les jeunes de moins de 20 ans représentent 22 % de la population, contre 25 % sur la France entière.

2 - Un taux de pauvreté inégal

Le taux de pauvreté en Auvergne s'établissait en 2011 à 14,3 % soit un résultat équivalent à la moyenne constatée en France métropolitaine. Les départements de l'Allier et du Cantal se démarquent assez nettement, avec des taux respectifs de 15,5 % et 16,4 %. La pauvreté touche près d'une famille monoparentale sur trois.

Le nombre de bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) est inférieur en Auvergne (5,3 %) à la moyenne nationale (6,6 %), mais peut atteindre un taux beaucoup plus important dans la patientèle de certaines maternités (14 % des parturientes de la maternité du CHU de Clermont-Ferrand, seule maternité de type III de la région, bénéficiaient de la CMU en 2012, et 12 % à la maternité de Montluçon).

Le CHU de Clermont-Ferrand a évalué à près de 50 % l'impact des situations de précarité sur la durée moyenne des séjours. Il s'explique par la nécessité de trouver des solutions de sortie parfois complexes, et par la politique du CHU d'apporter des soins complémentaires (dentaire, ophtalmologie,...) lors de l'hospitalisation à la maternité. Ces soins, non compris dans la tarification du séjour, augmentent sa durée et réduisent la marge dégagée sur chaque séjour.

3 - Des résultats mitigés en matière d'indicateurs de périnatalité

Cinq décès maternels ont été comptabilisés sur la période 2007-2009, dans l'enquête réalisée par l'INSERM¹, soit un taux de 12,4 pour 100 000 naissances (9,4 en métropole).

La mortalité infantile (3,6 ‰), qui correspond au nombre de décès de moins d'un an rapporté au nombre de naissances, est conforme à la moyenne nationale. Dans le département de l'Allier, le taux atteint 4,4 ‰.

B - Des restructurations importantes de l'offre de soins

En Auvergne, l'offre de soins est aujourd'hui organisée autour de 10 maternités et de trois centres périnataux de proximité (CPP). À l'exception d'un seul établissement privé, l'offre est assurée par des structures publiques :

- 1 maternité de type III, le CHU de Clermont-Ferrand ;
- 1 maternité de type IIB à Montluçon ;
- 5 maternités de type IIA au Puy-en-Velay, à Vichy, Aurillac, Moulins et, à Clermont-Ferrand, la clinique privée de la Chataigneraie, seule structure privée de la région ;
- 3 maternités de type I à Issoire, Thiers et Saint-Flour ;
- 3 centres périnataux de proximité à Ambert, Brioude et Mauriac.

Le nombre de maternités est passé de 19 en 1996 à 10 en 2014. Les fermetures intervenues ont été justifiées par un niveau d'activité insuffisant et des difficultés de recrutement du personnel (Ambert, Brioude), ou par la nécessité de rationaliser l'offre, en regroupant des structures présentes dans une même ville (Aurillac, Vichy, Montluçon).

¹ Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles, France, 2007-2009, INSERM, octobre 2013.

Des restructurations justifiées

La maternité de Brioude (Haute-Loire) a fermé en 1998, pour être transformée en centre périnatal de proximité (CPP), le premier en France.

Elle réalisait en moyenne 200 accouchements par an. L'absence de plateau technique obligeait à transférer les patientes vers un autre établissement pour toute extraction, augmentant les risques de décès et de séquelles. Le CPP de Brioude est désormais rattaché à la maternité d'Issoire (Puy-de-Dôme), qui met à sa disposition des gynécologues-obstétriciens, anesthésistes et pédiatres dans le cadre de consultations avancées.

La maternité d'Ambert a fermé plus tardivement, en 2006, bien que le nombre d'accouchements pratiqués ait été comparable à celui de la maternité de Brioude. Les difficultés rencontrées pour remplacer le départ de deux praticiens ont justifié sa fermeture. Actée dès la rédaction du SROS en mars 2006, la suspension de l'activité a été mise en œuvre dans un premier temps en août 2006, et de manière définitive en octobre 2006. La maternité d'Ambert a été transformée en CPP, rattaché à la maternité de Thiers (Puy-de-Dôme). Cette transformation s'est accompagnée d'un renforcement du service médical d'urgence et de réanimation.

Le non-respect du seuil de 300 accouchements a également concerné le centre médicochirurgical privé des Tronquières, à Aurillac. Sa maternité a fermé en 2000, et son activité a été transférée à la maternité publique d'Aurillac (type IIA).

La maternité de Riom a fermé ses portes en 2006, bien que réalisant, les deux années précédant sa fermeture, 415 accouchements annuels. Ses difficultés à recruter des anesthésistes et sa proximité avec la maternité du CHU de Clermont-Ferrand (15 mn), ont conduit à sa transformation en CPP. Celui-ci a fermé le 1^{er} janvier 2013.

Malgré la baisse du nombre de maternités, le temps médian d'accès pour les parturientes a peu augmenté et demeure compris entre 16 et 26 minutes. Un quart des femmes de l'Allier et de la Haute-Loire ont néanmoins un temps d'accès supérieur à 39 minutes.

Les restructurations ont consisté, dans un premier temps, à fermer les maternités dont le nombre d'accouchements était inférieur à 300 accouchements par an, et dans lesquelles les normes de fonctionnement et de sécurité n'étaient pas totalement assurées. Dans un second temps, l'offre a été rationalisée, par un regroupement de structures. Des maternités privées, concurrentes de maternités publiques dans une même ville, ont ainsi fermé à Aurillac (Cantal), Vichy et Montluçon, et ont obtenu en contrepartie une extension de leur autorisation pour l'activité de soins de suite et de réadaptation. Quatre centres périnataux de proximité ont été mis en place à la suite de la fermeture des maternités d'Ambert, Brioude et Mauriac, celui de Riom ayant ensuite fermé. Les CPP d'Ambert et de Brioude offrent deux exemples de bonne articulation entre maternité et CPP, permettant d'offrir un suivi de proximité durant toute la grossesse dans des zones excentrées et difficiles d'accès.

La création puis la fermeture du CPP de Riom

Jusqu'en 2006, la maternité de Riom, recrutait principalement dans le nord et l'ouest du Puy-de-Dôme. La disparition de cette structure a conduit les patientes à se tourner vers d'autres établissements, en premier lieu le CHU de Clermont-Ferrand, augmentant le temps de trajet de celles originaires de l'ouest du département. La transformation de la maternité de Riom en CPP a permis de conserver provisoirement une offre de proximité pour des consultations de gynécologie et d'obstétrique.

Son activité a progressivement décliné, de 2 321 consultations de sages-femmes en 2008 à 1 485 en 2011, et de 753 consultations de médecins en 2008, à 625 en 2009 puis zéro à compter de 2010 (selon les données du CHU de Clermont-Ferrand).

Depuis la fermeture du CPP en juin 2012, l'offre est assurée par trois gynécologues-obstétriciens libéraux installés à Riom. Deux d'entre eux n'accueilleraient plus de nouvelles patientes, et les trois praticiens, gynécologues-obstétriciens, se consacraient en priorité à la spécialité d'obstétrique.

Aucune nouvelle fermeture n'est envisagée dans le SROS-PRS de la région Auvergne, qui prévoit une situation stable à l'horizon 2017.

II - Les principales problématiques du territoire

A - Une offre médicale inégalement répartie

1 - La médecine générale : de grandes fragilités dans certains bassins

La médecine générale constitue le premier maillon de la chaîne périnatale. La densité de médecins généralistes, 153 pour 100 000 habitants, est proche de celle observée en France métropolitaine (156). L'âge des praticiens de premier recours est toutefois élevé, un quart est âgé de plus de 60 ans (31 % dans l'Allier). Leur répartition est également très hétérogène, des bassins de population étant particulièrement mal dotés (29,5 pour 100 000 habitants dans le bassin de Saint-Paulien, en Haute-Loire).

Un grand nombre de zones connaît une offre médicale insuffisante ou des difficultés d'accès aux soins pour les médecins généralistes.

Des bassins présentant des fragilités

L'ARS d'Auvergne a réalisé une étude prospective fin 2013, portant sur 1 203 médecins généralistes présents au 1^{er} janvier 2013. Elle lui a permis d'identifier 65 bassins de santé de proximité présentant des signes de fragilité, rassemblant près de 28 % de la population régionale. Ces zones servent de référence pour l'installation des praticiens territoriaux de médecine générale, pour la mise en œuvre des contrats d'engagement de service public exclusif, et pour l'accompagnement, par l'ARS, des maisons de santé pluri-professionnelles, des pôles et centres de santé.

2 - Une médecine de spécialité moins bien dotée qu'au niveau national

Le déficit de praticiens est encore plus marqué pour la médecine de spécialité. La densité est de 152 praticiens pour 100 000 habitants, contre 180 en France métropolitaine. Des écarts à la densité nationale sont observés en gynécologie médicale (-30 %), et en pédiatrie (-21 %). Les médecins spécialistes sont par ailleurs âgés, 87 % des gynécologues médicaux, 33 % des gynécologues-obstétriciens et 30 % des pédiatres ont 55 et plus.

Tableau n° 1 : grandes caractéristiques des spécialités de médecine au 1^{er} janvier 2013

Spécialités	Effectif en activité	Densité*	Écart à la densité nationale	Part des 55 ans et plus %
Ensemble des spécialités de médecine	4 121	304,7	-9,40 %	42
Médecine générale	2 071	153,1	-2,10 %	42
Spécialités médicales	766	56,6	-17,40 %	39
<i>Radiodiagnostic et imagerie médicale</i>	150	11,1	-14,50 %	40
<i>Anesthésie-réanimation</i>	216	16	-4,00 %	43
<i>Gynécologie médicale</i>	54	9,2	-30,20 %	87
<i>Gynécologie obstétrique</i>	89	15,1	-0,40 %	33
<i>Pédiatrie</i>	110	49,9	-21,10 %	30

Source : ASIP Santé – RPPS – Traitements DREES et ARS Auvergne au 1^{er} janvier 2013. *Densité pour 100 000 habitants sauf pédiatrie (enfants de 0 à 14 ans) et gynécologie (femmes de 15 ans et plus).

Pour pallier le sous-effectif, la gynécologie médicale pourrait de nouveau être enseignée à la faculté de Clermont-Ferrand, si les propositions du comité régional de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) sont retenues au plan national.

L'ARS d'Auvergne a par ailleurs déterminé les zones caractérisées par une offre médicale insuffisante, en particulier en gynécologie-obstétrique, pédiatrie et anesthésie-réanimation. Elles sont le support méthodologique pour la mise en œuvre de mesures incitatives.

L'anesthésie-réanimation, indispensable à l'activité d'obstétrique, connaît un vieillissement de la population des professionnels - 42,6 % des praticiens ont plus de 55 ans - et un taux de vacance statutaire, hors CHU de Clermont-Ferrand, de l'ordre de 40 %. À l'exception du CHU et du CH de Vichy, tous les établissements publics sont caractérisés par une offre insuffisante ou par des difficultés d'accès aux soins.

Tableau n° 2 : nombre de postes de praticien hospitalier exerçant en établissements publics de santé – situation en février 2014

Établissements	Nombre de postes PH autorisés en gynécologie-obstétrique				
	Postes autorisés en ETP			Postes vacants en ETP	
	Temps plein	Temps partiel	Dont PH > 55 ans	Vacant non occupé	Vacant occupé par un provisoire
CHG Moulins	5		4	1	
CHG Montluçon	5	1,2	3	3,2	
CHG Vichy	5	1,2	3		1,2
<i>Sous total Allier</i>	<i>15</i>	<i>2,4</i>	<i>10</i>	<i>4,2</i>	<i>1,2</i>
CHG Saint-Flour	3			1	
CHG Aurillac	6	1,2	1,6	4	
<i>Sous total Cantal</i>	<i>9</i>	<i>1,2</i>	<i>1,6</i>	<i>5</i>	<i>0</i>
CHG Le Puy en Velay	6		2	1	
<i>Sous total Haute Loire</i>	<i>6</i>	<i>0</i>	<i>2</i>	<i>1</i>	<i>0</i>
CHG Issoire	3	1,2	2,6	0,6	
CHG Thiers	4	0,6	1,6		1
CHU Clermont-Ferrand**	13			1	1
<i>Sous total Puy de Dôme</i>	<i>20</i>	<i>1,8</i>	<i>4,2</i>	<i>1,6</i>	<i>2</i>
Total Auvergne	50	5,4	17,8	11,8	3,2
TOTAL	55,4		TOTAL	15	

Source : ARS Auvergne

3 - Des perspectives de démographie médicale préoccupantes

Sur la période 2001-2010, sur 555 internes formés (hors médecine générale), 474 médecins se sont inscrits à l'un des ordres de la région, soit 85 %. Au 1^{er} janvier 2013, sur 100 médecins ayant obtenu leur diplôme en Auvergne, 43,1 % ont quitté la région, mouvement compensé partiellement par un taux d'attractivité de 41,2 %.

Selon une étude menée en 2009 par la DREES, la DHOS et l'ONDPS, sur la base d'un maintien des comportements identiques des praticiens en termes d'installation et de mobilité, leur nombre devrait continuer de s'infléchir jusqu'en 2018, avant de repartir à la hausse.

La gynécologie médicale, la gynécologie-obstétrique et la pédiatrie sont respectivement exercées en cabinet à 71 %, 33 % et 13 %.

La présence de praticiens libéraux soulage les établissements d'une charge de travail et contribue à fluidifier le parcours des parturientes. Dans certains cas, comme pour la maternité d'Issoire, des gynécologues libéraux peuvent participer à la permanence des soins.

D'autres établissements, si aucune nouvelle installation de praticiens libéraux n'était enregistrée, devront assumer le rôle de la médecine de ville à moyen terme.

Des zones particulièrement déficitaires

Les zones des centres hospitalier de Moulins, Vichy, Issoire, Aurillac et du Puy-en-Velay, qui sont les principales zones urbaines de la région Auvergne, ont une offre en gynécologie obstétrique insuffisante ou connaissant des difficultés d'accès aux soins.

D'autres zones pourraient connaître, à moyen terme, des situations critiques. C'est le cas de Montluçon, où la gynécologie est pratiquée par trois médecins libéraux âgés de plus de 59 ans, et dont un seul dispose de compétences chirurgicales.

Au niveau hospitalier, sur 6,2 ETP de praticiens, 3,2 ETP étaient encore vacants à l'été 2014, deux praticiens étant âgés de 61 ans et 59 ans, faisant craindre des départs à terme relativement rapproché. Un praticien contractuel a été recruté en septembre 2014, ainsi qu'un assistant partagé avec le CHU de Clermont-Ferrand à compter de novembre 2014, pour une durée d'un an.

La faiblesse des effectifs pourrait rendre la situation critique dans la zone de Montluçon, si les difficultés pour recruter du personnel hospitalier et libéral perduraient.

Des dépassements d'honoraires sont pratiqués par 36 % des gynécologues médicaux conventionnés (56 % en France au 1^{er} janvier 2012) et par 17 % des pédiatres (34 % en France).

L'élargissement des compétences des sages-femmes au domaine de suivi gynécologique de prévention leur confère le rôle d'acteur de premier recours, pour la prise en charge du parcours des femmes et peut constituer un palliatif aux sous-effectifs de médecins spécialistes.

Cependant, bien que la densité régionale des sages-femmes (142²) soit supérieure à celle de la France métropolitaine (130), leur répartition sur le territoire est inégale.

Tableau n° 3 : nombre de sages-femmes, par type d'exercice

	Allier	Cantal	Haute-Loire	Puy-de-Dôme	Auvergne	% Auvergne
Libéraux ou mixtes	8	4	10	32	54	13,53 %
Salariés hospitaliers	95	36	28	163	322	80,70 %
Autres salariés	5	2	5	11	23	5,76 %

Source : ASIP Santé – RPPS – Traitements DREES et ARS Auvergne au 1^{er} janvier 2013.

² Densité pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans.

Le mode d'exercice libéral est le moins pratiqué, un département comme le Cantal ne disposant que de quatre sages-femmes libérales pour un effectif total de 42 professionnelles.

Leurs compétences sont aussi inégalement exploitées pour celles qui exercent dans les maternités publiques.

Des compétences de sages-femmes inégalement exploitées

La présence de sages-femmes libérales est étroitement liée au nombre de naissances d'une zone géographique. Ainsi, à Saint-Flour, qui accueille la plus petite maternité de la région par le nombre d'accouchements (type I), soit environ 350 par an, une seule sage-femme libérale est installée. Le niveau d'activité, financièrement insuffisant, l'oblige également à travailler à temps partiel au sein de la maternité publique.

Dans la maternité publique de Montluçon (type IIB), le manque de médecins conduit les sages-femmes à une pratique importante des consultations (71 %). Jusqu'en 2014, elles ne réalisaient toutefois aucune échographie et très peu de suivi gynécologique de prévention et de contraception.

4 - Les limites des dispositifs incitatifs

Une augmentation des quotas d'internes en Auvergne pourrait intervenir, mais se heurte, pour certaines spécialités, au manque de terrains de stages disponibles en établissement, et au ratio d'encadrement hospitalo-universitaire.

Des dispositifs incitatifs sont proposés aux étudiants et internes, par la signature de contrats d'engagement de service public (CESP), leur attribuant une prime de 1 200 € mensuels, en échange d'une installation dans une zone déterminée, pendant une période au moins égale à celle durant laquelle l'allocation a été perçue. Sur les 39 contrats signés en Auvergne (26 étudiants et 13 internes), un envisagerait de choisir la pédiatrie et un autre l'anesthésie-réanimation.

Enfin, d'autres incitations concernent la création de postes de cliniciens et de postes désignés comme « prioritaires », ce qui permet à leurs titulaires de bénéficier d'une prime de 10 000 euros en contrepartie d'un engagement à exercer sur ces postes pendant une durée de cinq années, sans résultats probants en gynécologie-obstétrique. L'hôpital de Saint-Flour ne parvient pas à attirer les anesthésistes sur les deux postes pourtant inscrits comme « postes prioritaires ». Le niveau actuel atteint par les primes ne semble pas constituer une incitation suffisante dès lors que d'autres inconvénients rebutent les médecins, ici l'isolement excessif du bassin d'emploi.

B - Un réseau ancien, dynamique et structuré

Le réseau de santé périnatale d'Auvergne (RSPA) joue un rôle essentiel dans la coordination entre les différents acteurs de la périnatalité, et l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Le RSPA existe formellement depuis 2004, et sa constitution sous la forme d'un groupement d'intérêt économique (GIE). Il a toutefois mis en place un dossier patient partagé dès 1989, et s'est doté d'une charte, approuvée par la commission régionale de la naissance et l'ARH en 1999 et 2000. Il regroupe une grande diversité de membres : les 10 maternités et les 3 CPP de la région ainsi qu'une association regroupant les professionnels libéraux, représentant 87 % des obstétriciens et gynécologues, 75 % des sages-femmes, 44 % des

pédiatres et même 10 % des médecins généralistes de la région. Il a également signé une convention avec les services de la protection maternelle et infantile (PMI) des quatre départements d'Auvergne. Des coopérations informelles ont lieu avec les réseaux des régions limitrophes, avec des échanges privilégiés en cas de difficulté de transfert.

Le RSPA joue un rôle moteur prépondérant dans l'organisation périnatale. L'articulation entre les différents niveaux de prise en charge apparaît structurée et clairement définie. Le dossier périnatal partagé, informatisé depuis 2008, semble permettre une homogénéisation des pratiques. Il s'accompagne de rappels périodiques des recommandations à l'ensemble des membres, et de revues périodiques au sein des maternités.

Ces revues tendent à démontrer une amélioration générale des indicateurs. On relève une diminution des taux d'épisiotomies, de césariennes, et surtout de césariennes non pertinentes. Le taux de pertinence est globalement passé de 65,6 % à 80,6 % entre 2011 et 2013, et de 60 % à 86,7 % pour les maternités de type I. On constate aussi une diminution des taux d'évitabilité dans les revues de mortalité et de morbidité.

L'éloignement de la maternité de Saint-Flour, incidences sur la qualité des soins

L'éloignement et l'isolement de la maternité de Saint-Flour ont pour conséquence des indicateurs de qualité plus dégradés que dans d'autres maternités n'ayant pas les mêmes contraintes.

La durée moyenne de séjour semble plus importante, le retour au domicile des mères pouvant être compliqué par des conditions climatiques qui peuvent fortement dégrader les temps de déplacement. L'altitude moyenne de l'arrondissement de Saint-Flour est en effet de 900 mètres et les routes sont assez souvent impraticables.

Le taux de césariennes proche de 20 % se situe dans la moyenne constatée. Toutefois, le taux d'épisiotomie, atteignait encore 30 % en 2012. L'éloignement de la maternité de Clermont-Ferrand (1h10), seule de type III de la région, les difficultés à transférer dans d'autres maternités de niveau II, du fait des faibles ressources en pédiatres sembleraient être la principale cause de ces indicateurs. Les équipes médicales ne souhaitent pas prendre de risque, et opteraient pour l'épisiotomie pour éviter toute séquelle.

Il est cependant impossible d'établir une appréciation qualitative de ces pratiques, aucune évaluation des pratiques professionnelles n'ayant été mise en place au sein de la maternité.

La localisation du réseau dans les locaux du CHU de Clermont Ferrand, seule maternité de type III de la région, favorise la collaboration avec l'équipe de la maternité, au sein de laquelle travaille le président du réseau, ainsi que des relations de travail étroites avec les attachés de recherche clinique de l'équipe de recherche Périnatalité, grossesse, Environnement, Pratiques médicales et Développement (PEPRADE), le centre pluridisciplinaire de diagnostic périnatal du CHU (CPDP), et le registre des malformations d'Auvergne. Les moyens limités n'ont toutefois pas permis de constituer un réseau d'aval permettant de suivre le devenir des nouveau-nés.

L'absence de réseau d'aval en Auvergne

La circulaire du 30 mars 2006, relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité³, confie aux réseaux la responsabilité de suivre à long terme les nouveau-nés dans le but de favoriser la diminution de la mortalité et de la morbidité maternelle et infantile, la diminution de l'incidence de la prématurité, et la diminution de l'incidence du handicap chez les enfants.

L'Auvergne se caractérise par l'absence de réseau d'aval, faute de financement. Par conséquent, les facteurs de mortalité infantile et maternelle, ainsi que de handicap, ne sont pas identifiés.

L'efficacité du réseau est toutefois contrainte par les incertitudes relatives aux moyens humains et financiers mis à sa disposition. La signature d'un contrat d'objectifs et de moyens avec l'ARS en octobre 2013, portant sur une seule année, et adopté à titre rétroactif, ne les a pas levées. En conséquence, les membres du réseau ont voté, fin 2013, la dissolution du GIE, celle-ci pouvant intervenir dans les trois années à venir. L'ARS envisageait sa transformation en groupement de coopération sanitaire (GCS) afin que les 13 établissements de santé puissent être plus impliqués et apporter une contribution à leur financement. Elle a depuis proposé au RSPA la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

C - La périnatalité, axe régional de santé non prioritaire

Les caractéristiques sociodémographiques de l'Auvergne ont conduit l'ARS à définir des axes stratégiques autour du vieillissement, l'autonomie et la qualité de vie, la maîtrise des risques pour la santé, la santé mentale et l'éducation à la santé dès le plus jeune âge. Le schéma régional de l'offre de soins n'aborde que brièvement les questions de périnatalité. Certains axes (couverture vaccinale, prévention de l'obésité, dépistage et prise en charge précoce des situations de handicaps) sont abordés dans d'autres schémas et des actions ciblées mises en place.

Les actions ciblées en gynécologie

L'ARS d'Auvergne a décidé de poursuivre au-delà de 2013, le programme expérimental de dépistage du cancer du col de l'utérus courant sur la période 2010-2013, qui s'adressait aux femmes de 25 à 65 ans n'ayant pas eu de frottis cervico-utérin depuis trois ans ou n'ayant pas présenté de demande de prise en charge de l'assurance maladie d'un frottis depuis au moins trois ans. Elle a décidé de maintenir cette organisation, en ciblant particulièrement les populations précaires et/ou isolées, par un financement de 218 000 € en 2013.

D - De nouvelles restructurations possibles dans l'avenir

1 - Une restructuration inachevée dans l'Allier

Le maillage territorial tel qu'il résulte des restructurations répond globalement aux besoins des parturientes. L'évolution de l'offre dans l'Allier, département qui accueille à lui seul trois maternités de type II (Montluçon, Moulins, Vichy), pose la question du maintien d'une telle offre. L'activité de celle de Montluçon est la plus importante, mais elle connaît, comme celle de Moulins, des difficultés importantes de recrutement. La maternité de Vichy

³ Circulaire DHOS/O1/O3/CNAMTS n° 2006-151 du 30 mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité.

profite de sa proximité avec l'aire de Clermont-Ferrand et ne connaît ainsi aucune difficulté particulière de recrutement. Le réexamen de l'offre dans le département, aurait dû intervenir lors des différents mouvements opérés dans chacune de ses villes, avec notamment la fermeture des structures privées, dont l'activité a été reprise par le secteur public.

Le cas de la maternité du centre hospitalier de Montluçon est particulièrement caractéristique du cumul des difficultés de tous ordres, d'autant plus lourdes de conséquences pour l'offre de soins que l'établissement est très isolé, à 50 minutes de route des maternités les plus proches (Moulins, Guéret, Saint-Amand-Montrond). L'établissement subit simultanément le poids financier d'investissements immobiliers surdimensionnés, un déséquilibre financier extrêmement lourd qui contribue à diminuer son attractivité auprès des praticiens qui pourraient venir renforcer les anesthésistes et gynécologues obstétriciens actuellement en sous-effectif prononcé. En effet, la maternité de Montluçon peine à recruter des gynécologues et obstétriciens, ce qui entraîne une surcharge de travail pour le personnel, et pose la question de la sécurité et de la continuité des soins.

Montluçon, un bassin dans une situation critique

La médecine de spécialité est relativement peu présente à Montluçon. Trois gynécologues et obstétriciens libéraux, proches de l'âge de la retraite, y exercent.

L'offre hospitalière est quant à elle en souffrance ; sur les 6,2 ETP de gynécologues et obstétriciens autorisés, 3,2 ETP n'étaient pas encore occupés à l'été 2014. Sur les quatre praticiens en poste, deux seulement disposent de compétences chirurgicales et assurent la permanence des soins. Un troisième, gynécologue médical, ne peut pas participer aux astreintes, et le quatrième, assistant à titre étranger, ne bénéficie pas de la plénitude d'exercice et doit être séniorisé.

L'âge des deux praticiens (59 et 61 ans), le rythme soutenu de leurs astreintes, soit un week-end sur deux et deux astreintes par semaine, avec des déplacements quasi journaliers, mettent en péril la sécurité des soins. En effet, à cette importante activité de nuit s'ajoute une activité de jour tout aussi développée.

À des matinées opératoires de trois à quatre interventions, succèdent fréquemment entre 15 et 20 consultations par demi-journées, d'une durée moyenne de 15 minutes. Les délais de rendez-vous, hors urgences, sont compris entre cinq et huit mois. Le rythme soutenu pourrait causer l'épuisement professionnel des praticiens, et mettre à mal la continuité des soins, voire leur sécurité.

Le sous-effectif en gynécologue-obstétriciens a pour conséquence une forte activité confiée aux sages-femmes. Celles-ci assurent entre 50 et 60 consultations par semaine, soit plus de 3 000 consultations prénatales par an (71 % de l'ensemble). En y ajoutant les consultations de surveillance de fin de grossesse, elles prennent en charge entre 5 000 et 7 300 consultations d'obstétrique annuelles.

Dans le cas du centre hospitalier de Montluçon, l'ARS a diligenté une enquête qui a conduit à proposer la mise en place de plans d'urgence en cas de défaut d'un praticien. Ces plans reposent essentiellement sur l'aide en personnel du CHU⁴, les autres maternités de la région étant peu enclines à se séparer de leur personnel et à entrer dans une logique coopérative.

En cas d'échec de ce dispositif, il est probable que le paysage des maternités dans l'Allier devra être revu, soit par un regroupement des activités des maternités publiques de Montluçon et de Moulins, ou de Montluçon et de Guéret (Creuse), à moins qu'une solution puisse être trouvée dans le cadre d'une nouvelle forme de coopération avec la clinique Saint-François de Montluçon (qui a perdu l'autorisation d'obstétrique en 2006).

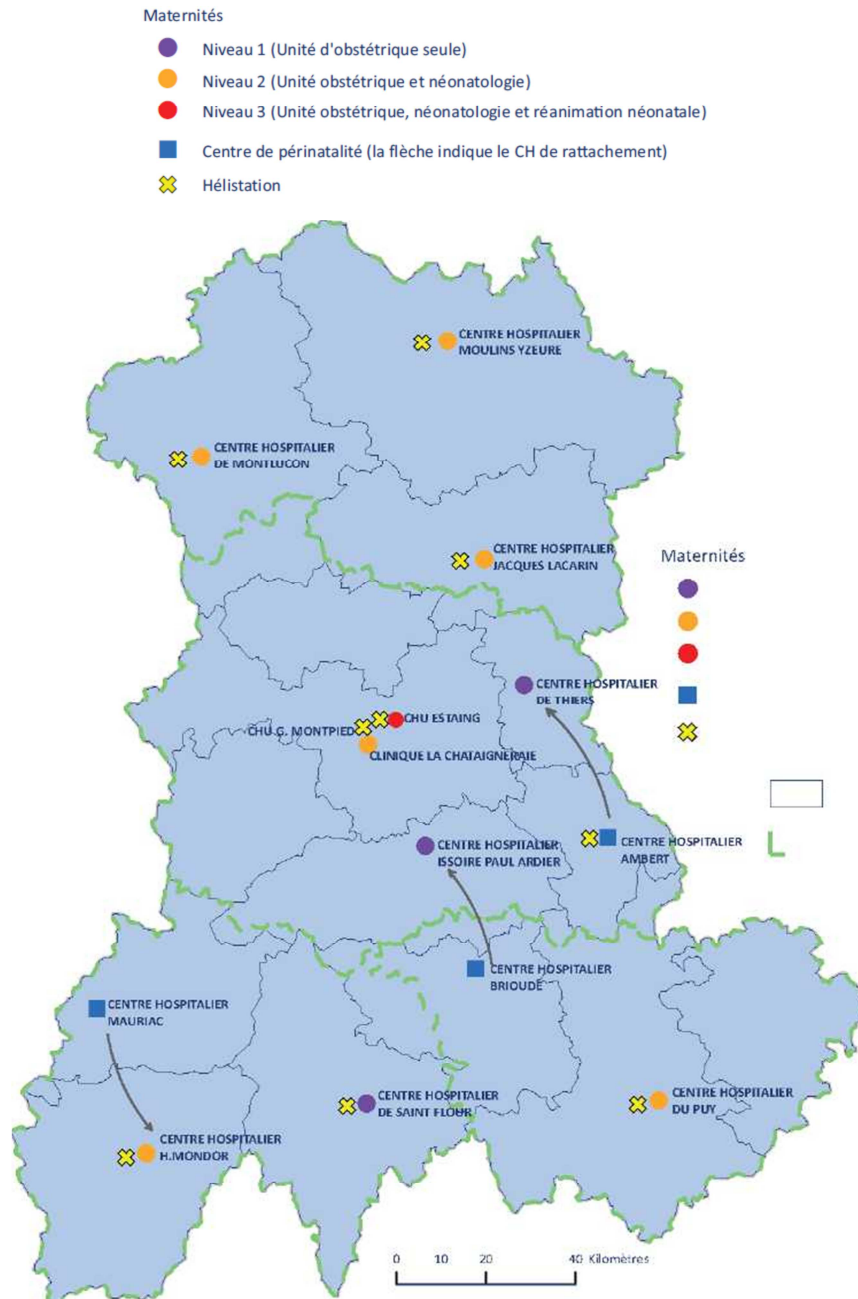
⁴ Un assistant spécialiste du CHU devait prendre ses fonctions pour une durée d'un an à compter de novembre 2014.

2 - Un possible désengagement du secteur privé

La maternité privée de la Châtaigneraie à Beaumont (type IIA) près de Clermont-Ferrand est la seule maternité privée subsistant dans la région. Située à proximité de la nouvelle maternité du CHU de Clermont-Ferrand (type III), elle a connu une baisse importante de sa fréquentation depuis la mise en service de cette dernière en octobre 2010. En effet, l'attractivité de la nouvelle maternité est très forte et la concurrence est d'autant plus aigüe que les prestations hôtelières du CHU sont désormais à la hauteur des attentes des parturientes. En conséquence, entre 2009 et 2013, le nombre de naissances accueillies est passé de 3 035 à 2 147, soit une baisse de près de 30 %.

Si l'activité devait continuer à baisser, la question d'un désengagement de la clinique de l'activité d'obstétrique pourrait être posée et devrait être anticipée pour éviter qu'elle ne conduise à aggraver lourdement la saturation de la maternité du CHU de Clermont-Ferrand.

Carte n° 1 : les maternités en Auvergne



Les maternités en Bourgogne

I - État des lieux

A - Une région étendue et faiblement peuplée, mais des résultats de périnatalité très satisfaisants

1 - Une population peu dense, un taux de natalité inférieur à la moyenne nationale.

La région Bourgogne, composée de quatre départements (la Côte d'Or, la Nièvre, la Saône et Loire et l'Yonne) se classe sixième région française pour sa superficie et seizième en termes de population. C'est un vaste territoire faiblement peuplé : 1 643 900 habitants soit 2,5 % de la population de la France au 1^{er} janvier 2013 avec une densité de 52 habitants au km² contre 108 pour la France. Le massif granitique du Morvan occupe la plus grande partie du centre et de l'ouest de la région Bourgogne et contribue à l'isolement de certains territoires, puisque 60 % de sa population vit sur 10 % du territoire.

Entre 2006 et 2013, la population bourguignonne n'a crû que de 0,1 % alors que la population française sur la même période a progressé de + 0,5 %. L'évolution positive de la région est due au solde des flux entrées-sorties. Seul le département de la Côte-d'Or connaît une augmentation de sa population en raison des naissances. La croissance démographique des départements de l'Yonne et de la Saône-et-Loire découle des flux migratoires. La population du département de la Nièvre diminue de 0,4 %.

La Bourgogne connaît un taux de mortalité élevé (10,9 pour 1 000 habitants), nettement supérieur à celui constaté sur la France entière (8,7 ‰) et un taux de natalité largement inférieur (10,5 ‰ contre 12,6 ‰). En 2012, les décès sont supérieurs aux naissances en Bourgogne (17 850 décès pour 17 328 naissances), en particulier dans la Nièvre où l'excès de décès sur les naissances était de 1 061 en 2012.

En 2012, les naissances en Bourgogne représentent 2,1 % des naissances de la France entière (17 328 sur 819 191). Le taux de fécondité n'était que de 51,2 contre 55,8 pour la France en 2010, pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans.

Un taux de fuite de l'ordre de 6 % est observé pour des femmes qui accouchent dans des maternités plus proches de leur domicile situées en dehors de la région Bourgogne.

2 - Des populations en difficulté mais de bons résultats de périnatalité

Le taux de pauvreté atteint 13,2 % de la population, classant la Bourgogne au 7^{ème} rang des régions les moins touchées avec 212 000 personnes vivant en-dessous du seuil de

pauvreté en 2011. La Bourgogne compte un taux de couverture maladie universelle complémentaire (5,3 %) inférieur à celui de la France (6,6 %).

La région affiche de bons résultats en matière de mortalité maternelle, périnatale et infantile. Sur les naissances vivantes entre 2007 et 2009, le taux de mortalité maternelle pour 100 000 femmes est de 3,7 contre 9,4 pour la France métropolitaine.

Ses taux de mortalité périnatale et infantile sont bien inférieurs à ceux de la France avec respectivement 9,9 contre 10,3 sur la période 2008 à 2010 et 3,3 contre 3,5 en 2012 pour 1 000 naissances.

Si le taux de péridurale est identique à celui relevé au niveau national (72 % en 2012), le recours à la césarienne pratiqué dans le secteur public bourguignon est nettement inférieur (16 % contre 20 %).

B - Une offre de soins globalement adéquate aux besoins

La région est dotée d'une seule maternité de type III (le CHU de Dijon), de 7 maternités de type I et de 6 maternités de type II.

Chaque territoire est doté d'au moins une maternité de type I (en général au nombre de 2 ou 3 maternités), à l'exception du département de l'Yonne, qui ne dispose que de deux maternités de type II et d'aucune maternité de type I.

La part des accouchements dans le secteur public (13 749) augmente constamment pour s'établir à 80,6 % en 2012. Le secteur privé lucratif s'est nettement désengagé : il n'effectue plus que 14 % des accouchements (2 387) en 2012. En effet, la Bourgogne ne compte que deux maternités privées à but lucratif (la clinique Sainte Marthe à Dijon, de type II et la clinique de Cosne-sur-Loire, de type I) et un seul établissement du secteur privé non lucratif (l'Hôtel Dieu au Creusot qui a repris en 2009 l'activité maternité du CH de Montceau).

Trois maternités réalisent plus de 2 000 accouchements : le CHU de Dijon (type III), qui a réalisé 3 061 accouchements en 2012 ; la clinique Ste Marthe et le CH d'Auxerre (type IIB). Deux maternités réalisent entre 1 500 et 2 000 accouchements : les CH de Mâcon et Chalon-sur-Saône (type IIB). Huit établissements ont une activité inférieure à 1 500 accouchements ; 2 d'entre eux ont un service de néonatalogie, dont 1 avec une unité de soins intensifs de néonatalogie.

Le maillage de la région est assuré par le Réseau Périnatal de Bourgogne (RPB) qui réunit toutes les maternités et les professionnels de santé concernés, par un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CPDPN) au CHU de Dijon et par six réseaux périnataux de proximité qui couvrent les deux-tiers de la région de Bourgogne mais ne concernent que 6,5 % des femmes ayant accouché (selon le projet régional de santé 2012-2016).

C - Près d'une maternité sur deux fermée depuis 1992

De 25 maternités en 1992, la Bourgogne est passé à 13 maternités en 2014. Près d'une maternité sur deux a été fermée sans que les restructurations opérées aient posé des difficultés

particulières (à l'exception du cas de la maternité de Decize, fermée en raison d'un effectif médical insuffisant).

Le manque de médecins à la maternité de Decize

Alors que le projet régional de santé (PRS) autorise le fonctionnement d'une maternité à Decize, son activité a été suspendue depuis le mois de février 2010 en raison d'un effectif médical insuffisant. Un fonctionnement de type centre périnatal de proximité (CPP) a été mis en place.

L'ARS a néanmoins renouvelé l'autorisation de fonctionnement de la maternité de Decize, en lien avec le CH de Nevers au moyen d'une communauté hospitalière de territoire, en reconnaissant un besoin exceptionnel par décision du 19 juin 2013. Mais la réouverture de la maternité du CH de Decize n'est pas assurée du fait de difficultés de recrutement de personnels médicaux.

Le 20 juin 2014 la commission spécialisée de l'organisation de soins (CSOS) de Bourgogne a rendu un avis défavorable sur l'autorisation de réouverture d'une maternité au CH de Decize. Tant que les conditions de reprise de l'activité, avec constitution d'équipes complètes de gynécologues-obstétriciens, pédiatres, anesthésistes, sages-femmes et auxiliaires de puériculture, ne sont pas réunies, le directeur général de l'ARS demande au centre périnatal de proximité de Decize de perdurer et de conforter son activité.

Entre 1998 et 2003, la Bourgogne était la région la plus touchée par les fermetures de maternités avec un taux de fermeture de 36 %. Entre 2000 et 2009 le nombre de maternités est passé de 20 à 15 avec la fermeture de deux maternités privées implantées en zone urbaine, (Chenôve en 2000 dans l'agglomération dijonnaise et la clinique d'Auxerre en 2001) et de trois maternités publiques desservant des zones enclavées du Morvan et du Châtillonnais (Avallon dans l'Yonne en 2002, Clamecy dans la Nièvre et Châtillon-sur-Seine dans la Côte d'Or en 2008). La réduction importante du nombre de maternités, intervenue avant 2006 à l'initiative de l'ARH, se fondait essentiellement sur l'insuffisante sécurité sanitaire des petites maternités assurant entre 300 et 400 naissances par an. Les établissements concernés se trouvaient de surcroît tous dans des situations financières extrêmement déficitaires.

Toutes les fermetures de maternités ont donné lieu à la mise en place de CPP. Par exemple, les restructurations opérées dans l'Yonne (fermeture des maternités d'Avallon, de Tonnerre et de Joigny avant 2006) se sont accompagnées de la mise en place de centres périnataux de proximité (CPP), ce qui permet un fonctionnement mutualisé avec les 2 maternités de type II d'Auxerre et de Sens.

Le SROS 2006-2011 a ramené le nombre de maternités de 17 à 14 avec la fermeture en 2008 des maternités de Châtillon-Montbard et de Clamecy qui ne remplissaient plus les conditions de sécurité requises et le regroupement en 2009 des activités du CH de Montceau-les-Mines sur l'Hôtel-Dieu du Creusot.

À cette date, l'ARH a soutenu la coopération entre l'Hôtel Dieu du Creusot et le centre hospitalier de Montceau sur le territoire de la communauté urbaine de Creusot-Montceau. Un groupement de coopération sanitaire (GCS) a été mis en place entre les deux établissements notamment pour mutualiser les équipes médicales pour assurer la permanence des soins. La situation financière des établissements restant déficitaire, les établissements remettent en question ce GCS.

Cette situation pourrait amener le directeur général de l'ARS à développer un pôle public fort entre Montceau, Chalon et Autun. Dans l'hypothèse d'une fermeture de cette maternité, les maternités d'Autun, de Paray-le-Monial et de Chalon-sur-Saône pourraient sans difficulté prendre le relais et faire face à la demande (de l'ordre de 900 accouchements). Cette hypothèse n'est pas envisagée actuellement, un projet de reprise de l'Hôtel-Dieu étant à l'étude.

II - Les principales problématiques du territoire

A - Une démographie médicale défavorable, menace réelle pour le fonctionnement des maternités

S'il n'y a pas de réelle fragilité en matière d'offre de soins, à l'exception de Decize, tous les types de maternités de Bourgogne connaissent des difficultés de recrutement médical, même les maternités de type II et III ayant des postes non pourvus. Mais d'ici 5 ans la situation devrait toutefois s'améliorer compte tenu de l'évolution de la natalité prévisionnelle et de la démographie médicale.

Des situations de désertification médicale

Si l'offre de soins des zones urbaines peut être considérée comme satisfaisante, de nombreuses zones rurales de la Bourgogne sont confrontées à un désert médical. La densité régionale des gynécologues-obstétriciens, des pédiatres et des anesthésistes réanimateurs est systématiquement nettement inférieure à la densité nationale avec une situation inégale selon les départements, en particulier dans l'Yonne pour les gynécologues et les anesthésistes et dans la Nièvre pour les anesthésistes et pédiatres.

Alors que la Bourgogne représente 2,5 % de la population française, le personnel médical (libéraux et salariés) de la région ne représentait au 1er janvier 2013 que 2,3 % des médecins généralistes, 2,1 % des spécialistes, 2,2 % des spécialistes libéraux en gynécologie-obstétrique, 2,3 % des anesthésistes-réanimateurs et surtout 1,4 % des pédiatres.

La démographie médicale défavorable en Bourgogne risque de s'accroître et pourrait entraîner de nouvelles fermetures de maternités alors même que la distance entre établissements rend nécessaire le maintien de certaines maternités, pour lesquelles il n'y a pas d'alternative dans un rayon acceptable.

La maternité du centre hospitalier de Semur-en-Auxois a également été maintenue en raison du temps de trajet. Sa situation est fragilisée par une activité réduite (532 accouchements en 2012), alors qu'elle doit faire face aux mêmes exigences en personnel, sage-femme et gynécologue-obstétricien qu'une maternité qui réalise près de 1 000 accouchements. Un surcroît d'activité améliorerait son efficacité, notamment si les femmes enceintes suivies par le CPP d'Avallon situé à 43 km (36 minutes) étaient orientées vers cette maternité plutôt que sur celle d'Auxerre (type II) distante de 61 km (45 minutes).

La problématique principale en Bourgogne est de maintenir les professionnels existants, anticiper les départs en retraite et recruter en conséquence au sein des maternités pour maintenir l'activité et éviter tout risque de fermeture d'unités. Pour soutenir les maternités en difficulté car fragilisées par leur effectif de pédiatres et de gynécologues-obstétriciens, comme les maternités d'Autun ou de Semur-en-Auxois, ou la maternité de Nevers, le développement de postes d'assistants partagés est préconisé.

Le poids de l'activité libérale à la maternité d'Auxerre

La chambre régionale des comptes de Bourgogne, Franche-Comté a relevé à l'occasion d'examens de gestion de centres hospitaliers que l'accès aux soins devient plus difficile du fait de l'exercice de l'activité libérale en secteur hospitalier. Ce constat a concerné récemment le centre hospitalier d'Auxerre.

Bien que la maternité d'Auxerre soit réputée, des difficultés d'accès ont été relevées. Les praticiens hospitaliers temps plein en gynécologie-obstétrique (6 à 7 selon les années) y pratiquaient tous une activité libérale, vers laquelle les patientes étaient prioritairement orientées. La chambre a constaté de nombreuses défaillances : certains médecins ont poursuivi leur activité libérale sans autorisation durant plusieurs mois voire années ; les tableaux de service ne précisaient pas les périodes d'exercice d'activité libérale ; l'activité libérale dépassait, parfois largement, l'activité publique (un obstétricien consacrait durant des années régulièrement trois jours par semaine à son activité privée) ; la commission d'activité libérale ne se réunissait pas chaque année. Sur la période examinée de 2006 à 2011, la rémunération complémentaire a représenté 86 000 € par an et par praticien en moyenne, le mieux rémunéré ayant perçu tous les ans près de 210 000 €. Depuis, des mesures correctrices ont été mises en œuvre.

B - Des maternités très fragilisées financièrement

La politique régionale conduite par l'ARS est développée dans le SROS 2012-2016, qui propose le maintien des maternités existantes.

Les restructurations de l'offre de soins dans le domaine périnatal n'ont pas donné lieu à un suivi financier spécifique de l'ARS. Il est impossible d'évaluer leur efficacité. L'ARS n'a pas collecté les informations financières lui permettant de se prononcer sur l'équilibre financier des maternités de la région. Il en est de même pour les centres périnataux de proximité. Pourtant, l'ARS dispose ponctuellement d'informations financières car certains établissements disposent d'une comptabilité analytique leur permettant de déterminer avec précision les pertes générées par leur maternité et ainsi bénéficier d'une aide de l'ARS, ce qui a été fait dans le cas particulier de la maternité d'Autun, la plus petite de Bourgogne avec 352 naissances en 2012, dont la situation est particulièrement dégradée mais qui est maintenue en activité en raison d'une situation géographique particulièrement isolée.

La situation très difficile de la maternité du centre hospitalier d'Autun

Le centre hospitalier d'Autun, qui dessert une population de 70 000 habitants en milieu rural aux confins de trois départements (Saône-et-Loire, Nièvre et Côte d'Or), loin des grands axes de circulation, dispose de la plus petite maternité de Bourgogne. Cette maternité de type I se situe entre deux centres hospitaliers dotés de maternités de type II (Nevers dans la Nièvre et l'Hôtel Dieu du Creusot en Saône-et-Loire), distants de 130 km, nécessitant 2h30 pour la traversée du Morvan.

Le maintien de cette maternité a toujours été jugé indispensable compte tenu de sa situation géographique dans le Morvan. Même en 1997 et 1998 où le nombre d'accouchements à la maternité d'Autun était inférieur à 300, sa fermeture n'a jamais été envisagée. Cette maternité assure 1,8 % des naissances de la région Bourgogne (352 naissances en 2012), sa part de marché en obstétrique sur la zone d'attractivité est d'environ 70 %.

Cette maternité est en fort déséquilibre financier en dépit d'aides spécifiques allouées par l'ARS. Le déficit de la maternité du centre hospitalier d'Autun sur la période 2010 à 2013 atteint en moyenne tous les ans de l'ordre d'1 M€ après la prise en compte d'une dotation spécifique annuelle de l'ARS (300 000 € en 2011, 400 000 € en 2012), ce qui représente un déficit moyen par naissance de 2 936 €, soit un montant supérieur à celui versé par l'assurance maladie par accouchement.

Le poids des charges indirectes explique en partie ce déficit, qu'il s'agisse du poids des amortissements du nouvel hôpital, de la redevance à verser à la clinique pour le bloc chirurgical (la maternité utilise le bloc opératoire de la clinique du Parc, reliée par une passerelle, soit une charge de 870 000 euros en 2011), ou encore le déficit annuel de plus d'1 M€ de la nouvelle cuisine du centre hospitalier réalisée en bail emphytéotique.

Le centre hospitalier d'Autun pourrait améliorer sa situation financière en attirant une quarantaine de parturientes originaires du bassin autunois qui ont accouché tous les ans entre 2010 et 2012 au Creusot situé à 29 km (36 minutes).

La baisse des effectifs et du nombre de lits opérée en 2009 n'a pas suffi à assurer le retour à une situation financière saine. Les personnels de la maternité et celui de la pédiatrie ont été regroupés en 2009 pour réduire les coûts. L'effectif total des deux services est passé de 49,19 ETP en 2008 à 40,27 ETP en 2012, soit une baisse de 18 %. La masse salariale globale du centre hospitalier d'Autun pour la maternité et pédiatrie a diminué entre 2008 et 2012 ; elle passe de 2 603 K€ à 2 330 K€. Le nombre de lits de gynécologie-obstétrique et orthogénie a été ramené de 15 à 10.

L'organisation de l'activité de la maternité repose de manière prépondérante sur les sages-femmes. La répartition des compétences entre les divers intervenants est clairement définie. L'établissement connaît de grandes difficultés pour recruter du personnel médical mais parvient à assurer la permanence des soins. Le recours aux médecins remplaçants est souvent incontournable pour cette petite maternité située dans une zone peu attractive. Entre 2008 et 2012 de 9 à 15 médecins contractuels remplaçants selon les années (14 médecins contractuels représentant 1,66 ETP en 2008 ; 15 médecins contractuels pour 2,49 ETP en 2012) ont été payés en moyenne 51,2 % de plus qu'un praticien titulaire (187 255 € contre 123 825 €). Le développement de postes d'assistants partagés avec le CHU de Dijon pourrait constituer une solution à l'avenir.

Les indicateurs concernant l'accouchement, les nouveau-nés, la sécurité et qualité des soins, l'accueil et l'admission des patientes et la prise en charge adaptée de la patientèle sont bons dans l'ensemble. Seuls 16 % des accouchements ont nécessité une césarienne en 2012 et le taux de péridurale dépasse 85 %.

Le maintien en activité de la maternité de la clinique de Cosne-sur-Loire, seule maternité de type I en Bourgogne dépourvue de service de pédiatrie, n'est pas garantie compte tenu des difficultés financières de cet établissement privé. L'offre des maternités dans le département et dans la région Centre limitrophe permettrait d'absorber le flux des parturientes.

C - Un réseau de périnatalité performant

1 - Une garantie de qualité grâce au réseau périnatal de Bourgogne

Les indicateurs de périnatalité de la région Bourgogne se distinguent par leur niveau satisfaisant, obtenu en dépit des handicaps de la région, qui compte de nombreux territoires enclavés, une permanence des soins difficile à assurer et des populations touchées par la précarité en milieu rural. Sans qu'il soit possible d'établir un lien direct entre ces résultats et l'action du réseau de périnatalité de Bourgogne, il est possible de souligner les atouts de ce réseau qui paraît particulièrement exemplaire.

Le réseau périnatal de Bourgogne (RPB), association de tous les professionnels de la périnatalité de Bourgogne créé en 1992, assure la performance de l'articulation entre les différents niveaux de prise en charge et en garantit la qualité.

Dès l'origine, l'objectif fondateur a été d'améliorer la prise en charge des mères et des nouveau-nés dans un vaste territoire à faible densité de population et de professionnels. Le réseau organise l'orientation des femmes et des nouveau-nés vers les structures permettant d'assurer la prise en charge adaptée aux risques maternels et périnataux (transferts in utero vers les maternités de type II ou III), favorise les rencontres entre professionnels de la périnatalité, analyse leur pratique et élabore des protocoles de prise en charge médicale et organisationnelle du suivi des enfants vulnérables.

Un recensement exhaustif des données transmises par les maternités a permis au réseau de conduire des études sur l'évolution de l'état de santé des femmes enceintes, les indications des césariennes, l'utilisation de la corticothérapie anténatale et de rédiger divers protocoles.

Le réseau régional a mis en place un portail Internet comportant un espace dédié aux usagers (femmeetenfant.net), un autre réservé aux professionnels (extranet-bourgogne.net). Il a notamment développé le réseau régional périnatal inter-établissements de soins gradués en périnatalité, une cellule d'évaluation, collectant les bases anonymisées du PMSI élargi de chaque établissement, exhaustive pour l'ensemble des 18 000 grossesses annuelles avec un chaînage mère-enfant et un observatoire des usagers de la périnatalité, association indépendante travaillant en étroite collaboration avec tous les acteurs du réseau périnatal de Bourgogne.

Une charte inter-établissements du réseau périnatal de Bourgogne signée par les directeurs de l'ensemble des maternités de Bourgogne et les centres périnataux de proximité organise la bonne prise en charge des parturientes et nouveau-nés.

La charte fixe précisément l'organisation des soins au sein du réseau, la typologie des établissements de soins de périnatalité avec les divers niveaux de prise en charge des parturientes et des nouveau-nés en fonction de leur domaine de compétence et le rôle des CPP, le maillage du territoire, l'organisation des filières de soins par centres-relais, les cas de transfert et re-transferts, la régulation et l'organisation des transports ainsi que leur prise en charge financière, l'harmonisation des pratiques, les moyens de communication (réseau de télé-médecine avec réunion hebdomadaire, site internet, diffusion des supports d'information, dossier informatisé), et la formation médicale continue interprofessionnelle.

L'efficacité du réseau périnatal de Bourgogne est reconnue. Elle tient au fait que tous les praticiens se connaissent et échangent régulièrement sur des études de cas et analysent les dysfonctionnements éventuels intervenus sur les sites. Un dossier obstétrico-pédiatrique commun (en cours d'informatisation sur un serveur régional financé par l'ARS) met à disposition de l'ensemble des professionnels (hospitaliers libéraux, spécialistes ou généralistes, et de PMI), un seul et même dossier médical patient pour chaque mère et pour chaque nouveau-né.

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

Deux réunions annuelles de revues de morbi-mortalité sont l'occasion de conduire une analyse collective, rétrospective et systémique de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication, ou d'un évènement qui aurait pu causer un dommage au patient afin d'améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins.

2 - Des objectifs et des plans d'action précis dans le contrat du réseau périnatal de Bourgogne

Le directeur général de l'agence régionale de santé de Bourgogne a fixé en 2013 une liste précise d'objectifs, de plans d'actions et d'indicateurs de suivi et d'évaluation dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) signé avec le président du réseau périnatal de Bourgogne.

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens signé pour la période 2013-2017 marque la volonté de l'ARS de soutenir le réseau périnatal de Bourgogne. Le contrat donne lieu à un financement annuel du réseau (272 900 € en 2012 et 300 000 € en 2013) et fait l'objet d'un suivi dans le cadre d'une revue annuelle.

C'est ce réseau qui permet la mise en œuvre des orientations stratégiques du projet régional de santé (PRS) : actions de prévention en gynécologie, suivi des femmes enceintes, sécurité de la grossesse, de l'accouchement et de la naissance, suivi des enfants vulnérables, coordination du suivi des femmes (ante et postnatal) et des nouveau-nés, bases de données du réseau périnatal, coopérations, formations, évaluations des pratiques professionnelles, réunions, développement de site internet, déploiement du logiciel en avril 2013 pour la mise en place du dossier informatisé périnatal de Bourgogne.

D - Une accessibilité plus réduite en zone rurale

L'accessibilité aux maternités en Bourgogne est plus réduite pour les habitantes des zones faiblement peuplées et rendue plus difficile là où les praticiens libéraux sont rares.

L'étendue de la région Bourgogne et sa géographie sont à l'origine de temps d'accès vers les maternités qui atteignent dans quelques zones très faiblement peuplées les 60 à 65 minutes. Mais au cours des 25 dernières années, la plus petite maternité de Bourgogne, maintenue pour des raisons géographiques n'a connu aucun cas de mortalité maternelle. De même, la fermeture des maternités n'a entraîné aucune augmentation du nombre d'accouchements à domicile, qui reste constant autour de 20 par an.

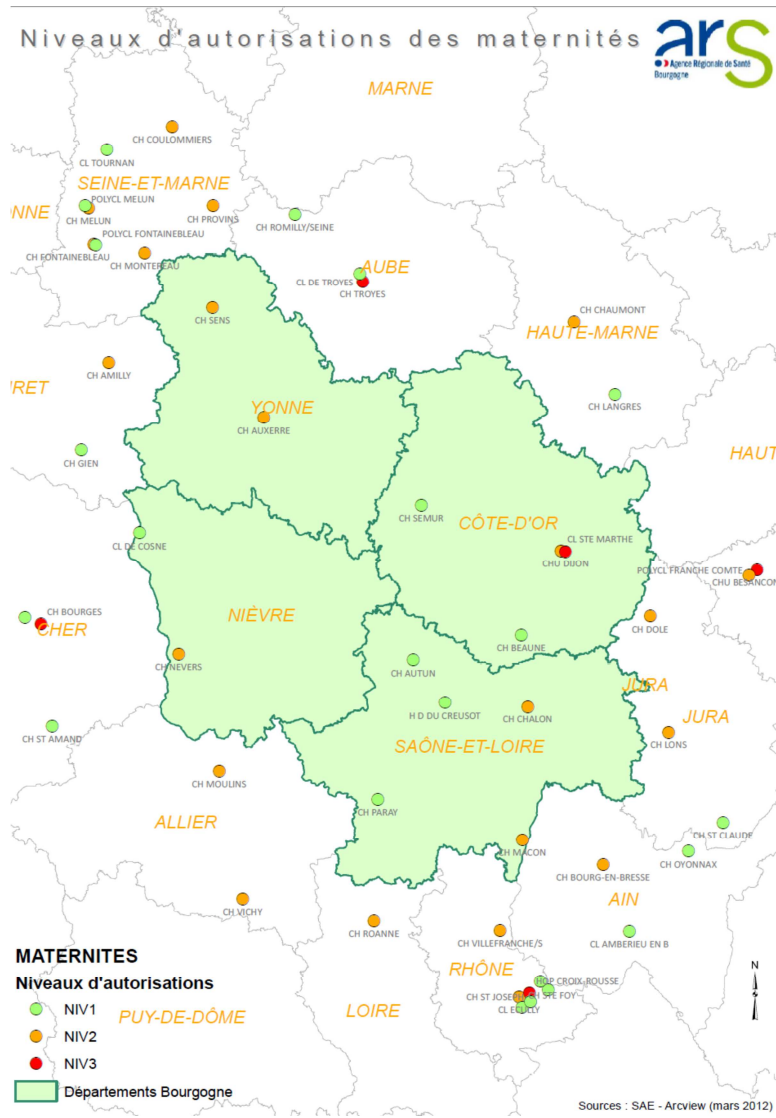
Une étude publiée en 2013, conduite sous la direction du CHU de Dijon, portant sur les naissances comprises entre 2000 et 2009⁵, tend à montrer que l'isolement ne serait pas sans impact sur les résultats de périnatalité des femmes concernées. Conduite sur 139 196 femmes qui ont accouché de 2000 à 2009 en Bourgogne, cette étude cherche à analyser l'impact sur les indicateurs de périnatalité du temps de trajet du domicile à la maternité la plus proche.

Parmi ces femmes, 11 135 habitaient à plus de 30 minutes d'une maternité et 467 à plus de 45 minutes. Après la fermeture des 3 maternités rurales (période 2008-2009) le temps moyen calculé au niveau des 2 046 communes est passé de 24 à 29 minutes, le temps médian de 24 à 27 minutes et le temps maximal de 65 à 86 minutes. Pour des temps supérieurs à 45 minutes, les taux bruts de mortalité passent de 0,46 % à 0,86 % et ceux de la mortalité périnatale de 0,64 % à 1,07 %.

Au total, 0,3 % des femmes ont connu un temps de trajet supérieur à 46 minutes, soit 467 personnes sur toute la période 2000 à 2009. L'étude conclut sur la nécessité d'autres études pour évaluer les bénéfices médicaux et économiques des restructurations et fermetures de maternités.

⁵ Combié Évelyne et al. « Temps d'accès aux maternités Bourguignonnes et indicateurs de santé périnatale », Journal de gestion et d'économie médicales, 2013/6 Vol 31, p. 348-368.

Carte n° 2 : les maternités en Bourgogne



Les maternités en Guyane

I - État des lieux

A - Une région à la population en forte croissance et à la situation sanitaire dégradée

La Guyane est confrontée à des difficultés particulières, tout particulièrement, le multilinguisme, l'étendue de son territoire, le nombre insuffisant de professionnels qualifiés, l'importance de l'immigration clandestine, le poids des inégalités sociales et de la précarité. En 2009, le taux de population immigrée représentait 30 % de la population guyanaise, soit le taux le plus élevé devant l'Ile-de-France (17,6 %) et l'Alsace (10,3 %). Les trois principaux pays d'origine sont le Surinam, Haïti et le Brésil, qui représentent à eux trois, 84 % des immigrés. En conséquence, 61 % des femmes qui accouchent sont de nationalité étrangère, dont la moitié en situation irrégulière, le tiers d'entre elles n'ayant aucune couverture sociale.

1 - Une population en forte croissance

La population de la Guyane est estimée à 250 109 habitants en 2013, en croissance de 35 % en dix ans et de 99 % sur 20 ans⁶, sur un territoire d'un peu plus de 83 000 km²⁷. Les femmes en âge d'avoir des enfants (de 15 à 49 ans) représentent 26 % de cette population (contre 22 % en métropole), soit un peu plus de 64 000 personnes en 2013.

Le taux brut de natalité⁸ est de 26,8 pour 1 000 habitants en Guyane contre 12,6 pour la France entière. L'indicateur conjoncturel de fécondité est de 3,44 enfants par femme en Guyane (2,01 pour la France entière).

2 - Le poids important de la population immigrée

En 2009, on dénombrait en Guyane près de 82 000 étrangers (nés en France ou à l'étranger) et 66 700 immigrés (étrangers nés à l'étrangers et Français par acquisition nés à

⁶ Données INSEE.

⁷ C'est-à-dire la même population que le département du Tarn et Garonne sur une superficie équivalente à celles des régions Rhône-Alpes et Aquitaine réunies. La densité est en Guyane de 3 habitants au km².

⁸ Le taux de natalité est le rapport du nombre de naissances vivantes de l'année à la population totale moyenne de l'année.

l'étranger)⁹. Le nombre de personnes en situation irrégulière se situerait entre 30 000 et 35 000¹⁰.

Plus de la moitié des immigrés sont des femmes et quelque 61 % des femmes qui accouchent sont de nationalité étrangère (dont la moitié en situation irrégulière). Certaines viennent du Brésil et du Surinam au moment d'accoucher, d'autres sont des réfugiées en situation précaire, notamment des haïtiennes. Les risques au cours de la grossesse sont élevés, du fait notamment de conditions sanitaires et environnementales souvent médiocres dans leurs pays comme dans les zones guyanaises, éloignées du littoral ou même urbaines, où elles vivent.

3 - Des indicateurs sanitaires dégradés

Cette situation pèse sur les résultats sanitaires qui apparaissent très dégradés, qu'il s'agisse des taux de mortalité infantile ou du pourcentage d'enfants nés prématurés. Même s'il a très fortement baissé, le taux de mortalité infantile (décès entre la naissance et 1 an) guyanais reste le plus élevé des départements français (hors Mayotte), près de de trois fois supérieur à celui de la métropole (9,9 ‰ sur la période 2010-2012 contre 3,5 ‰¹¹, sachant qu'il était de 11,8 pour 1 000 sur la période 2000-2008). Le taux élevé de prématurité en constituerait l'un des facteurs explicatifs.

La mortalité maternelle qui s'établissait à 47,9 pour 100 000 naissances sur la période 2001-2006¹² était alors plus de cinq fois supérieure à celle de la métropole.

La surveillance prénatale est moindre que dans les autres départements d'outre-mer : 45 % seulement des femmes bénéficient de sept consultations prénatales. En outre, plusieurs aspects spécifiques à la Guyane tendent à aggraver le tableau : grossesses chez les adolescentes, grandes multipares, prévalence élevée des pré-éclampsies, des infections materno-fœtales et des anémies ou des pathologies nécessitant une surveillance spécifique (drépanocytose, paludisme).

B - Une offre de soins reposant sur trois niveaux de structures, encore insuffisante

L'organisation de la prise en charge en obstétrique est significativement différente de celle qui est mise en œuvre en métropole.

En 2000, les missions de médecine générale, la prise en charge des urgences médico-chirurgicales, l'organisation des consultations spécialisées jusqu'alors gérées par les centres de

⁹ Source : INSEE Antilles-Guyane : Panorama de la population immigrée en Guyane, Benoît Hurpeau (septembre 2012).

¹⁰ AFD Document de travail n° 105 • Migrations et soins en Guyane • mars 2011.

¹¹ INSEE, données 2010-2012.

¹² Institut national de veille sanitaire, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 19 janvier 2010. La dernière enquête (Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles, France, 2007-2009, INSERM, octobre 2013) ne distingue pas les résultats selon les différents DOM.

santé du conseil général ont été transférées à l'État et déléguées à un service du centre hospitalier de Cayenne. Depuis, dans les communes isolées de Guyane¹³, les PMI et les 18 centres délocalisés de prévention et de soins (CDPS) sont les deux seuls acteurs de santé permanents.

1 - Une surveillance prénatale assurée dans 23 antennes de PMI répartis sur le département

C'est le service de PMI¹⁴ qui assure le suivi et la prise en charge des examens biologiques de surveillance d'un tiers des grossesses, de plus des deux tiers des bilans de santé des enfants de 3 à 4 ans, et de près de la moitié des vaccinations. Le Conseil Général dispose par ailleurs d'un centre de planification et d'éducation familiale à Cayenne.

La présence de la protection maternelle et infantile est inégalement assurée sur le territoire. Les antennes ne sont présentes que sur les communes du Maroni, sur le littoral et sont absentes du cours supérieur de l'Oyapock. En outre, en raison du manque de personnels qualifiés et de matériel adéquat, leur fonctionnement peut, de manière plus ou moins prolongée, être parfois défaillant.

Les antennes de PMI collaborent avec les 18 centres délocalisés de prévention et de soins (CDPS, voir *infra*), rattachés au CH de Cayenne afin d'assurer dans les communes isolées la surveillance médicale de la grossesse et du nourrisson. Mais le CH craignant une confusion des responsabilités pénales et juridiques, ne se reconnaît pas officiellement de compétence sur les PMI et leurs missions de surveillance médicale.

2 - Des soins de base dispensés dans les centres délocalisés de prévention et de soins

Les 18 centres délocalisés de prévention et de soins (CDPS), de dimensions diverses, disposent, selon les sites, de médecins, infirmiers, sages-femmes et agents de santé épaulés par des personnels administratifs et logistiques. Ils devaient permettre selon les termes du SROS 3 « une projection extra muros de certaines missions hospitalières, telles que des consultations externes, des activités de prévention, l'organisation de permanence d'accès aux soins de santé ». En pratique cependant, le SROS-PRS indique que « quatorze des dix-neuf centres ne bénéficient pas de la permanence quotidienne d'un médecin ; les missions mobiles de médecins spécialistes sont rares et irrégulières. Il n'existe pas de support et d'archivage numérique des dossiers médicaux individuels. »

L'ARS précise qu'aucun CDPS ne dispose de laboratoire diagnostic ou de moyen radiodiagnostic (à l'exception d'échographes) ; en revanche, ils disposent tous de moyens satellitaires de transmission d'images (électrocardiogrammes, photographies, etc) et sont connectés au serveur de résultats du laboratoire hospitalier.

¹³ 8 des 18 CDPS ne sont pas accessibles par voie terrestre.

¹⁴ Dont les effectifs étaient de 183 personnes au moment de l'élaboration du SROS-PRS 2011-2015.

3 - Une prise en charge sanitaire organisée autour de quatre établissements hospitaliers

Le centre hospitalier André Rosemon de Cayenne est un établissement public doté d'une maternité de type III, de plus de 80 lits, qui a assuré près de 2 700 accouchements en 2012, avec un taux d'occupation de 90 %. Il est également doté d'un service de néonatalogie de 35 lits. Il n'y a pas de salle d'intervention de chirurgie obstétricale. Les prises en charge en réanimation néonatale dépassent de 60 % la capacité en lits dédiés. Faute de place et de moyens techniques (il n'y a pas de réanimation infantile en Guyane), des nouveau-nés sont hospitalisés en secteur adulte ou évacués vers les Antilles, voire la métropole. Un nouveau pôle « femme-enfant » a ouvert en décembre 2013, avec retard.

La clinique Véronique (Cayenne) est un établissement privé lucratif, doté d'une maternité de type I de 30 lits qui a assuré 595 accouchements en 2012. Son taux d'occupation est limité à 37 %.

Le Centre médico chirurgical de Kourou est un établissement privé à but non lucratif, doté d'une maternité de type IIA de 23 lits qui a réalisé 919 accouchements en 2012, avec un taux d'occupation de 62 %. L'établissement dispose de 4 lits d'hospitalisation pour les nouveau-nés (par dérogation puisqu'une unité de néonatalogie doit compter en principe 6 lits).

Le quatrième établissement est le centre hospitalier de Saint-Laurent-du-Maroni, établissement public doté d'une maternité de type IIB de 45 lits, qui connaît de très grandes difficultés.

4 - La situation très difficile de la maternité de Saint-Laurent-du-Maroni

a) Une offre de soins insuffisante par rapport aux difficultés

Le nombre d'accouchements à la maternité de Saint-Laurent-du-Maroni a triplé en vingt ans et atteint 2 400 par an, avec un taux d'occupation de 80 %. La maternité est confrontée à des difficultés particulières compte tenu de sa localisation. L'établissement accueille une forte proportion de patientes étrangères¹⁵ dont les grossesses sont peu suivies médicalement, certaines traversant le fleuve au tout dernier moment pour venir accoucher à Saint Laurent. Il aurait l'un des taux les plus élevés de l'Union européenne en grossesses précoces, et de France en grossesses pathologiques, une forte prévalence des infections sexuellement transmissibles ou tropicales ou de saturnisme.

La dotation en personnel du service est fragile. Il est parvenu depuis juin 2010 à assurer une permanence de soins en suites de couches grâce à l'augmentation des effectifs. Celle-ci doit se poursuivre avec une augmentation progressive de l'effectif de sages-femmes de 26 à 33 prévue pour 2015. Le personnel médical et para médical est mutualisé sur l'ensemble des unités fonctionnelles constituant la « maternité », la répartition des effectifs fluctuant en

¹⁵ Les auteurs de la contre-expertise du projet immobilier pour le CGI évaluent la part des patients du CHOG « hors Guyane » à 40 %.

fonction de l'activité observée dans les différentes unités. En néonatalogie, en raison du manque de place, les praticiens effectuent souvent des sorties précoces ce qui peut expliquer un niveau élevé de recours à l'hospitalisation à domicile.

Le service actuel est considéré depuis longtemps comme sous dimensionné par rapport aux besoins. Une dotation de 10 M€ prévue en 2002 pour financer une augmentation de la capacité de cette maternité fut réaffectée à d'autres fins. La capacité en gynécologie-obstétrique n'a été augmentée que fin 2011, de 21 à 45 lits, mais sans que soient mis en place tous les mobiliers et matériels biomédicaux correspondants, notamment de monitoring. En 2013, une demi-douzaine de lits de prématurés étaient regroupés dans une même chambre. Le service de pédiatrie a été porté de 9 lits autorisés à 15 en service en raison de besoins incompressibles, avant que cette dernière capacité soit officialisée puis récemment doublée. Le service de néonatalogie devait être porté en 2013 de 6 à 12 lits, celui de natologie intensive de 3 à 5 lits.

Les constats de la mission d'information du Sénat sur la Guyane (avril 2011)¹⁶

« La délégation s'est rendue au centre hospitalier Franck Joly de l'Ouest guyanais et souhaite relayer, de la manière la plus solennelle possible, le sentiment d'urgence que l'on ressent sur place. Abrisé dans les anciens locaux du baigne, avec quelques bâtiments plus modernes, l'hôpital ne peut plus accueillir décemment ses patients, par ailleurs de plus en plus nombreux. La vétusté des locaux ne permet pas d'assurer la sécurité des professionnels et des malades et leur exigüité interdit l'installation de lits supplémentaires rendus pourtant nécessaires par l'accroissement de l'activité. (...) »

Le président de la commission médicale d'établissement et chef du service maternité et du pôle femme-mère-enfant, a témoigné auprès de la délégation des conditions inacceptables de travail pour les personnels et d'accueil pour les patientes. Alors que l'hôpital ne dispose que de quarante-cinq lits en obstétrique, dix en pédiatrie et neuf en néonatalogie (y compris les soins intensifs), il s'y pratique en moyenne six accouchements par jour, dans deux salles dédiées...

La prise en charge par l'hôpital des femmes enceintes est souvent tardive, notamment si elles viennent du Surinam pour accoucher à Saint-Laurent, et le suivi médical de la grossesse est alors sommaire voire inexistant ; fait révélateur, le nombre d'éclampsies est extrêmement élevé et constitue un record en Europe. En outre, les difficultés sociales et des raisons historiques et culturelles aboutissent à des grossesses précoces nombreuses ; elles sont relativement fréquentes pour des jeunes filles de moins de quinze ans.

Un interlocuteur a indiqué à la délégation que l'on avait atteint « le terme du supportable à Saint-Laurent » et celle-ci en convient aisément. C'est pourquoi le projet de construction d'un nouvel hôpital, lancé en 2005, doit impérativement aboutir. (...) »

Dans son dernier rapport de contrôle des comptes et de la gestion de l'établissement, la CRC indique que sa capacité d'action est « est inversement proportionnelle aux missions sanitaires et médico-sociales importantes qui lui ont été imparties. Sa situation financière apparemment saine est, de fait, marquée par de fortes zones d'incertitudes liées à des modes de financement dérogatoires du droit commun »¹⁷.

¹⁶ Rapport d'information n° 764 fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat à la suite d'une mission d'information effectuée en Martinique et en Guyane du 17 au 23 avril 2011.

¹⁷ CRC de Guyane, Rapport d'observations définitives sur la gestion du Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais (CHOG) Saint-Laurent-du-Maroni exercices 2005 et suivants, octobre 2011.

b) Un projet de reconstruction de l'hôpital qui peine à se concrétiser

Un projet de reconstruction de l'ensemble du centre hospitalier comprenant une nouvelle maternité, évoqué de longue date, a connu un début de concrétisation, avec la validation définitive du projet immobilier par le comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO) lors de sa séance du 25 février 2014.

La reconstruction de l'hôpital de Saint-Laurent-du-Maroni

Le projet consiste en la reconstruction totale de l'établissement sur le site des Sables Blancs (qui accueille depuis 2011 les unités de psychiatrie).

Cette opération prévoit un fort rattrapage des capacités avec des augmentations dans de nombreux services : médecine, chirurgie, mais aussi pédiatrie (de 12 à 25 voire 28), néo-natologie (de 6 lits à 18 voire 20), de soins intensifs de néo-natologie (de 3 à 6 lits), obstétrique¹⁸ (de 45 à 87 ou 89 lits). Elle entraînera également la création d'activités nouvelles comme des lits kangourou¹⁸ (12 lits), de la réanimation néo-natale et adulte, un hôpital de jour pédiatrique...

Au total, le projet s'établit à 220 lits et 21 places au total en MCO (contre 106 lits et 8 places aujourd'hui), dont 87 lits d'obstétrique.

Les travaux doivent durer 3 ans avec une date de démarrage courant 2014 pour une livraison au 31 janvier 2017. Le montant total du projet est chiffré à 112,3 M€ (dont 6 M€ d'équipements).

La contre-expertise du dossier d'évaluation socio-économique du projet réalisée par le commissariat général à l'investissement (CGI) entre décembre 2013 et février 2014¹⁹ a montré l'existence d'incertitudes significatives. Le CGI a néanmoins rendu un avis favorable assorti toutefois de réserves impératives relatives à l'accompagnement et à la maîtrise du projet visant à en réduire les délais de réalisation et à préparer l'ouverture (notamment du point de vue des recrutements de personnels et des gains d'efficacité prévus). Il a souligné les faiblesses préoccupantes du projet qui portent notamment sur un dimensionnement capacitaire très large avec un impact important sur les surfaces et les coûts d'investissements, eux-mêmes considérés comme larges au regard des capacités prévues, et sur la défaillance apparente du pilotage local du dossier qui fait peser un risque important sur l'exécution du projet et ses conséquences financières potentielles, au stade de la construction comme tout au long de l'exploitation.

Le 25 février 2014, le COPERMO a rendu un avis favorable tout en faisant état de « plusieurs points de vigilance majeurs qui devront faire l'objet d'une attention particulière de l'ARS ». Il s'agit :

- de mettre en place un appui au projet pour accompagner et maîtriser le projet visant notamment la réduction des délais et des coûts de construction, en optimisant la phase travaux à 2,5 années maximum, ainsi que de mettre en place un appui juridique à la sécurisation des marchés qui permette le bon déroulement de l'opération en cours ;

¹⁸ Au sein d'une unité qui permet de réunir dans une même chambre un enfant dont l'état de santé nécessite des soins de néonatalogie et sa mère.

¹⁹ Selon la procédure prévue par l'article 17 de la loi de programmation des finances publiques du 31 décembre 2012 et dans le décret 2013-1211 du 23 décembre 2013 relatif à la procédure d'évaluation des investissements publics.

- d'étayer et de détailler le plan d'amélioration de l'efficience, tant sur les charges de personnel que sur les autres charges, sur lequel l'établissement s'engagera sur des cibles quantifiées avec l'appui de l'ARS ;
- de prévoir dès à présent, avec l'appui de l'ARS, le dispositif de recrutement des personnels médicaux et non médicaux prévus pour 2018 sur un marché déjà tendu, qui le sera d'autant plus qu'il existe un projet de création de 140 lits sur le centre hospitalier de Cayenne.

Selon la direction générale de l'offre de soins, le respect de ces recommandations conditionnera les délégations des crédits nationaux à venir²⁰.

II - Les principales problématiques du territoire

A - Des difficultés lourdes notamment en matière de démographie médicale

Le système de soins guyanais cumule les difficultés de plusieurs ordres. L'offre de soin est limitée en spécialités et les nouveaux professionnels de santé éprouvent des difficultés d'installation. Les moyens sont inégalement répartis au profit des agglomérations urbaines de Cayenne, Kourou et Saint-Laurent-du-Maroni.

Le corps médical vieillit et connaît des problèmes de renouvellement alors même que la région est en croissance démographique. La pénurie des personnels de santé se combine à un turn-over important des professionnels. Sur ce point cependant la situation est moins défavorable en matière d'obstétrique que de pédiatrie ainsi que le montre le tableau ci-dessous.

Tableau n° 4 : densité de spécialistes médicaux en Guyane

	Effectifs	Densité (/100 000 hab)	Densité France entière
- Gynécologie médicale et obstétrique	3	1,2	4,4
- Gynécologie médicale	0	0	3,9
- Gynécologie obstétrique	23	9,2	11,8
Pédiatres	22	8,8	42,8

Source : Atlas de la démographie médicale en France au 1^{er} janvier 2014- Conseil National des médecins.

Enfin, la Guyane comptait, au 1er janvier 2012, 133²¹ sages-femmes exerçant à titre libéral ou salarié. Le nombre de sages-femmes exerçant en libéral a progressé de 38,5 % entre 2006 et 2010. La densité des sages-femmes libérales y est plus importante que celle de la

²⁰ Lettre du 3 avril 2014 du DGOS portant notification de la décision du COPERMO au directeur général de l'ARS de Guyane.

²¹ STATISS Antilles-Guyane- juin 2013.

France entière : au 1^{er} janvier 2011, il y avait en Guyane 30 sages-femmes libérales pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans contre 23 en France entière. Celle des sages-femmes salariées est la plus élevée de France (173 pour une moyenne France entière de 103).

B - De nouveaux outils à renforcer

1 - Le réseau de périnatalité de Guyane et la gestion des transferts

Un réseau de santé en périnatalité existe en Guyane depuis 2003, le réseau PERINAT GUYANE. Il implique l'ensemble des professionnels du champ médico-psycho-social, les maternités publiques ou privées, les associations, les centres de PMI, les centres de santé.

Le réseau a travaillé à l'élaboration de la procédure et des différentes fiches de transfert (in-utéro et du nouveau-né) ainsi qu'à la mise en place d'une procédure de suivi par le réseau de fiches « incident de transfert » (depuis 2010). Il a défini un schéma type établi pour chaque bassin de vie (Cayenne, Kourou, Saint-Laurent-du-Maroni, les centres délocalisés de prévention et de soins) tenant compte des particularités de chaque bassin. Il est chargé de gérer les situations de sur-occupation des lits de néonatalogie, en conduisant des études auprès des différents services pour tenter d'anticiper les éventuelles naissances d'enfants nécessitant une hospitalisation en néonatalogie et en recherchant des places disponibles dans le département et également aux Antilles.

Le réseau s'est également employé à définir des fiches de poste pour les sages-femmes de PMI et de CDPS travaillant en communes isolées (afin d'optimiser les compétences et le temps de chacune par la mise en place de missions croisées) ainsi que d'un annuaire des professionnels par bassin de vie. Enfin, un dossier commun de périnatalité est en cours de création pour améliorer le suivi des grossesses.

Les transferts à l'intérieur de la Guyane entre le CH de Cayenne (type III) et les autres structures de soins sont importants. Des conventions ont été établies entre les établissements périnataux de type I et II et le centre de référence pour assurer l'orientation des femmes enceintes, organiser les transferts, éventuellement en urgence, des mères et des nouveau-nés entre ces établissements et préciser les transmissions d'informations. Une convention est signée avec l'hôpital de Pointe-à-Pitre en Guadeloupe pour l'évacuation in utero des grands prématurés, lorsque la réanimation néonatale de Cayenne est saturée. Le SMUR pédiatrique a été mis en place mais seuls 4 postes ont été créés sur les 8 prévus, ce qui ne permet pas une permanence 24h/24. Seule une activité en jour ouvrable est assurée.

Le SROS-PRS a défini comme orientation stratégique la « mise en place d'un réseau périnatalité adapté à chaque territoire de santé avec un personnel qualifié en nombre suffisant ».

2 - La télémédecine²²

À partir d'octobre 2000, une première expérimentation a permis de valider l'intérêt et la faisabilité du développement de la télémédecine pour faire face aux caractéristiques guyanaises ; elle concernait quatre sites particulièrement excentrés (Maripasoula, Antécume-Pata, Saint-Georges et Trois-Sauts) et trois spécialités (parasitologie, dermatologie et cardiologie). Le réseau a ensuite été étendu aux autres centres délocalisés et à trois nouvelles spécialités (ophtalmologie, gynéco-obstétrique et pédiatrie). Cofinancé par le centre hospitalier, le centre national d'études spatiales, le ministère de la santé, des fonds européens et la DATAR, ce projet a coûté 1,7 million d'euros entre 2001 et 2010. Depuis 2010, une dotation de l'ARS au titre des MIGAC assure une partie du financement.

En pratique, le professionnel de santé présent dans le centre délocalisé dispose d'une valise de télémédecine contenant un ordinateur portable, un appareil photo numérique, un électrocardiogramme numérique, un microscope et une webcam. Il peut ainsi transmettre des photos ou des analyses faites sur place au SAMU de Cayenne qui centralise les demandes ; ces informations sont alors soumises à un spécialiste pour qu'il puisse poser un diagnostic et proposer un traitement adapté. Le réseau de télémédecine permet d'éviter des déplacements pour les patients et leur famille, des consultations, des hospitalisations, ainsi que des évacuations sanitaires. Une étude réalisée en mars 2011 a estimé les économies réalisées à 1,9 M€.

Le réseau couvre majoritairement le littoral de la Guyane, les communes isolées de l'intérieur n'étant reliées que par la voie satellitaire ce qui, pour le moment, limite très sérieusement les possibilités des usages de télémédecine. En décembre 2013, un dispositif de surveillance des grossesses par télémédecine a néanmoins été mis en place entre un centre de santé du Haut Maroni et la sage-femme installée à Maripasoula et l'équipe des obstétriciens du CH de Cayenne (enregistrement des mouvements actifs, des battements de cœur du bébé et des contractions de la mère).

Toutefois, le bilan du SROS 3 indique que la télémédecine a été insuffisamment renforcée pour la surveillance obstétricale (alors que tous les centres délocalisés de prévention et de soins sont désormais équipés).

C - Un SROS-PRS qui réitère des priorités déjà anciennes

La périnatalité était un objectif fort du SROS 3. Au vu du bilan dressé dans le SROS-PRS, un grand nombre des orientations fixées ont marqué des progrès. Mais toute nouvelle avancée est nuancée ou freinée par le renouvellement constant des difficultés (en matière de personnel, de besoins en lits ou en équipements...).

²² Sources : Programme Régional de Télémédecine Guyane 2011-2016 et extraits du rapport d'information du Sénat n° 764 (2010-2011) : Santé et logement : comment accompagner la Martinique et la Guyane ?

Au titre des succès, on peut relever le développement des alternatives à l'hospitalisation comme l'hospitalisation à domicile (HAD) en pré et post partum et l'hospitalisation de jour, en périnatalité. L'HAD en pré et post partum représente près du tiers de l'activité totale développée sur Cayenne et Kourou, un peu moins sur Saint-Laurent. Il s'agit surtout de surveillance de menace d'accouchement prématuré (MAP) ou de grossesses à risques. L'implantation sur chacun des trois territoires de santé de périnatalité d'un centre d'orthogénie, a été réalisée mais les unités s'avèrent insuffisantes et ne répondent pas aux recommandations nationales dans le choix de la technique, les consultations contraceptives et de l'accompagnement du post abortum. L'absence de locaux et de personnel formé dédiés à cette activité pénalisent la qualité de la prise en charge.

L'amélioration du suivi des femmes enceintes et des nouveau-nés a été confrontée aux difficultés de recrutement du réseau de PMI. En revanche, de nombreux recrutements de sages-femmes ont été effectués par le CH de Cayenne pour les centres délocalisés de prévention et de soins (CDPS) comme par la PMI (qui implante ses professionnels dans les gros CDPS) dans un contexte de renouvellement permanent de personnel. En matière de prévention, les centres délocalisés de prévention et de soins se sont limités aux missions organisées en pays amérindien et n'ont pas pris l'habitude de sortir de leurs murs pour aller au-devant des populations pour des actions préventives.

Les difficultés de financement ont limité le renforcement des consultations avancées en obstétrique par le CH de Saint-Laurent ou de la disponibilité de moyens de transports pour les évacuations des femmes enceintes des CDPS vers Cayenne, tout comme la création de structures d'accueil adaptées pour les femmes venant accoucher, ou venant d'accoucher.

Le SROS-PRS (2011-2015) montre que la périnatalité reste considérée par l'ARS comme la première priorité de santé. Nécessairement, les orientations stratégiques retenues restent similaires à celles qui structuraient le SROS 3.

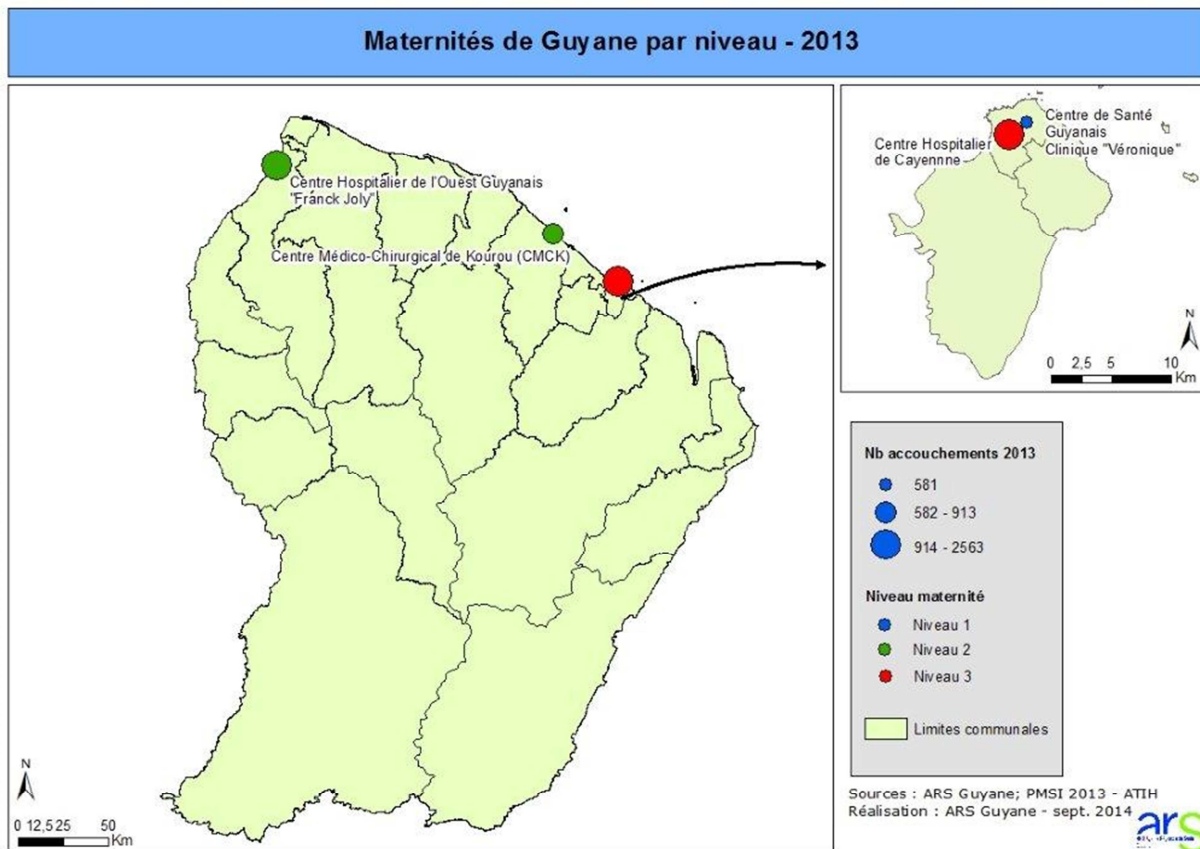
Parmi les orientations du SROS-PRS figure la volonté de prévoir une fusion des structures préventives et curatives dans les centres de santé frontaliers et la lutte contre « l'immigration obstétricale » par la coopération transfrontalière. En effet, une solution à certaines des difficultés rencontrées est recherchée depuis longtemps avec le Surinam. L'objectif est de permettre à ses ressortissantes d'accoucher dans leur pays, en rouvrant une maternité à Albina, de l'autre côté du fleuve Maroni (la maternité suivante étant à 170 km à l'ouest). Comme l'a écrit en 2011 la chambre régionale des comptes, « bien que régulièrement évoqué dans les différents rapports, la coopération avec le Surinam en matière de maintien des naissances au plus près des lieux de résidence, reste du domaine incantatoire »²³. Fin 2012, la première pierre d'un hôpital a été cependant posée à Albina et des promesses de coopération ont été renouvelées.

Malgré une réaffirmation régulière par l'ARS des axes d'amélioration, les investigations menées dans le cadre de la préparation du Rapport public thématique de la Cour sur la santé

²³ Rapport 2011-295 du 28 octobre 2011 sur la gestion du Centre hospitalier de l'ouest guyanais, page 52.

outre-mer²⁴ n'ont pas permis de constater qu'une réduction des pertes de chance à un niveau proche de la métropole serait accessible à l'horizon du SROS-PRS.

Carte n° 3 : les maternités en Guyane



²⁴ Cour des comptes, Rapport public thématique, la santé dans les outre-mer, une responsabilité de la République, La Documentation française, juin 2014, disponible sur www.ccomptes.fr.

Les maternités en Île-de-France

I - État des lieux

A - Une région riche, peuplée et dynamique mais très contrastée

La région Île-de-France comptait en 2012 près de 12 millions d'habitants. La densité de population y est élevée (976 habitants/km² contre 115 pour la France métropolitaine), mais présente de très forts contrastes. Elle décroît progressivement de Paris vers la petite, puis la grande couronne.

La région est globalement riche. Le revenu net annuel déclaré moyen par foyer fiscal est supérieur à celui de la moyenne française, avec toutefois de fortes inégalités intra régionales (36 000 € à Paris et 19 800 € en Seine Saint-Denis.) Le taux de chômage est de 10,9 %.

La région totalise, avec 180 000 naissances, plus d'un cinquième des naissances françaises. Le taux de natalité y est supérieur à la moyenne nationale (15,2 ‰ contre 12,6 ‰).

Pour autant, les résultats en matière de périnatalité sont plus médiocres que pour l'ensemble de la France métropolitaine, notamment pour la mortinatalité (9,5 ‰ contre 8,7 ‰), la mortalité maternelle (12,5 pour 100 000 naissances vivantes contre 9,4 pour la métropole) et le taux de prématurité (7,8 % contre 7,4 %). Ces résultats sont particulièrement médiocres en Seine Saint Denis et dans l'Essonne.

Certains indices montrent une vulnérabilité particulière des parturientes en Île-de-France. Ainsi, 3,3 % des femmes qui s'inscrivent à l'AP-HP n'ont pas de couverture sociale (contre 1 % pour l'ensemble de la métropole). Près de 10 % des femmes franciliennes n'ont pas bénéficié des sept consultations prénatales recommandées et l'entretien prénatal précoce est insuffisamment mis en place (13 % en Île-de-France pour 22 % sur la France entière).

B - Une offre en obstétrique marquée par le désengagement du secteur privé lucratif

En janvier 2012, on recensait 92 autorisations en gynécologie-obstétrique, soit 4 046 lits, répartis entre 31 maternités de type I, 28 maternités de type IIA, 18 maternités de type IIB et 15 maternités de type III.

Le secteur privé est nettement prépondérant puisqu'il gère plus de 70 % des maternités de type I.

L'offre d'obstétrique a connu depuis 1998 une tendance à la concentration et à un renforcement de technicité. Le nombre de maternités a ainsi diminué de 30 % alors que le nombre de maternités de type III a quasiment doublé.

Tableau n° 5 : offre en obstétrique en Île-de-France

	Nombre de naissances	Nombre de sites	Type III
1998	164 919	135	8
2006	175 286	110	14
2012	181 351	95	15

Source : réseau Perinat-ARS-IDF

La mise en place de la T2A et le renforcement des normes en matière de permanence des soins ont en effet engendré une dégradation de la situation financière des structures présentant une faible activité et a fréquemment entraîné leur fermeture.

Cette évolution s'est traduite par le désengagement du secteur privé lucratif : entre 2008 et fin 2013, 13 sites privés d'obstétrique sur 48, tous de type I, ont ainsi cessé leur activité.

C - De nombreuses restructurations

1 - Les recompositions au sein de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (l'AP-HP)

L'AP-HP totalise le quart de la capacité régionale en gynéco-obstétrique, avec 948 lits répartis sur 13 sites, pour moitié de type III et pour moitié de type II.

Les contraintes réglementaires en matière de compétences médicales et de permanence des soins ont conduit l'AP-HP à concentrer son activité d'obstétrique sur quelques sites.

La réorganisation du site de Cochin-Port Royal

Après la fermeture en 2006 du site de Baudelocque, les activités de gynécologie obstétrique, réparties sur les deux services de Saint Vincent-de-Paul et de Port-Royal, qui totalisaient 5 000 naissances pour une capacité de 122 lits, ont été regroupées en 2012 dans un nouveau bâtiment à Port Royal, d'une capacité de 100 lits pour un objectif de 5 500 naissances par an. Une partie des accouchements a été réorientée vers la maternité de l'hôpital Bicêtre, qui a réalisé 400 accouchements supplémentaires en 2012, et de l'hôpital Saint Joseph (+150 accouchements en 2012).

L'AP-HP a également réorganisé ses activités périnatales au sein du groupe hospitalier universitaire de l'Est Parisien.

La reconfiguration des maternités de l'Est parisien autour de l'hôpital Trousseau

Dans le cadre du plan stratégique 2010-2014, l'AP-HP a prévu de faire de la maternité de l'hôpital Trousseau le centre périnatal de référence de l'Est Parisien, à même d'accueillir 4 000 accouchements par an dans un environnement d'excellence en pédiatrie spécialisée.

En conséquence, la maternité de l'hôpital Saint-Antoine, de type IIB, qui avait réalisé 2 250 accouchements en 2011, a été fermée au premier trimestre 2012. La majeure partie son activité obstétricale a été réorientée vers l'hôpital Trousseau, de même que le service d'accueil des urgences gynécologiques et l'activité de néonatalogie. La part restante de l'activité (1 200 accouchements) a été répartie entre trois sites de l'AP-HP (Tenon, Cochin et la Pitié-Salpêtrière).

L'opération a donné lieu à des recrutements importants et à une stagnation de la productivité des sages-femmes et des obstétriciens en fin de période. L'activité de la maternité de l'hôpital Trousseau a atteint 3 500 accouchements en 2012, sa capacité étant passée de 38 à 60 lits. Le surcroît d'activité n'a pas permis d'améliorer la productivité de la maternité de l'hôpital Trousseau. En effet, entre 2010 et 2011, à effectif quasi-constant, la productivité des sages-femmes a diminué en raison d'une baisse du nombre d'accouchements. Et entre 2011 et 2012, la progression des effectifs (49,3 %) a été parallèle à celle de l'activité (48 %). L'effectif des gynécologues-obstétriciens a augmenté de 100 % sur la période.

2 - Une seule ouverture entre 2008 et 2012, issue du regroupement de trois structures voisines

L'hôpital privé de Marne-la-Vallée, qui a ouvert ses portes en 2010, regroupe des activités d'obstétrique de trois établissements voisins de Seine-et-Marne : la clinique de Noisy-le-Grand (fermée depuis), l'Hôpital privé de Marne-Chantereine, et l'Hôpital Privé Paul d'Égine, tous deux encore en activité.

L'hôpital privé de Marne-la-Vallée a également intégré l'unité de néonatalogie de type IIA de l'hôpital Sainte Camille, qui ne comportait pas de service de gynéco-obstétrique, son autorisation, accordée en 2005 par l'ARH, ayant finalement été retirée. Or, tout service de néonatalogie doit être adossé à une maternité.

II - Les principales problématiques du territoire

A - Une restructuration non finalisée

1 - Une proportion encore importante de petites maternités et des maternités mono-activité en grande difficulté

En 2012, 30 % des maternités de la région effectuaient moins de 1 000 accouchements par an. Ces structures sont financièrement fragiles en raison d'une baisse d'activité et des difficultés rencontrées pour le respect des normes réglementaires en matière de personnel.

Les établissements qui ont une activité exclusive d'obstétrique (maternité des Bluets, maternité des Lilas) rencontrent des difficultés supplémentaires, liées à leur vulnérabilité face à toute réforme tarifaire ou de mise en conformité. Leur philosophie spécifique de prise en charge de la grossesse implique en outre un accompagnement renforcé et des effectifs plus nombreux. Confrontées à de grandes difficultés financières, ces structures ne parviennent pas à financer les investissements nécessaires à leur rénovation *in situ*.

L'ARS a proposé d'adosser ces maternités à un autre établissement de santé afin de garantir la sécurité et la qualité des soins tout en favorisant un développement d'activité. Un tel adossement a été réalisé, pour la maternité des Bluets, qui a été reconstruite et adossée à la maternité de l'hôpital Trousseau en 2007 pour mieux garantir la sécurité et la qualité des soins. Il s'en est suivi une croissance importante du nombre d'accouchements réalisés visant

notamment à amortir les investissements réalisés. Les synergies avec l'hôpital Trousseau apparaissent en outre relativement limitées²⁵.

Une telle restructuration n'a pas encore abouti dans le cas de la maternité des Lilas.

La reconstruction de la maternité des Lilas, actuellement dans l'impasse

L'établissement est depuis 2011 dans une situation financière critique, en raison de la mise en œuvre des normes réglementaires et d'une baisse d'activité conjoncturelle. Le déficit structurel était en 2012 de 2,5 M€ (soit 25 % des produits) et l'ARS a apporté un soutien financier de 2,5 M€ en 2013, pour éviter une situation de cessation des paiements.

L'Association Naissance, gestionnaire de cet établissement privé d'intérêt collectif qui a réalisé 1 588 accouchements en 2012, revendique une reconstruction sur le site « Gütermann », dans la commune des Lilas

Le coût prévisionnel de cette opération est de 24 M€. Déjà aidé à hauteur de 6,6 M€ dans le cadre du Plan Hôpital 2012, le projet nécessite, pour être équilibré, une aide supplémentaire de 18 M€ et le passage à une activité de 2 700 accouchements par an, conditions jugées irréalistes.

L'ARS a proposé, tout en préservant « l'esprit » des Lilas, une relocalisation sur le site de l'hôpital de Montreuil, pour un coût d'investissement de 8 à 10 M€, soit une aide complémentaire de 1,4 à 3,4 M€.

Cette option a été vigoureusement contestée par le collectif de soutien à la maternité. Un moratoire de trois mois a donc été accordé par le ministère de la santé fin juin 2013. Après la publication du rapport Frydman, qui n'excluait aucune solution sur le plan médical, la mobilisation s'est poursuivie, pour aboutir, le 9 septembre 2014, à l'abandon par l'ARS du projet de déménagement vers le CHI de Montreuil. Pour autant, le bouclage financier de la reconstruction sur site n'est pas résolu, l'ARS entendant limiter sa participation financière à 10 M€ et les collectivités locales à 4M€.

Les maternités qui atteignent l'équilibre ont généralement, outre une grande taille, une activité très technique et/ou très diversifiée. C'est le cas de la maternité de l'hôpital Antoine Béchère (AP-HP) à Clamart, maternité de type III réalisant 2 830 accouchements en 2012, spécialisée dans la médecine prénatale (procréation médicalement assistée et diagnostic préimplantatoire), qui est excédentaire sur toute la période examinée, de même que le pôle femme-enfant de l'hôpital.

Le service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Trousseau (AP-HP, maternité de type III assurant un grand nombre de naissances prématurées) parvient tout juste à l'équilibre. Celui-ci n'est toutefois pas assuré par l'activité d'obstétrique, mais essentiellement par la réanimation néonatale (solde positif de 2,6 M€ en 2012) et, dans une moindre mesure, par la néonatalogie (0,3 M€ en 2012).

2 - La sécurisation des maternités isolées ou périphériques

Compte tenu de la densité des maternités en Île-de-France, la question du maillage territorial n'est pas pertinente, sauf pour quelques territoires de la grande couronne. Les fermetures intervenues n'ont pas eu de conséquences en termes d'accessibilité géographique pour les parturientes. Aucun centre périnatal de proximité n'a été installé dans la région.

²⁵ Selon l'hôpital Trousseau, depuis 2007, des liens directs entre les services et les équipements des deux établissements ont été mis en place (biologie, imagerie, gestion des déchets, sécurité incendie, restauration...). Un groupement de coopération sanitaire (GCS) a été créé pour les activités de planification et d'éducation familiale. L'hôpital souhaite renforcer les coopérations existantes notamment sur la gouvernance, l'articulation des projets médicaux (staffs communs dans chacun des secteurs d'activité, protocoles de prise en charge commun, revues de morbi-mortalité communes...) ainsi qu'en matière de gestion.

L'ARS cherche à consolider certaines implantations périphériques pour assurer la couverture du territoire régional.

La maternité de Mantes-la-Jolie : une activité fragilisée

L'activité de cette maternité, de type IIB, a diminué de 6 % entre 2010 (2 700 accouchements) et 2012 (2 600 accouchements). Ses parts de marché sur la zone d'attractivité ont baissé de 5 %, de même que son taux d'occupation.

La maternité subit une forte concurrence du secteur privé. La précarisation de la population du bassin du Mantois, notamment dans le quartier du Val Fourré, classé en ZUS, conduit les populations plus favorisées à s'adresser à des cliniques privées, en cas de grossesse normale. L'installation récente à Mantes de gynécologues libéraux, exerçant notamment à la clinique Saint Louis de Poissy, située à 25 km et facilement accessible par l'autoroute A13, a accentué cette tendance.

En outre, la maternité de Mantes la Jolie, située à 50 km à l'Ouest de Paris, aux confins de l'Île-de-France, est peu attractive pour les médecins. Leur pénurie entraîne une limitation des consultations de début de grossesse, préjudiciable au recrutement de futures parturientes : la maternité ne prend en charge le suivi des grossesses qu'à partir de 24 semaines, et, dans les faits, ces premières consultations sont souvent retardées à 28 et même 32 semaines.

Bien que l'hôpital François Quesnay, construit en 1997, soit un beau bâtiment, bien entretenu, la configuration des locaux de consultation, difficiles à adapter, limite également l'activité.

La maternité a été incitée par l'ARS à nouer des partenariats avec le CH de Poissy-Saint Germain et le CH de Meulan-les-Mureaux.

La maternité d'Étampes, site d'obstétrique du centre hospitalier Sud-Essonne Dourdan-Étampes, implanté à 55 km de Paris, fait également l'objet d'une attention particulière. L'activité du site de Dourdan (582 accouchements par an), suspendue en septembre 2013 à la suite du décès d'un nouveau-né, a été à nouveau autorisée en janvier 2014. Il en est de même pour la maternité de Provins, à 80 km à l'Est de Paris²⁶, qui effectue 700 accouchements par an, et est déficitaire.

3 - Un maillage territorial qui ne pose pas question mais une restructuration non finalisée

La restructuration de l'offre n'est pas finalisée. Des inégalités persistent à l'échelon départemental et infra départemental. Ainsi, Paris apparaît particulièrement attractif alors que le taux de fuite reste important en Seine-Saint-Denis (15 %) et en Seine-et-Marne (22 %). À Paris même, l'offre est déséquilibrée avec une demande en obstétrique forte dans le nord de la capitale alors que la plupart des maternités se trouve dans le sud. L'hôpital Robert Debré (AP-HP) situé dans le 19^{ème} arrondissement de Paris est, par exemple, saturé.

En raison de la pénurie de pédiatres, l'ARS a dû refuser des demandes d'ouverture, et des capacités autorisées par le SROS 3 n'ont pas été installées. Ainsi, l'autorisation de type IIB est toujours en attente de mise en œuvre à l'hôpital de Versailles, et la maternité de Montereau est passée de type IIA en type I car le fonctionnement de son unité de néonatalogie n'était plus conforme à la réglementation.

Un des objectifs du SROS-PRS est l'achèvement du redéploiement des capacités excédentaires parisiennes de néonatalogie (environ 50 lits), principalement vers l'est de l'Île-de-France.

²⁶ Les maternités les plus proches sont situées à Montereau (38 km), Meaux (65 km) et Lagny (60 km).

B - Une articulation imparfaite entre les différents niveaux de prises en charge

1 - Une demande croissante pour les maternités de type III et la question d'un plafond d'activité

La classification mise en place en 1998 est accusée d'induire un déséquilibre de la demande au profit des maternités de type III. La recherche d'une sécurité maximale susciterait l'engouement des patientes pour les maternités offrant une haute technicité, alors que 70 à 80 % des accouchements se déroulent normalement et relèvent d'un établissement de type I. La conséquence de cette situation est une occupation inadéquate des lits, ne permettant plus à ces maternités de type III de remplir leur rôle dans la prise en charge des pathologies néonatales les plus lourdes.

Ainsi, le pourcentage de nouveau-nés prématurés vivants, nés avant 32 semaines d'aménorrhée, accueillis en maternité de type I ou IIA, est stable, à hauteur de 7,3 %. La principale cause est le refus de transfert *in utero* dans une maternité de type III en raison d'un manque de place en réanimation néonatale.

En outre, la tarification à l'activité a entraîné une mise en concurrence de toutes les maternités, quel que soit leur statut, les incitant à accueillir les grossesses à faible risque pour augmenter leur activité, améliorer leurs recettes et rentabiliser leurs coûts. L'ARS a été alertée de certaines pratiques de maternités de type III, qui réalisent des accouchements physiologiques, et transfèrent les mères dès le lendemain de l'accouchement vers des maternités de type I. Ce serait le cas de la maternité du CHU de Bicêtre (AP-HP) vers l'hôpital privé de Vitry sur Seine, et du centre hospitalier de Pontoise vers le CH des portes de l'Oise.

Entre 2011 et 2012, les maternités de type I ont perdu plus de 6 % de leur activité et les maternités de type IIA presque 5 %, alors que les maternités de type III ont enregistré une hausse d'activité de 7 %. Les pratiques concernant les inscriptions en maternité ne sont ni formalisées ni unifiées. Il n'existe pas de système contraignant d'orientation des parturientes. La majorité des maternités de type III de l'échantillon étudié (Cochin, Bécélère, Centre hospitalier Sud Francilien, Trousseau) refuse les patientes présentant une grossesse à bas risque une fois leur quota d'accouchements atteint. La maternité de Port Royal (AP-HP) a mis en place un registre des inscriptions afin d'encadrer le nombre de patientes prises en charge ainsi qu'une filière spécialement dédiée aux grossesses à bas risque.

Une réflexion sur les très grosses maternités, sous l'égide du « club des 4 000 », a été initiée en Île-de-France, où cinq maternités réalisent plus de 4 000 accouchements par an. La permanence des soins y pose notamment question, la réglementation ne fixant pas de normes spécifiques au-delà de 2 500 naissances.

2 - Les réseaux de santé en périnatalité : un fonctionnement peu contraignant et une recomposition en cours de finalisation

Les missions des réseaux franciliens et leurs modalités de fonctionnement sont fixées par un cahier des charges régional, déclinaison du cahier des charges national de 2006, qui prévoit l'élaboration de protocoles, notamment entre les différents types de maternité.

Le réseau périnatal de l'est parisien (RPEP) prend en charge l'organisation des transferts entre établissements incluant à Paris l'hôpital Trousseau (de type III, mais sans réanimation adulte) ainsi que deux autres établissements de l'AP-HP de type IIA, accueillant des pathologies maternelles (Tenon et La Pitié-Salpêtrière), ce qui permet un gain de temps pour les médecins au sein des maternités.

La maternité de Port Royal est devenue l'établissement de référence pour la grande prématurité. Elle accueille un nombre important de femmes adressées par d'autres maternités, y compris de type III. En 2012, il a reçu 362 transferts *in utero*, soit 7,4 % des parturientes. La maternité prend en effet en charge les très grands prématurés (24 semaines), au contraire d'autres services de réanimation néonatale. Elle dispose en outre d'un service de réanimation adulte, situé à Cochin, et accueille à ce titre les grossesses avec risque maternel, qui ne sont pas prises en charge par les maternités de type III sans environnement de réanimation adulte (Necker, Trousseau, Robert Debré).

L'organisation des réseaux est toutefois foisonnante, puisqu'il existe actuellement onze réseaux en périnatalité, dont chacun comprend au moins une maternité de type III. En outre, une cellule de transfert, implantée sur le site de l'hôpital Antoine Béchère de Clamart, oriente les patientes de toute l'Île-de-France en cas de manque de place en néonatalogie dans le réseau ou de pathologie très spécifique. L'organisation cible envisagée par l'ARS prévoit un réseau par département, afin de mieux répartir les financements de plus en plus contraints et de couvrir l'ensemble du territoire francilien.

En outre, la régulation, par les réseaux, des inscriptions entre les différents types de maternités est difficile car les maternités se placent de plus en plus dans une logique de captation de patientèle et restent vigilantes pour préserver leurs parts de marché.

L'hôpital Sud Francilien, attentif à son positionnement au sein du réseau

La maternité du centre hospitalier Sud Francilien est la maternité de type III du réseau PERINATIF Sud, qui compte 16 établissements. Elle accueille 160 transferts *in utero* par an.

Elle juge efficace la cellule de transfert, située à Antoine Béchère, mais reste attentive à ne pas être « court-circuitée » par le dispositif. Elle veille à ce que les maternités de type I et II de son réseau, en cas de demande de transfert *in utero* vers un type III, contactent le CHSF en première intention, et n'appellent la cellule que dans un deuxième temps.

3 - Les maisons de naissance : deux préfigurations aux résultats contrastés, des questions non résolues

L'Île-de-France compte deux expérimentations de maisons de naissance (antérieures à la loi du 6 décembre 2013), très différentes quant à leur mode de gestion, leur fonctionnement et leur situation financière.

La maison de naissance adossée au CH de Pontoise, portée par le chef de service, est intégrée au projet de service de la maternité. Les locaux sont situés dans l'hôpital, au-dessus du bloc de naissance, où les femmes peuvent être descendues très rapidement en cas de complications. Les deux sages-femmes qui y travaillent sont salariées de l'établissement.

Elle est particulièrement attractive, et déclare refuser de nombreuses parturientes. Il ne s'agit toutefois pas d'une maison de naissance selon les termes de la loi du 6 décembre 2013 dans la mesure où elle est située à l'intérieur même de l'hôpital et où les accouchements y

sont réalisés par des sages-femmes salariées de l'établissement et non par des sages-femmes libérales.

La situation de la maison de naissance adossée à la maternité des Bluets, elle-même adossée à l'hôpital Trousseau, gérée par une association de parents et de sages-femmes libérales, est plus complexe. En cas de complications en cours d'accouchement, la prise en charge de la parturiente peut être délicate, car elle doit s'intégrer dans le fonctionnement soit de la maternité des Bluets, soit de celle de Trousseau. Le suivi est réalisé par des sages-femmes libérales. Depuis le second semestre 2013, les accouchements sont facturés par la maternité des Bluets (1 084 €) et des honoraires sont reversés aux sages-femmes (313 €), ce qui permet un meilleur équilibre financier de la structure²⁷.

La maison de naissance parisienne réalise environ 80 accouchements par an. Les parturientes appartiennent à des catégories socio-professionnelles plutôt élevées. 30 % d'entre elles demandent une péridurale en fin d'accouchement et rejoignent la maternité des Bluets.

Pour l'ARS, les maisons de naissances posent des questions non résolues : nombre de parturientes effectivement intéressées par cette formule, organisation de la prise en charge en cas d'urgence, montant de l'assurance des sages-femmes libérales exerçant dans ce type de structure. En tout état de cause, l'élaboration de règles de fonctionnement harmonisées au plan financier apparaît nécessaire.

C - Des perspectives démographiques contrastées

L'offre médicale est plus favorable en Île-de-France que pour l'ensemble du territoire national, tant pour les obstétriciens que pour les pédiatres et les anesthésistes. On observe toutefois de fortes disparités intra régionales pour les trois disciplines médicales. Paris est sur-doté, alors que la plupart des départements de la grande couronne et la Seine-Saint-Denis, sont déficitaires. À Paris, on compte par exemple, pour 100 000 habitants, 13 obstétriciens contre 2,3 en Seine-et-Marne, 34 pédiatres contre 10 en Seine-Saint-Denis, 42 anesthésistes contre 8 dans l'Essonne. La densité des sages-femmes, avec 103 sages-femmes pour 100 000 femmes en âge de procréer, est en revanche inférieure à la moyenne nationale (125).

L'âge médian des médecins dans les disciplines ayant trait à l'obstétrique est élevé, compris entre 50 ans et 60 ans. Pour les pédiatres, l'effectif devrait diminuer de 14 % d'ici 2016 et de 16 % d'ici 2021, et pour les anesthésistes, les projections donnent un solde négatif en 2016 et 2021. La démographie est plus favorable pour les gynéco-obstétriciens, dont le solde est positif en 2016 (895) et en 2021 (985), par rapport à en 2012 (879). Elle ne pose pas de problème pour les sages-femmes.

Dans les établissements de la région où le recrutement est plus problématique, les établissements sont contraints d'accepter une part importante d'activité libérale. A Argenteuil, la moitié des gynécologues obstétriciens (cinq) exercent une activité libérale au sein de l'hôpital. C'est la spécialité la plus concernée, puisque, sur la totalité des praticiens à temps plein du CHA, la proportion n'est que de 10 %. Les gynéco-obstétriciens pratiquent tous des

²⁷ Les sages-femmes libérales étaient auparavant rémunérées par les patientes. Elles reversaient une redevance d'une centaine d'euros par accouchement à la maternité des Bluets.

dépassements d'honoraires sur les consultations, mais les accouchements sont facturés au tarif conventionnel. Le montant des émoluments perçus variait, selon les praticiens de 22 110 € à 71 716 € pour l'année 2012. A Mantes la Jolie, cinq à six des sept gynécologues-obstétriciens avaient une activité libérale de consultations entre 2010 et 2013. Ces praticiens exercent tous en secteur 2, avec dépassements d'honoraires, même si les accouchements continuent à relever entièrement de l'activité publique. Le volume d'actes effectués au titre de l'activité libérale a parfois été supérieur à la part consacrée à l'activité publique, contrairement à la réglementation.

D - La prise en charge des populations spécifiques

La précarité des femmes enceintes impacte négativement les résultats en matière de périnatalité. Les réseaux d'Île-de-France disposent d'un indice de développement humain qui permet d'apprécier cette précarité. Ainsi, le département de Seine-Saint-Denis, où cet indice est bas, présente des indicateurs en périnatalité particulièrement médiocres. La mortalité néonatale atteint 3,6 ‰ contre 2,3 ‰ en France. La mortalité maternelle était sur la période 2007-2009 de 12,5 décès maternels en Île-de-France pour 100 000 naissances contre 9,4 sur la France métropolitaine. Une étude de l'INSERM a montré que cette situation pouvait être liée à des défauts d'organisation du système de soins dans la région²⁸.

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

La prise en compte de la précarité à la maternité Port-Royal

La précarité constitue un enjeu majeur à Port-Royal, au regard de l'importance croissante des publics concernés et des risques afférents. En 2012, 6 % des patientes bénéficiaient de la CMU ou de l'AME et 2,9 % n'avaient aucune protection sociale.

Les patientes précaires sont prioritaires à Port-Royal, et ne rencontrent jamais de refus d'inscription, quel que soit le terme auquel elles se présentent. Leur suivi exige un temps de travail social conséquent, notamment au moment de leur sortie, car la maternité doit faire en urgence des demandes d'AME, de prise en charge par des associations ou le réseau SOLIPAM, d'accès au dispositif PASS. En 2012, 92 patientes sont sorties de la maternité avec un accompagnement des suites de couches assuré par le SAMU social.

En lien avec l'unité l'INSERM « *recherche épidémiologique en santé périnatale* », un département hospitalo-universitaire « Risques et grossesse », dirigé par le chef de service de Port Royal et rassemblant les équipes cliniques de quatre maternités (Port-Royal, Louis Mourier, Bichat et Beaujon) effectue des travaux de recherche sur les pathologies liées à la précarité.

L'hôpital Necker (AP-HP) a mis en place un centre de dépistage des grossesses à risque, intitulé PRIMAFACIE. Il propose à toutes les femmes enceintes, sans restriction, un bilan à réaliser entre la 11^{ème} et la 14^{ème} semaine d'aménorrhée, dont les résultats sont adressés au médecin traitant et à la maternité désignée par la patiente.

²⁸ « Understanding regional differences in maternal mortality : a national case-control study in France. Saucedo, Deneux-Tharoux, Bouvier-Colle, INSERM, International Journal of Obstetrics and Gynaecology, dec 2012.

E - Une attention particulière aux indicateurs de périnatalité

Au sein de l'ARS d'Ile de France, une équipe dédiée « PERINAT-ARS-IDF » élabore chaque année, à partir des données de l'INSEE et de l'ATIH, un tableau d'indicateurs par maternité, par type et par département, un tableau de bord régional très complet en santé périnatale et un tableau d'indicateurs inter-réseaux de périnatalité. Elle réfléchit actuellement au choix d'indicateurs permettant d'évaluer la qualité de la prise en charge.

L'analyse statistique des indicateurs de périnatalité en Ile de France

L'ARS Ile de France a mis en place, pour l'activité de gynécologie obstétrique, une équipe dédiée (PERINAT ARS Ile de France), qui établit chaque année plusieurs types de documents :

- un tableau d'indicateurs par maternité, par type et par département en données domiciliées et enregistrées pour l'Ile de France.
- un tableau d'indicateurs inter réseaux de périnatalité
- un tableau de bord des indicateurs en santé périnatale depuis 2012.

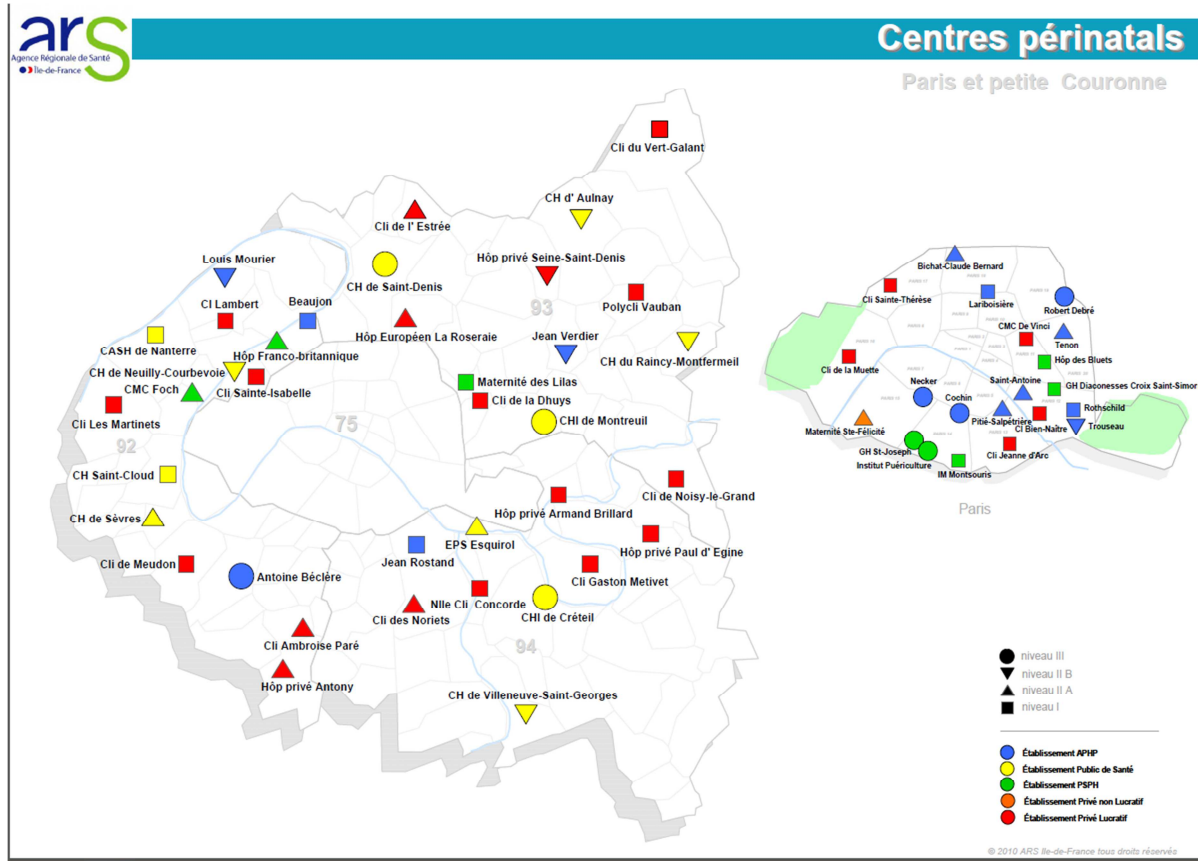
Les indicateurs d'alerte, notamment sur la performance et la sécurité des maternités (mortalité maternelle, mortinatalité, prévalence de la prématurité, pathologies néonatales lourdes) font donc l'objet d'un recueil grâce à cette équipe dédiée qui a accès à presque toutes les bases PMSI des établissements sur la région Ile de France et qui fait un contrôle de qualité interne de ces données. Ces données font l'objet d'une analyse régionale globale une fois par an et sont comparées avec la même fréquence aux statistiques nationales.

Un travail de croisement des données issues du PMSI et le recueil des données issues de la plateforme de recueil des EIG (événements indésirables graves) est en cours de structuration, notamment pour consolider les données sur la mortalité maternelle.

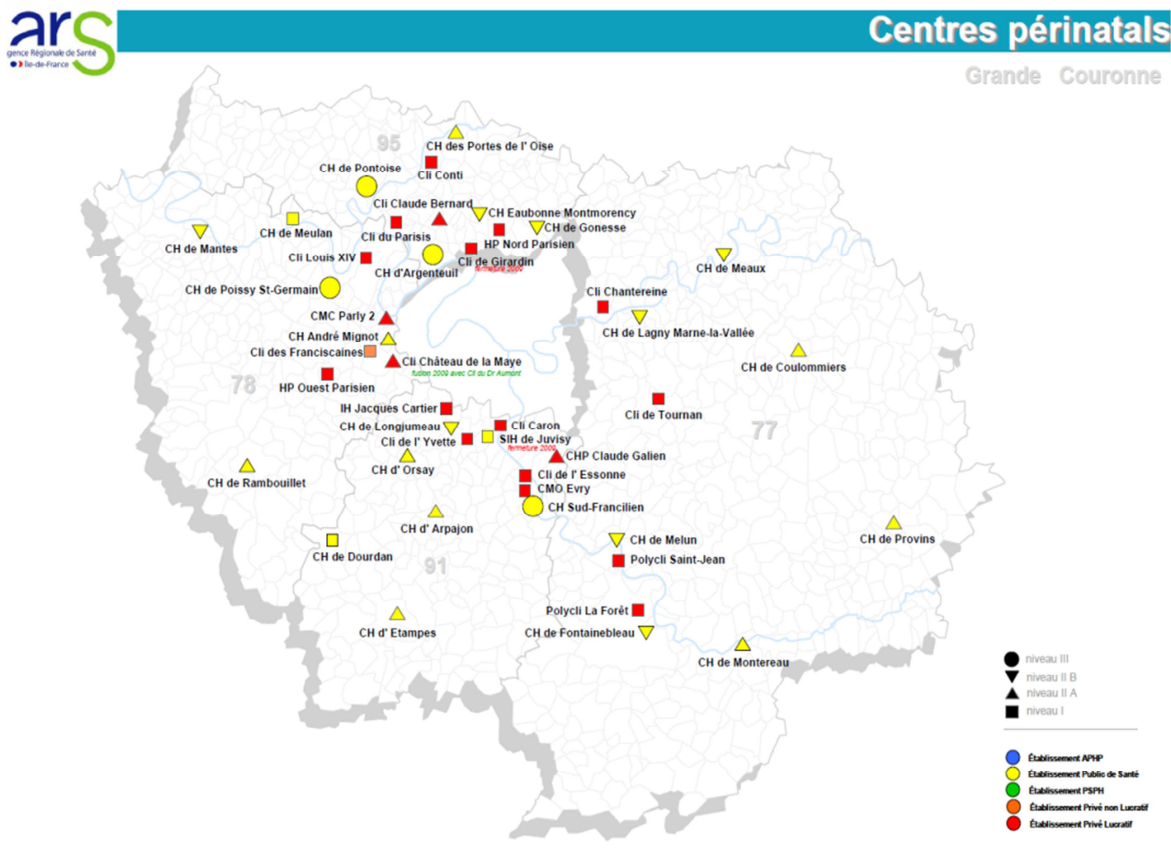
L'ARS ne mentionne pas d'actions spécifiques concernant les établissements dont les indicateurs sont particulièrement dégradés. D'après les données de l'ATIH 2012, les taux de mortinatalité supérieurs à 10 ‰ concernent surtout les maternités de type II ou III. La clinique des Lilas est le seul établissement de type I à dépasser ce taux (13,2 ‰).

Carte n° 4 : les maternités en Île-de-France

1. Les maternités à Paris et en petite couronne



2. Les maternités en grande couronne



Les maternités en Nord-Pas-de-Calais

I - État des lieux

A - Des indicateurs de périnatalité satisfaisants en dépit d'une précarité importante

La région Nord-Pas-de-Calais est la 4^{ème} région la plus peuplée de métropole, fortement urbanisée. Sa densité moyenne (322 hab. au km²) est trois fois supérieure à la moyenne nationale. Le taux de natalité y était de 14,5 ‰ (12,7 ‰ en métropole).

Le Nord-Pas-de-Calais se classe au premier rang des régions françaises par son taux de bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). Avec 11 %, il dépasse très largement la moyenne métropolitaine (6,6 %). Des disparités territoriales se dégagent. Les bénéficiaires de la CMU-C sont plus fortement représentés au sein des territoires du Hainaut-Cambrésis (11,2 %) et de l'Artois-Douaisis (10,1 %), tandis qu'ils sont moins nombreux dans les territoires du Littoral (8,8 %) et de la Métropole-Flandre intérieure (9,0 %). En 2009, la proportion de la population en âge de travailler percevant le revenu de solidarité active était de 8,5 %, supérieure de plus de trois points à la moyenne métropolitaine. Les zones les plus concernées sont celles de Maubeuge et de Valenciennes où les taux dépassent 10,2 %. À Lille, Armentières et Dunkerque, le taux est inférieur à 8,2 %.

Les principaux indicateurs de périnatalité sont dans la moyenne nationale. Sur la période 2010-2012, le taux de mortalité infantile était de 3,2 ‰ dans le Pas-de-Calais et de 3,4 ‰ dans le Nord, alors qu'il était de 3,5 ‰ en France. Le taux de prématurité est de 6,9 %, légèrement supérieur au taux métropolitain. Le taux de mortalité maternelle, sur la période 2007-2009, s'établit à 5,2 pour 100 000 naissances, nettement inférieur à la moyenne enregistrée en métropole (9,4).

L'entretien précoce dit « du quatrième mois », aurait concerné 25,4 % des femmes dans la région pour 22 % en France métropolitaine. Le taux d'hospitalisation prénatale de la région était quant à lui de 20,8 %, contre 18,8 % en France métropolitaine. Mais la préparation à la naissance, parmi les primipares, est plus faible dans la région (63,2 %), qu'en France métropolitaine (73,2 %).

B - Une offre régionale en obstétrique abondante et diversifiée

1 - La place prépondérante du secteur public dans l'offre de soins

L'offre de soins est organisée autour de quatre territoires (Littoral, métropole, Artois, Hainaut), dont trois regroupent plus d'un million d'habitants. Toutes les villes possèdent un centre hospitalier de taille moyenne, mais on ne dénombre qu'un seul CHU à Lille.

Entre 2011 et 2014, le nombre de maternités est passé de 39 (dont 12 privées à but lucratif) à 35 (dont 11 privées à but lucratif). Les maternités de type I, qui étaient au nombre de 18 en 2011, ne sont plus que 16 en 2014, en raison de la transformation de deux d'entre elles en type IIA.

Chaque territoire de santé bénéficie d'au moins un établissement de type III et d'un établissement de type IIA. Seul le territoire de l'Artois ne comprend pas d'établissement de type IIB en raison de la présence de deux maternités de type III.

Quatre réseaux de santé périnatale ont été mis en place, dès 2001, dans chacun des quatre territoires de santé. Des réseaux de taille inférieure dits « réseaux de santé ville/hôpital » complètent cette organisation afin de garantir l'accès aux soins des populations les plus vulnérables.

En 2012, le secteur public a assuré 64 % des naissances (soit 35 794 sur 55 530). Le secteur privé en assuré 36 %, répartis entre les établissements de santé privé d'intérêt collectif (13 %) et le privé lucratif (23 %). Les maternités de type III ont pris en charge 43 % des naissances.

2 - Un désengagement du secteur privé

Le bassin de vie du Hainaut, qui compte sept agglomérations et 755 039 habitants, comporte neuf maternités ayant réalisé 11 721 accouchements en 2012.

Le bassin compte une maternité de type III, une maternité de type IIA, une de type IIB et six maternités de type I.

Depuis 2011, trois maternités privées ont cessé leur activité. Un certain nombre de structures demeurent fragiles et ne disposent pas d'une couverture médicale suffisante pour garantir la sécurisation des naissances. C'est le cas du centre hospitalier de Fourmies, isolé à une dizaine de kilomètres de l'Aisne, qui a pris en charge 1 330 accouchements en 2012. Les deux types II les plus proches sont les centres hospitaliers de Sambre-Avesnois et de Cambrai, distants respectivement de 40 km et 72 km, sans que ces derniers ne respectent les normes de couverture médicale. Cette situation risque de s'aggraver à moyen terme.

Dans le Cambrésis, qui totalisait 2 167 accouchements en 2012, la restructuration de deux établissements publics et d'un ESPIC est en cours. Elle est motivée par des problèmes de démographie médicale. Les accouchements étaient répartis entre la maternité de type I de Cambrai (513 accouchements) qui dispose également d'une autorisation de surveillance

continue pédiatrique, la maternité de type I du Cateau-Cambrésis (509) et la maternité de type IIA de la clinique Sainte-Marie de Cambrai, (677) qui comprend une unité de néonatalogie.

L'ARS, souhaitant créer un pôle de santé pour une partie de ce territoire, a décidé en décembre 2013 de ne pas donner suite à la demande de renouvellement complet de l'autorisation d'activité périnatale présentée par la clinique Sainte-Marie et lui a demandé, entre autres, d'intégrer un projet territorial « pôle femme mère enfant », concernant une unité de néonatalogie ne pratiquant pas les soins intensifs.

Le projet périnatal territorial souhaité par l'ARS sur le Cambrésis porte également sur l'organisation des différents sites, ainsi que sur la répartition des activités et des rôles de chaque intervenant. Il impliquera la mise en œuvre d'outils juridiques, une permanence des soins partagés, en accord avec les professionnels de santé, et l'intégration des réseaux avec des liens ville/hôpital.

Ce pôle de santé, qui bénéficie des moyens et des autorisations de ses membres, devrait prochainement donner lieu à la création d'une communauté hospitalière de territoire (CHT), dont l'une des thématiques est le développement d'un pôle mère-enfant. La mutualisation des moyens, au travers de la CHT et d'une meilleure coordination, devrait permettre de réduire le taux de fuite de ce territoire de santé, en optimisant les ressources médicales.

C - Des restructurations toujours en cours

L'offre de soins périnatale a globalement fait l'objet de peu de restructurations.

En 1988 la maternité de Saint Pol en Ternoise a fermé et a été remplacée par un centre périnatal de proximité (CPP). Ce dernier a fonctionné pendant une dizaine d'années avant de fermer, faute d'activité suffisante.

Dans le secteur du Littoral, la fermeture de la maternité privée de la Tamise en 2005 (type I), située à proximité de l'ancien centre hospitalier de Calais, et qui réalisait moins de 500 accouchements, n'a pas entraîné de problème de prise en charge des femmes enceintes. Ce territoire de santé bénéficie en effet de deux structures de type IIA, d'une maternité de type IIB, et d'une autre de type III.

La fermeture et le transfert de la maternité du CH de Dunkerque sur le site de la polyclinique de Grande-Synthe s'est fait dans le cadre de la création d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) « Flandre maritime » créé en 2009. Depuis, chaque structure a retrouvé son autorisation d'obstétrique et un autre projet de restructuration, présenté fin 2012, est actuellement en cours. Ce projet vise à créer une communauté hospitalière de territoire regroupant, sur le centre hospitalier de Dunkerque, qui va être reconstruit et étendu, des activités nécessitant un plateau technique lourd, et par des transferts d'activité entre structures, pour assurer à chacune d'entre elles leur viabilité économique. Le CH du Dunkerquois accueillerait les activités de chirurgie gynécologique et un pôle mère-enfant de type IIA. La polyclinique de Grande-Synthe, qui accueille actuellement le pôle mère-enfant, perdrait à son tour la compétence en gynécologie-obstétrique et deviendrait un pôle d'excellence gériatrique.

Dans le sud de la région (Artois), deux maternités de type III répondent aux besoins de leurs zones d'attractivité. Un projet de maison de naissance est étudié, en lien avec la restructuration de la maternité de type III du centre hospitalier de Lens, qui réalise 2 600 accouchements par an. Elle vise notamment à soulager la polyclinique de Riaumont à Liévin, maternité de type I située dans le secteur de Lens réalisant 1 600 accouchements, mais qui ne parvient pas à assurer la présence pédiatrique prévue par la réglementation. La maison de naissance serait alors placée à proximité du centre hospitalier de Lens, sous la responsabilité des sages-femmes y exerçant.

En raison des fortes contraintes physiques posées par la configuration actuelle du site du CH, il n'est pas envisagé, à court terme, la mise en œuvre du projet de maison de naissance qui, en revanche, fait partie du projet médical du nouvel hôpital qui devrait être mis en service après 2020.

S'il n'est pas établi de coopération avec un centre périnatal de proximité, des consultations avancées sont mises en place au centre hospitalier d'Hénin-Beaumont.

II - Les principales problématiques du territoire

L'offre de soins répond globalement aux besoins de la population. Elle contribue à une amélioration de la sécurité de la naissance bien que certaines parties du territoire rencontrent encore des difficultés.

A - Des établissements en difficultés

Ainsi, la situation financière du centre hospitalier de Lens est particulièrement dégradée depuis 2007. Une restructuration a été conduite en 2010-2011 dans le cadre du contrat de performance conclu entre le CH de Lens, l'ARS et l'ANAP. Elle visait à adapter les capacités en lits et les cadres de fonctionnement paramédicaux à l'activité. Elle a conduit à une augmentation de 21,5 % du taux d'occupation en obstétrique entre décembre 2011 et décembre 2012. Celle-ci, combinée pourtant à une durée moyenne de séjour particulièrement basse, ne suffit pas à assurer l'équilibre financier. L'hôpital a été placé sous administration provisoire en septembre 2011, l'ARS octroyant une aide exceptionnelle de 19 M€. Le déficit cumulé fin 2012 atteignait 61,2 M€.

Cette situation financière et les problèmes d'effectifs médicaux l'ont amené à se rapprocher de ses concurrents, et plus particulièrement l'association hospitalière privée Nord-Artois-Cliniques (AHNAC). Un schéma de recomposition de l'offre de soins en maternité sur la zone Lens – Hénin-Beaumont a été défini en 2013 avec l'ARS Nord-Pas-de-Calais, dans le cadre de l'important projet de réimplantation du CH du Lens sur un nouveau site, dont le coût est estimé à 270 M€. Le projet de pôle hospitalier de la Gohelle vise à associer les CH de Lens et d'Hénin-Beaumont, mais également les polycliniques de Liévin et d'Hénin-Beaumont. Dans ce cadre, d'ici à 2020, les maternités de Lens et de Liévin seraient regroupées sur le nouveau site du CH de Lens.

Afin de remplir l'objectif d'adaptation de l'offre de soins aux besoins de la population, l'ARS tient à promouvoir l'intégration des différentes structures privées et publiques au sein d'un même bassin de population. Elle a jusqu'à présent utilisé le renouvellement d'autorisation pour créer des complémentarités entre établissements publics, comme à Hazebrouck, ou entre les secteurs public et privé, comme à Cambrai et Dunkerque.

Les coopérations mises en place ne semblent pas encore donner lieu à de véritables échanges entre les différents acteurs. L'amélioration de la coordination régionale, particulièrement dans les zones les plus fragilisées, pourrait passer par un renforcement du rôle de coordonnateur des réseaux, qui pourrait s'appuyer sur le système d'information existant.

B - La performance de l'organisation en réseaux

1 - Une forte structuration de la périnatalité autour des réseaux

Les quatre réseaux de périnatalité couvrent tout le territoire régional. Ils participent de façon régulière à la commission régionale de la naissance et de la petite enfance (CRNPE). Des réseaux de proximité de taille plus réduite leur sont parfois intégrés, comme dans l'Artois (réseaux « Naître dans le Douaisis », « Naître en Gohelle »).

L'exemple de la maternité de Lens : une bonne intégration des différents acteurs

La maternité du CH de Lens est membre fondateur du réseau de périnatalité « Bien Naître en Artois » (BNA), réseau agréé depuis novembre 2001, et qui regroupe l'ensemble des professionnels de la périnatalité.

Le réseau BNA travaille également en lien avec la maternité Jeanne de Flandres du CHRU de Lille, les services de protection maternelle et infantile (PMI), les services à domicile et l'association « Périnatalité, Prévention, Recherche, Information ».

Actuellement, il travaille principalement sur la question des transferts (*in utero* et postnataux) et des diagnostics prénataux.

En 2012, 141 transferts *in utero* ont été réalisés vers la maternité du centre hospitalier de Lens, dont 86 % (121) provenaient des maternités du réseau. La quasi-totalité de ces transferts aboutit à une réorientation définitive des patientes à la maternité de Lens.

Des réunions inter-réseaux de périnatalité sont organisées quatre fois par an, et se tiennent à tour de rôle dans chacun des bassins. Les établissements transmettent leurs données brutes à leur réseau respectif, pour exploitation et évaluation. Cette dernière a été mise en place en 2005 et retrace aujourd'hui 27 items, correspondant globalement aux données PERISTAT. Les résultats sont communiqués une fois par an aux différents acteurs de la périnatalité ainsi qu'à l'ARS. Un recueil des données concernant les transferts *in utero* et *post partum* est également réalisé, à partir des demandes par chaque centre périnatal. Les réseaux sont ainsi en mesure d'analyser l'ensemble des demandes de transfert, par maternité, et les réponses qui y ont été apportées.

Outre ces indicateurs, des objectifs opérationnels visant à renforcer les complémentarités dans le suivi de la grossesse ont été déterminés en 2012 dans plusieurs secteurs. Dans le Hainaut, ils tendent notamment à décroiser le système de prise en charge ville/hôpital, objectif inscrit par ailleurs dans le SROS. Ce dernier vise à mieux impliquer les professionnels de première ligne, et à améliorer la cohérence du parcours de la femme enceinte, actuellement porté de façon différente selon les réseaux.

Dans l'Artois, un schéma élaboré en 2012 précise à chaque étape le rôle du médecin traitant. Des groupes de travail devaient le compléter. Le retard dans ce travail explique qu'il n'a pas été repris par l'ARS, ni pu être généralisé à l'ensemble des réseaux. L'édition d'un annuaire recensant les personnes-ressources pour des thématiques particulières, comme les femmes enceintes souffrant d'obésité, est en cours d'élaboration. Son financement est assuré par le fonds d'intervention régional, en forte diminution entre 2011 et 2012 (-38,97 %).

Un « dossier obstétrical commun porté par la patiente » a été mis en place à l'initiative d'un gynécologue obstétricien du secteur Métropole. Il a été généralisé à tous les autres réseaux de la région.

Dans le but d'améliorer l'efficacité de la prise en charge, l'ARS envisage, d'ici 2016, une harmonisation des sorties anticipées ou précoces, afin de garantir la sécurité des patientes.

Le centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal de Lille

La maternité du centre hospitalier de Lens propose une consultation de diagnostic prénatal, développée en partenariat avec le CHRU de Lille, dans le cadre du centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CPDPN) Lens-Artois, constitué en son sein en 2011.

Selon l'agence de la biomédecine, le centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CPDPN) de Lille est un de ceux qui a la plus forte activité en France. Le taux de dossiers examinés par naissance atteignait de 3,7 % en 2011, (4 % au niveau national). Depuis 2012, le CPDPN de Lens permet réaliser ce type d'examen.

Le CPDPN de Lille travaille en outre avec les maternités de type III et IIB pour l'activité d'échographie de référence. Pour faciliter l'accessibilité de la population, les professionnels du centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal ont mis en place des consultations avancées au sein des maternités de type III d'Arras, de Valenciennes et de Calais.

2 - Des progrès notables grâce à une forte implication de l'ARS et des réseaux

Afin de continuer à réduire la mortalité maternelle et néonatale, l'ARS organise entre six et huit réunions par an de la commission régionale de la naissance et de la petite enfance (CRNPE), composée de professionnels de santé.

Le médecin référent de l'ARS en périnatalité anime, depuis janvier 2013, des réunions au sein d'un sous-groupe de la CRNPE dit « revue morbi-mortalité maternelle régionale » (RMMMMr), composé notamment d'experts. Sa mission consiste à élaborer des protocoles afin d'améliorer la sécurité des grossesses et des accouchements, et de partager l'expérience entre les équipes.

Ces revues de morbi-mortalité, en place depuis janvier 2013 sont également structurées par thématiques (grippe, hémorragie, etc.) à partir des recensements faits régionalement. Les conclusions sont ensuite diffusées par les réseaux, aux professionnels de la périnatalité et des formations organisées.

L'ARS estime que la prise en charge des urgences obstétricales a été améliorée par une sensibilisation des maternités, l'application de protocoles communs et la mise en place d'une cellule d'expertise.

La prise en charge de la mère et de l'enfant s'est traduite par une rationalisation des transferts et des orientations. Les transferts des nouveau-nés vers un autre établissement de la

région sont ainsi passés de 311 en 2004 à 236 en 2012. L'implication des réseaux dans le recensement et l'analyse des transferts semble expliquer cette amélioration.

C - Une structure de l'offre de soins qui peut être améliorée

Le nombre d'accouchements n'est pas réparti de façon homogène entre les différents secteurs du territoire régional. Les naissances de Lille et de son agglomération sont près de deux fois supérieures à celles des autres bassins de la région.

Les maternités de type III ne sont pas hégémoniques dans leurs secteurs respectifs. Le CHU de Lille, seule maternité de type III de son secteur, y représente 25 % des naissances, et les deux maternités de type III du secteur de l'Artois en accueillent 36 %.

A contrario, les maternités de type I et II ont une part de marché supérieure. Un objectif de prise en charge par une structure de type II a été fixé et semble atteint quantitativement, mais ne l'est pas qualitativement, selon le bilan réalisé du SROS 3. Cette analyse a conduit l'ARS à autoriser plus de maternités de type II. Dans les territoires du Hainaut et du Littoral, les maternités de types I et IIA assurent plus de la moitié des accouchements.

La fermeture de certaines maternités de type I, notamment privées, a partiellement entraîné une hausse de l'activité des maternités publiques. Cette charge supplémentaire amène à faire suivre les grossesses par les médecins de ville ou des sages-femmes libérales, pour n'accueillir les parturientes que vers le 6^{ème} ou le 7^{ème} mois de grossesse.

L'ARS entend aussi faire face à la faible offre périnatale de certaines zones par la mise en place de consultations avancées pré et post-natales, tout en maintenant un maillage permettant l'accès à une maternité en moins de 30 minutes. Cette ambition se heurte cependant à l'insuffisance des ressources pédiatriques dans certains territoires (Lens, Maubeuge, Cambrai), tant dans les structures publiques que privées.

D - Des perspectives de démographie médicale peu favorables

1 - Une densité médicale dans la moyenne, mais mal répartie

Les projections démographiques de la région en termes de compétences médicales, selon l'INSEE, prévoient une baisse de la densité de médecins pour 100 000 habitants. De 291 en 2006, celle-ci passerait à 268 en 2019, pour remonter à 287 en 2030, date à laquelle elle serait inférieure à la densité nationale.

À ce jour, les effectifs de praticiens permettent à la majorité des lignes de garde, hors maternités isolées, d'être assurées. Selon une étude de l'Observatoire national de la démographie des professionnels de santé (ONPDS), classant les régions au regard des densités croisées des professions touchant à la naissance, le Nord-Pas-de-Calais ne bénéficie pas d'une densité élevée de sages-femmes et de gynécologues-obstétriciens. Seule la densité

de médecins généralistes est légèrement supérieure, favorisant le suivi des patientes sans problème pathologique particulier.

Malgré les actions de l'ARS et des réseaux, un certain nombre d'établissements de la région peuvent être considérées comme fragiles au regard des conditions minimales de fonctionnement, notamment en terme de couverture médicale suffisante.

2 - Des initiatives visant à aider les établissements périphériques

L'ARS a mis en place, en collaboration avec le CHU, la faculté de médecine et le conseil régional, un dispositif post-internat innovant visant à apporter une réponse partielle au sous-effectif sur le territoire du Littoral, couvert par seulement sept maternités, contrairement aux autres territoires de la région.

Ce dispositif a pour objectif de faire découvrir un centre hospitalier périphérique de la région, grâce à l'aménagement d'un temps partagé, sur un nombre de postes non limité. L'assistant est alors nommé pour deux ans sur un poste d'assistant partagé du CHU. Le temps de travail est réparti la première année selon un ratio de 80 % au CHRU et de 20 % dans le centre hospitalier, et à parts égales la seconde année. Pour susciter les candidatures, le centre hospitalier et l'assistant s'engagent « moralement », respectivement, à ouvrir un poste de PH à l'issue de la période d'assistantat, et à candidater sur ce poste. Le conseil régional accompagne ce dispositif en finançant une prime « de territoire » d'un montant net mensuel de 500 € pour les assistants qui exercent leurs activités dans les centres hospitaliers de Saint Omer, Cambrai, Dunkerque, Maubeuge ou Béthune

L'initiative du CHU relative aux assistants partagés n'a répondu qu'en partie à la problématique des centres hospitaliers éloignés de la métropole lilloise, toujours en manque de professionnels.

Les actions organisées par certains établissements pour tenter de résoudre leurs problèmes de personnel

Le centre hospitalier de Lens a rencontré des difficultés de recrutement et de pérennisation des médecins, dans la spécialité de gynécologie médicale. Pour y remédier, l'établissement a mis en place diverses actions, notamment la participation au dispositif post-internat des assistants partagés avec le CHRU de Lille, la déclaration de postes prioritaires avec publication auprès du Centre national de gestion (CNG) des postes de PH vacants aux deux tours de mutation annuels, l'amélioration des conditions d'accueil des internes (meilleure séniorisation des stages avec projet pédagogique, participation au staff médical et évaluation régulière), la signature de conventions avec d'autres établissements pour participer à la permanence de soins notamment, la possibilité offerte aux praticiens de développer une activité libérale.

La maternité d'Hazebrouck qui a réalisé 906 accouchements en 2012, rencontre des difficultés pour assurer la couverture médicale réglementaire. La permanence des soins y est assurée, pour la gynécologie-obstétrique. En revanche, la permanence en anesthésie a dû être complétée grâce à l'aide de deux praticiens du groupe hospitalier de l'institut catholique de Lille.

En pédiatrie, à la suite du départ en retraite du dernier médecin présent, le centre hospitalier d'Hazebrouck a, dans un premier temps, passé une convention avec le centre hospitalier d'Armentières, afin d'assurer la visite des nouveau-nés. Depuis décembre 2011, il est membre de la communauté hospitalière de Flandre Intérieure, qui intègre également les hôpitaux de Bailleul et d'Armentières, maternité de type IIA qui a pris en charge 1 458 accouchements en 2012. Elle a donné lieu à la signature par les hôpitaux d'Hazebrouck et d'Armentières d'une convention relative à la « filière pédiatrique Flandre Lys » le 1^{er} mars 2013, pour une organisation cohérente et graduée de l'offre de soins en pédiatrie.

Le centre hospitalier d'Armentières autorise ainsi son équipe de pédiatrie à effectuer six demi-journées d'activité médicale au centre hospitalier d'Hazebrouck. Cette organisation demeure néanmoins fragile, notamment en période de congé des praticiens.

E - La prise en charge des populations spécifiques

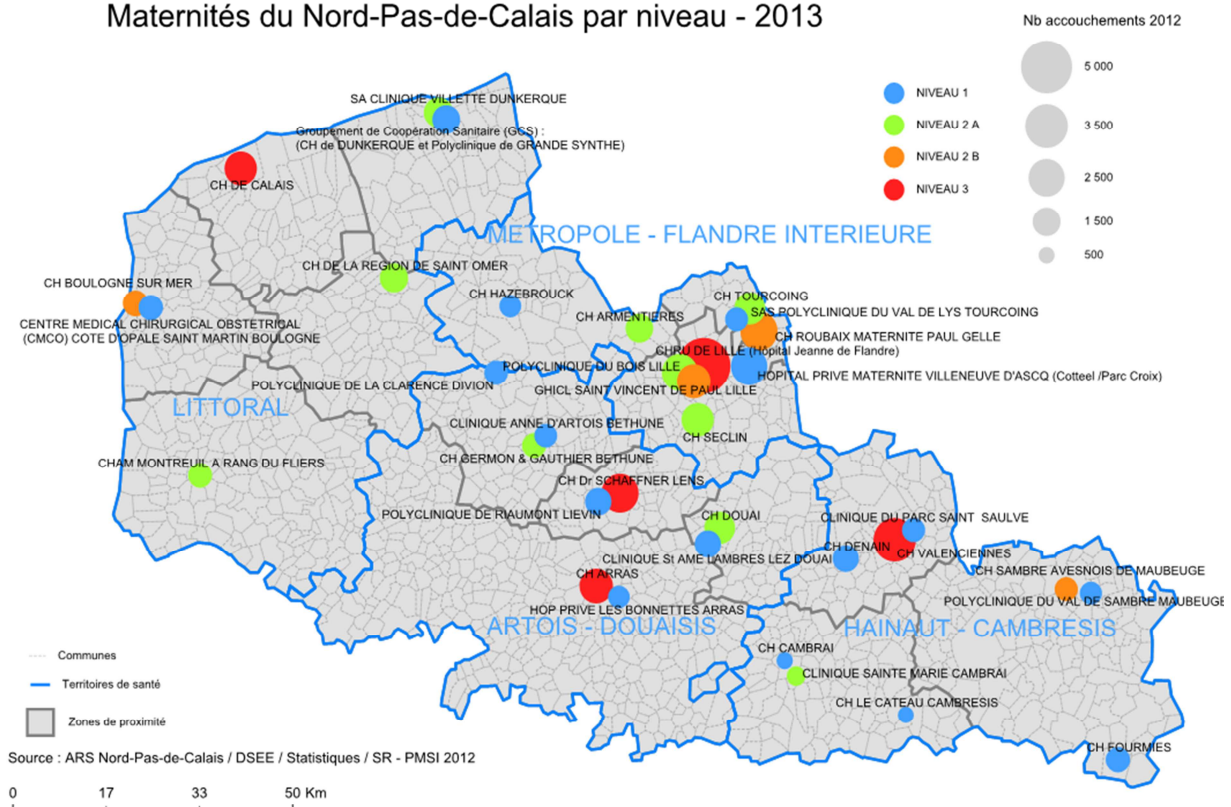
Le SROS périnatalité a fixé dans son axe n°4 un objectif d'amélioration de l'accès aux soins des populations les plus précaires. Le premier indicateur de suivi retenu permet de s'assurer de l'accès au suivi de grossesse par les femmes en situation de précarité.

Dans des secteurs accueillant un grand nombre de femmes en situation d'extrême précarité, des permanences d'accès aux soins de santé en périnatalité ont été créées au centre hospitalier de Calais, particulièrement exposé à un public précaire. Par ailleurs, des sages-femmes de la maternité de Roubaix jouent le rôle de coordinatrices avec les professionnels intra et extra hospitaliers pour ces populations spécifiques.

L'approche psychosociale a également été améliorée. Pour répondre à l'objectif du SROS III de permettre une meilleure prise en compte de l'environnement psychologique de la naissance, l'ARS a souhaité favoriser les relations entre les professionnels, pour un meilleur partage de leur expérience. La création de postes de psychologues, pour six secteurs, a été décidée, en accord avec les réseaux.

Carte n° 5 : les maternités en Nord-Pas-de-Calais

Maternités du Nord-Pas-de-Calais par niveau - 2013



Les maternités en Poitou-Charentes

I - État des lieux

A - Une région à la natalité peu dynamique mais une performance satisfaisante en matière de périnatalité

1 - L'existence de zones rurales enclavées et un taux de pauvreté moyen

Avec 1 777 700 habitants, la région Poitou-Charentes se situe au quinzième rang des vingt-deux régions métropolitaines. Elle est composée de quatre départements (Charente, Charente-Maritime, Deux-Sèvres et Vienne).

Ses principales aires urbaines (Poitiers, La Rochelle, Angoulême et Niort) sont bien desservies par le réseau routier national et départemental mais des secteurs ruraux plus enclavés persistent, notamment dans le Nord Deux-Sèvres et dans l'Est de la Vienne. Poitiers, où est implanté l'unique CHU de la région, est relativement excentré ce qui explique que certaines parties du territoire soient davantage tournées vers Bordeaux ou même Nantes.

Un rapport de la plateforme régionale de coordination de l'observation sociale en Poitou-Charentes²⁹ indique que la pauvreté a augmenté dans la région dans des proportions à peu près similaires à celles constatées au niveau national. En 2011, 14,3 % de la population picto-charentaise vivait sous le seuil de pauvreté soit un taux identique à la moyenne constatée en France métropolitaine. Les taux de pauvreté les plus élevés sont observés en milieu rural. Par ailleurs, la région se caractérise par sa forte proportion d'illettrisme en particulier chez les jeunes. Les populations bénéficiaires de minima sociaux sont présentes sur tout le territoire avec une proportion toutefois plus importante en Charente et en particulier dans le secteur d'Angoulême.

2 - Un taux de natalité inférieur à la moyenne nationale mais un solde migratoire positif

Depuis 1999, la région a gagné un peu plus de 152 000 habitants, ce qui correspond à un accroissement de 9 %, taux équivalent à celui constaté à l'échelle nationale. Des différences marquées existent toutefois entre les départements (+ 14 % en Charente-Maritime, + 4 % en Charente). Cette augmentation de la population ne repose pas sur l'accroissement naturel mais sur un solde positif des entrées par rapport aux sorties. Ce phénomène est particulièrement

²⁹ Synthèse du rapport sur l'état des lieux de la pauvreté en Poitou-Charentes – septembre 2013.

marqué en Charente-Maritime qui bénéficie de l'attrait du littoral. Le taux de natalité régional (10,2 pour mille) est inférieur de 2,4 points à la moyenne française.

D'un point de vue socio-démographique, la population picto-charentaise est relativement âgée (la part des plus de 60 ans est de 29 % contre 24 % à l'échelle nationale). De plus, les femmes en âge de procréer (15-49 ans) ne représentent que 41 % de la population féminine totale contre 45 % au niveau national. Seul le département de la Vienne fait exception avec une population plus jeune.

3 - Des résultats meilleurs qu'au niveau national en matière de périnatalité

L'efficacité de la région en matière de périnatalité est appréhendée en fonction d'indicateurs nationaux, parmi lesquels figurent la mortinatalité et la mortalité néo-natale.

En mars 2013, l'observatoire régional de la santé Poitou-Charentes indiquait que le taux de décès néonataux précoces (décès survenant chez les enfants de 0 à 6 jours révolus) était de 12 pour 10 000 naissances vivantes, contre 16 pour 10 000 en France métropolitaine. Le nombre de décès néonataux tardifs (enfants de 7 à 27 jours révolus) était, quant à lui, de 7 pour 10 000, taux équivalent à la moyenne nationale. Près de trois quarts des décès néonataux enregistrés en 2012 l'ont été au CHU de Poitiers, ce qui n'est pas anormal dans la mesure où il s'agit de la seule maternité de type III de la région.

Le taux d'enfants mort-nés pour mille naissances était de 8,7 en métropole et de 8,4 en Poitou-Charentes en 2012-2013 (PMSI-MCO). Au CHU, établissement de recours pour les grossesses pathologiques, il était de 24,6 pour mille (cette année-là, les taux variaient entre 10,9 et 32,7 pour mille pour ce type d'établissements). Le taux de mortalité maternelle s'établissait sur la période 2007-2009 à 9,3 décès maternels pour 100 000 naissances, soit un taux conforme à la moyenne constatée en France métropolitaine (9,4).

B - Un maillage des maternités conforme aux besoins de la population

Il existe 15 maternités en Poitou-Charentes (une de type III³⁰, sept de type II³¹ et sept de type I³²), dont cinq privées. Depuis 2005, le nombre de maternités est resté stable sur tous les territoires de santé, sauf dans la Vienne, où le centre hospitalier de Châtellerauld a dû reprendre, en 2007, l'activité obstétrique d'une clinique privée. La maternité du centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres est, quant à elle, passée du type I au type IIA en 2008.

En 2012, la capacité régionale d'accueil des établissements en gynécologie obstétrique était de 514 lits et 25 places, ce qui représente un taux d'équipement de 0,7 lits pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans, légèrement inférieur à la moyenne métropolitaine (0,8 pour 1 000).

³⁰ CHU Poitiers.

³¹ CH d'Angoulême, La Rochelle, Rochefort, Saintes, Niort, Nord Deux-Sèvres et clinique Fief de Grimoire (Poitiers).

³² CH de Cognac, Saint-Jean-d'Angély, Châtellerauld, cliniques de Soyaux, du Mail (La Rochelle), Pasteur (Royan) et Inkermann (Niort).

En 2012, les établissements de type I réalisaient 31 % des accouchements, ceux de type II 55 % et le CHU 14 %. Rapportés au nombre de lits autorisés, l'activité est importante dans les établissements de type IIB (36 % des accouchements pour 29 % des lits autorisés). À l'inverse, les maternités de type I, qui représentent 38 % des lits, réalisent 31 % des accouchements. La part des accouchements réalisés dans des maternités de type I a tendance à diminuer (43 % en 2005, 31 % en 2012) au profit des types II (44 % en 2005, 55 % en 2012). Ce constat est confirmé, y compris si l'on neutralise l'effet induit par la transformation, en 2008, de la maternité du CH Nord-Deux-Sèvres en type II.

Il n'existe pas de « maisons de naissance » en Poitou-Charentes et il n'est pas envisagé d'en créer pour le moment, faute de demande identifiée en la matière. En revanche, les professionnels de santé indiquent un attrait certain pour les formes d'accouchements « plus naturelles » et les salles physiologiques.

L'offre en gynécologie-obstétrique est complétée par la présence de cinq centres périnataux de proximités (CPP) implantés à Ruffec et Barbezieux (Charente), Jonzac (Charente-Maritime), Loudun et Montmorillon (Vienne). Ces structures permettent un suivi de proximité des parturientes et des jeunes mères et contribuent à pallier l'absence de praticiens dans les territoires à dominante rurale. Leurs champs d'intervention sont assez diversifiés. Les consultations (prénatales, post-natales ou gynécologiques), les cours de préparation à la naissance et les séances de rééducation périnéales constituent l'essentiel de leur activité.

C - L'évolution de l'activité : la perte de part de marché du secteur privé

Globalement, le nombre total d'accouchements réalisés dans les maternités de Poitou-Charentes (17 582 en 2012) a peu évolué au cours de la période 2005-2012. En revanche, on note des variations importantes d'activité selon les établissements. Ce sont les cliniques qui enregistrent les plus fortes baisses. En 2005, elles réalisaient 34 % des accouchements alors que leur part est tombée à 27 % en 2012.

Cette situation peut s'expliquer par la conjonction de plusieurs phénomènes : le désengagement progressif du secteur lucratif d'une activité souvent considérée comme peu rentable et qui rencontre des difficultés de recrutement, la réticence de certains anesthésistes vis-à-vis de l'obstétrique qui n'est pas une activité programmée, l'attrait croissant des parturientes pour les établissements médicalement les mieux équipés et l'amélioration des conditions d'hébergement dans certaines maternités publiques (exemples de La Rochelle en 2011 et de Cognac en 2013).

La reprise en quelques mois de l'activité d'une clinique privée par l'hôpital de Châtellerault a pu être réalisée sans impact sur la qualité des soins fournis aux parturientes grâce à une mobilisation large des personnels, mais aucun bilan économique de la restructuration n'a été dressé pour évaluer ses conséquences sur l'évolution de l'efficacité de l'hôpital.

La reprise de l'activité d'une clinique privée à Châtelleraut

Début 2007, le CH de Châtelleraut a été amené à reprendre dans l'urgence l'activité obstétrique d'une clinique privée. Un délai très court s'est écoulé entre l'annonce officielle de la cessation de l'activité de la maternité privée et la fermeture effective du service. Entre juillet et août 2006, l'ARH et le centre hospitalier ont dû élaborer le plan de reprise prévoyant un transfert effectif vers l'hôpital pour le 16 avril 2007.

En 2005, la maternité publique réalisait 803 accouchements et la clinique 525. La capacité du service du CH de Châtelleraut a été portée de 16 à 26 lits avec une solution de construction modulaire importée d'Allemagne. Le nombre de salles d'accouchements, de travail et d'intervention chirurgicale est resté identique. L'architecture du nouveau bâtiment, relié à l'ancien par une passerelle, s'intègre aujourd'hui parfaitement au bâti et assure des conditions d'hébergement et de travail satisfaisantes. Le coût de réalisation et d'aménagement du nouveau bâtiment modulaire s'est élevé à 2 951 K€, dont 257,6 K€ d'équipements. Le centre hospitalier a dû autofinancer ce projet à hauteur de 1,7 M€ et faire appel à des emprunts bancaires pour 1,3 M€.

La forte mobilisation du personnel de la maternité a permis d'absorber le surcroît d'activité généré par cette restructuration de l'offre de soins. Les effectifs ont été revus à la hausse, en particulier ceux des sages-femmes (15,8 ETP en 2006, 24,3 en 2008) et des aides puéricultrices (16,9 ETP en 2006, 27,5 en 2008). Le nombre d'obstétriciens est resté stable (2 ETP en 2006, 2,3 en 2007 et 2,1 en 2008). La permanence des soins a été assurée et les parturientes ont pu être accueillies normalement au sein de la maternité publique. Le taux de fuite est demeuré faible (inférieur à 5 %) et la part de marché sur la zone d'attractivité est passée de 56 % en 2006 à 67 % en 2008, le nombre d'accouchements se stabilisant autour de 1 200 sur la période 2009-2012.

II - Les principales problématiques du territoire

A - Une organisation des soins contrastée

1 - Un taux d'occupation faible et une durée moyenne de séjour dans la moyenne

Le taux d'occupation des lits en obstétrique est plutôt faible. En 2011, il atteignait 63 % contre 75 % en moyenne en France métropolitaine³³. Contrairement à ce qui est parfois constaté dans certaines régions très urbanisées, il n'existe pas de problème de capacité au moment de l'inscription des parturientes. Cette situation n'exclut pas des pics d'activité temporaires dans certains établissements.

Les durées moyennes de séjour (4,4 jours en 2010 pour un accouchement par voie basse et 6,8 jours pour un accouchement par césarienne) sont comparables aux données nationales communiquées par l'ATIH³⁴. À quelques exceptions près, le nombre de journées réalisées en obstétrique est généralement légèrement inférieur au nombre de journées théoriques.

Le dispositif PRADO (programme d'accompagnement du retour à domicile des patients hospitalisés), auquel dix maternités adhèrent, a été mis en place fin 2012. Un état de situation arrêté au 31 décembre 2013 indique qu'au niveau régional 78 % des femmes concernées ont accepté d'y participer. Les taux d'acceptation varient selon les départements de 68 % (Charente) à 91 % (Charente-Maritime).

³³ Source : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques du ministère de la santé (DREES).

³⁴ Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation.

2 - Un taux de césarienne élevé dans les maternités privées

Selon l'enquête périnatale de 2010, le taux de césarienne était de 21 % au niveau national mais seulement de 17,4 % en Poitou-Charentes. En 2012, il était de 17,2 % avec des écarts très significatifs entre les établissements en fonction de leur niveau de référence et de leur statut.

Assez paradoxalement, les taux de césarienne sont plus élevés dans les maternités de type I, censées accueillir des grossesses physiologiques, que dans les établissements de niveau supérieur. Cette situation semble surtout liée au statut des établissements. Ainsi, les maternités publiques de type I se caractérisent par des taux de césarienne relativement faibles, compris entre 9,5 % et 18,5 % en 2012, alors que dans les cliniques privées ces mêmes taux varient entre 19,5 % et 23,3 %.

Face à ce constat, l'agence régionale de santé (ARS) a intégré dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) de six établissements un objectif de taux maximal de césarienne de 20 % à l'horizon 2017.

B - Le maillage territorial : des taux de fuite importants et de possibles restructurations à venir

1 - Des taux de fuite importants

Le volet périnatalité du schéma régional d'organisation des soins hospitaliers n'envisage pas de modification du maillage territorial, chaque territoire de santé possédant un site de recours de type IIB ou III. Selon les données de l'ARS, 37 % des femmes en âge de procréer (15-49 ans) qui habitent en Poitou-Charentes se trouvent à moins de 15 minutes d'une maternité, 77 % à moins de 30 minutes et 93 % à moins de 40 minutes. Ce calcul repose sur l'existence de 30 maternités publiques ou privées, dont 15 situées hors de la région Poitou-Charentes (Dordogne, Gironde, Indre, Indre et Loire, Maine et Loire, Vendée et Haute-Vienne).

Les taux de fuite par territoire de santé sont assez faibles dans la Vienne (7,4 %) et en Charente-Maritime Nord (8,2 %), un peu plus élevés en Charente (11,9 %), dans les Deux-Sèvres (19,1 %) et surtout sur le territoire de santé de Charente-Maritime Sud et Est (21,4 %). En revanche, c'est sur ce secteur que les taux de fuite diminuent le plus (-2 points par rapport à 2007).

Les taux de fuite extra-régionaux varient, quant à eux, entre 2 % (Charente-Maritime Nord) et 11,9 % (Deux-Sèvres) et s'effectuent, pour l'essentiel, vers des établissements de régions limitrophes. Ainsi, les femmes domiciliées en Charente, lorsqu'elles quittent leur département de résidence pour accoucher, choisissent majoritairement les maternités de Haute-Vienne (phénomène essentiellement concentré sur l'Est du département, bien relié à Saint-Junien et Limoges). Les femmes originaires du Sud de la Charente-Maritime vont naturellement vers les établissements girondins. Dans les Deux-Sèvres les femmes vont plutôt dans le Maine-et-Loire (Cholet et Saumur) tandis que dans la Vienne, les fuites extra-

régionales concernent surtout le Nord du département et se font essentiellement vers la région Centre (Chinon, Tours ou le Blanc).

Ces fuites extra-régionales, évaluées à environ 2 000 séjours en 2012, sont partiellement compensées par environ 1 000 séjours entrants de parturientes issues d'autres régions. Ce phénomène concerne surtout la Vienne (37 % de l'attractivité) avec la présence du CHU de Poitiers et la Charente-Maritime Nord où est situé La Rochelle (22,7 %).

2 - La perspective de nouvelles restructurations

Bien que le SROS-PRS ne prévoie aucune fermeture de maternité d'ici à 2017, plusieurs situations de fragilité ont été identifiées au niveau local.

La maternité du centre hospitalier intercommunal de Cognac est dans une situation financière très précaire. Le déficit annuel du service de gynécologie-obstétrique est compris entre 537 et 763 000 euros selon les exercices. L'absence d'activité chirurgicale, assurée par la clinique voisine, contribue à augmenter les coûts relatifs du bloc opératoire, de dépit de sa mise à disposition de l'hôpital trois demi-journées par semaine. Or, l'obstétrique constitue une activité majeure pour cet établissement, car c'est dans cette spécialité que sa part de marché locale est la plus importante. L'accord sur la réduction du temps de travail du personnel non médical a été révisé au cours de l'année 2009 dans le sens de l'accroissement du temps de travail des personnels. L'établissement présente toutefois toujours un déficit important.

A La Rochelle et à Royan, les difficultés pourraient conduire à de nouvelles restructurations qu'il convient d'anticiper.

Les perspectives de restructuration à La Rochelle et à Royan

À La Rochelle, des contacts ont été pris entre la direction de la clinique du Mail (17 lits d'obstétrique) et le groupe hospitalier de La Rochelle-Ré-Aunis (30 lits d'obstétrique) dans la perspective d'une éventuelle fermeture de la maternité privée. Une telle décision n'aurait que peu d'impact pour les parturientes en termes de temps d'accès, en revanche, elle aurait des conséquences importantes sur le fonctionnement du centre hospitalier.

Déjà en 2004, une telle perspective avait été envisagée, ce qui explique que l'hôpital ait prévu une « réserve foncière » de 12 lits lors de la construction de sa nouvelle maternité en 2010-2011. Les locaux disponibles sont aujourd'hui clos et couverts mais leur mise en service nécessiterait un délai d'environ cinq mois pour un coût estimé à 400 K€. Selon les simulations réalisées, environ 80 % de la clientèle de la clinique pourrait venir à l'hôpital. Sur la base du nombre d'accouchements 2013, on peut estimer qu'environ 500 accouchements supplémentaires pourraient être réalisés au sein de la maternité publique, ce qui porterait le nombre total d'accouchements à environ 2 200. Une étude sur les besoins en personnel supplémentaire a également été menée. 14,7 équivalent temps plein (ETP) seraient nécessaires pour un coût estimé à 688 K€. Au regard de ces besoins, l'ensemble du personnel de la clinique ne pourrait pas être repris.

À Royan, le centre hospitalier ne possède pas de maternité et l'ensemble de l'activité d'obstétrique était assurée jusqu'en 2014 par la clinique Pasteur (24 lits). L'ARS soutenait financièrement cette maternité privée (250 K€ en 2012 et 300 K€ en 2013) et souhaitait le maintien d'une activité obstétrique sur le secteur afin d'éviter aux parturientes de se rendre à Saintes ou Rochefort (40 km) pour accoucher.

Toutefois, depuis plusieurs années, le nombre de naissances était en recul (568 en 2012 soit une diminution de 26 % depuis 2005) et le taux d'occupation des lits plutôt faible. En septembre 2014, la direction de la clinique a annoncé la fermeture de la maternité au 31 décembre 2014 en raison des difficultés de recrutement d'un gynécologue obstétricien. Afin d'assurer un suivi de proximité sur le bassin de vie, l'ARS a décidé l'ouverture en janvier 2015 d'un centre périnatal de proximité (CPP) dans les locaux du centre hospitalier de Royan.

C - Une orientation des parturientes en amélioration

1 - Le réseau périnatal de Poitou-Charentes, un réseau structuré

Le réseau, créé en 2002 sous forme d'une association, est un acteur important dans le domaine de la périnatalité. Les actions qu'il met en œuvre ont trait à la coordination et à l'harmonisation des pratiques professionnelles. Ainsi, il a développé une fiche de liaison commune et partagée dans le cas des transferts néonataux et tient à jour, depuis 2005, une base de données relative aux transferts, à la mortalité périnatale et aux grands prématurés. Il a récemment élaboré un cahier d'information destiné aux parents afin de les accompagner dans toutes les étapes du parcours de santé périnatal et organise également des actions de formations à l'adresse des professionnels de santé (quatre à cinq séminaires par an).

2 - Des naissances multiples à mieux adresser

On constate un accroissement des accouchements multiples sur la période 2010-2012. Ils représentaient 1,6 % du total des accouchements en 2010, 2 % en 2011 et 2,2 % en 2012. Logiquement, c'est le CHU qui possède le plus fort taux d'accouchements multiples (2,5 % en 2012).

De leur côté, les maternités de type I réalisent de moins en moins d'accouchements multiples, car dans un souci de sécurité, ces naissances sont davantage prises en charge dans les établissements de type II et III. Ainsi, en 2010, sur les 284 accouchements multiples enregistrés dans la région, 22,5 % (soit 64) étaient réalisés par les maternités de type I. En 2012, sur les 385 accouchements concernés, ce taux est tombé à moins de 18 %.

L'ARS, qui souhaite poursuivre cette tendance, a intégré un objectif de réduction des naissances multiples dans les CPOM de six établissements de type I (valeur cible recherchée proche de 0 %).

3 - Les transferts et réorientations : peu de transferts descendants

a) Des transferts in utero de plus en plus anticipés

Selon les éléments statistiques communiqués par le réseau périnatal régional, le taux de transfert *in utero* sur la période 2006-2011 est de 1,6 %.

Les transferts semblent se faire de plus en plus tôt, puisque 71 % d'entre eux concernent des grossesses à moins de 33 semaines d'aménorrhée (57 % en 2006). 62 % des maternités qui demandent des transferts *in utero* sont des maternités de type I, 18 % des maternités de type IIA et 20 % des maternités de type IIB. Les établissements qui reçoivent ces transferts sont pour 36 % des établissements de type IIB, 57 % le CHU de Poitiers et 7 % des maternités extra régionales (essentiellement les CHU des régions limitrophes).

Le personnel médical considère que le suivi de la grossesse assuré avant réorientation n'est pas assez valorisé dans les indicateurs. Ce sentiment est renforcé par la faiblesse des réorientations ou des transferts descendants (d'un niveau de maternité supérieur vers un niveau de maternité inférieur) : 29 en 2009, 19 en 2010 et 2011.

b) Des transferts néonataux moins importants qu'au niveau national

En 2011, 11 % des enfants nés en Poitou-Charentes ont été transférés vers un autre établissement après leur naissance. Ce taux est sensiblement plus faible qu'au niveau national (14,5 % hors DOM). Ces transferts se font en majorité vers le CHU de Poitiers (61 % en 2011) et pour une part moindre (34 % en 2011) vers des maternités de type IIB. Les transferts extra régionaux sont principalement orientés vers Bordeaux (37 entre 2006 et 2011), Tours (30) et Nantes (11).

Les médecins interrogés soulignent le caractère très lourd en termes de temps passé au téléphone pour organiser ces transferts. La plupart apprécie le travail effectué en la matière par le réseau périnatal, notamment la mise en place d'un protocole de transfert et de fiches de liaison. Il a été signalé un nombre important de refus d'admission en néonatalogie au CHU de Poitiers, en particulier durant une période de travaux intervenue de juin 2012 à mars 2013.

Contrairement aux transferts *in utero*, la proportion des transferts postnatals descendants est, quant à elle, relativement importante (entre 91 et 179 par an sur la période 2008-2011). Cela s'explique par la nécessité de rapprocher l'enfant hospitalisé de sa mère une fois que son état de santé le permet.

c) Le SMUR pédiatrique : des difficultés pour assurer la permanence des soins

En 2013, le SMUR pédiatrique (ouvert à compter du 1^{er} décembre 2011) a réalisé 256 interventions (dont 175 concernaient des enfants âgés de moins de 1 mois). Il a assuré 58 transferts extra régionaux : 64 % d'entre eux étaient des transferts « référés » c'est-à-dire vers des établissements hors région en fonction de la pathologie de l'enfant et 36 % des transferts par refus, c'est-à-dire en raison d'un manque de capacité du CHU de Poitiers. L'essentiel de ces transferts se font vers les CHU de Bordeaux et de Tours.

Le positionnement excentré de la maternité de type III participe aux difficultés de rotation du SMUR pédiatrique et des SMUR départementaux. Cela implique des sorties de durée longue si les transferts se font par la route. À cette situation, s'ajoute un déficit de pédiatres hospitaliers. Récemment, le réseau périnatal a alerté par courrier le directeur général du CHU et l'ARS Poitou-Charentes des difficultés rencontrées pour organiser la permanence des soins en raison du faible nombre de praticiens affectés à la garde du SMUR pédiatrique.

D - Des perspectives démographiques des professions de santé meilleures que la moyenne mais des zones en difficulté

1 - Un sous-effectif important de médecins spécialistes et de sages-femmes, très marqué dans certains départements

Au 1^{er} janvier 2012, la région Poitou-Charentes comptait 5 235 médecins en exercice dont 2 434 spécialistes. La densité médicale (297 praticiens pour mille habitants) y est inférieure à celle constatée en France métropolitaine (339 praticiens pour mille habitants). Le

ratio concernant les généralistes (qui représentent 53,5 % de l'effectif total des praticiens) est conforme à la moyenne nationale (159 médecins pour cent mille habitants).

En revanche, les spécialistes sont nettement moins nombreux au sein de cette région à dominante rurale (138 pour cent mille habitants, pour une moyenne de 180 pour cent mille en France métropolitaine). Parmi les spécialités en lien avec la périnatalité (gynécologie, anesthésie), la densité est inférieure de quatre points à la moyenne métropolitaine (y compris pour les sages-femmes). Pour les pédiatres, l'écart est beaucoup plus important puisqu'il atteint 10 points.

La répartition des médecins libéraux par département laisse apparaître des disparités importantes. Les obstétriciens sont peu nombreux en Charente et dans les Deux-Sèvres (2 pour cent mille habitants soit 2 points de moins par rapport à la France métropolitaine). La densité de pédiatres est également faible (12 pour cent mille habitants en Poitou-Charentes contre 23 pour cent mille habitants au niveau national). Pour cette spécialité, la situation est particulièrement déficitaire dans les Deux-Sèvres et en Charente.

2 - Des perspectives contrastées selon les territoires

L'âge moyen des obstétriciens et pédiatres installés en Poitou-Charentes est légèrement moins élevé que la moyenne métropolitaine. Toutefois, l'ARS Poitou-Charentes indique qu'il existe actuellement des difficultés de recrutement de gynécologues-obstétriciens, quels que soient le statut et la taille de l'établissement, d'anesthésistes réanimateurs dans les hôpitaux publics et de pédiatres.

L'intérim à la maternité du centre hospitalier de Cognac

À la maternité du centre hospitalier du pays de Cognac, le recours à du personnel intérimaire est nécessaire pour respecter la permanence des soins. En 2012, 163 jours ont été réglés pour un montant de 206 000 €, la spécialité la plus coûteuse en termes d'intérim étant l'anesthésie (68 journées payées en 2012 pour une dépense de 100 600 €, soit un coût de 1 479 € pr jour).

Selon les hypothèses du scénario tendanciel établi par la DREES à l'horizon 2030, la région Poitou-Charentes ferait partie du groupe des six régions où la densité médicale croîtrait fortement (de 10 à 16 %). Ce phénomène s'accompagnerait d'une modification de la répartition des médecins par zone d'exercice en défaveur des territoires à dominante rurale ou des pôles urbains les moins peuplés.

La perspective favorable à long terme de la démographie médicale en région Poitou-Charentes masque la spécificité de l'exercice en périnatalité qui comporte de nombreuses contraintes et risques (les praticiens nouvellement formés acceptant moins souvent de travailler comme leurs aînés). Du point de vue des médecins et sages-femmes, ces contraintes semblent allégées dans les maternités de types II et III, d'où la tendance à la concentration de ces professionnels dans les pôles urbains.

E - Des conditions de prise en charge des populations spécifiques à renforcer

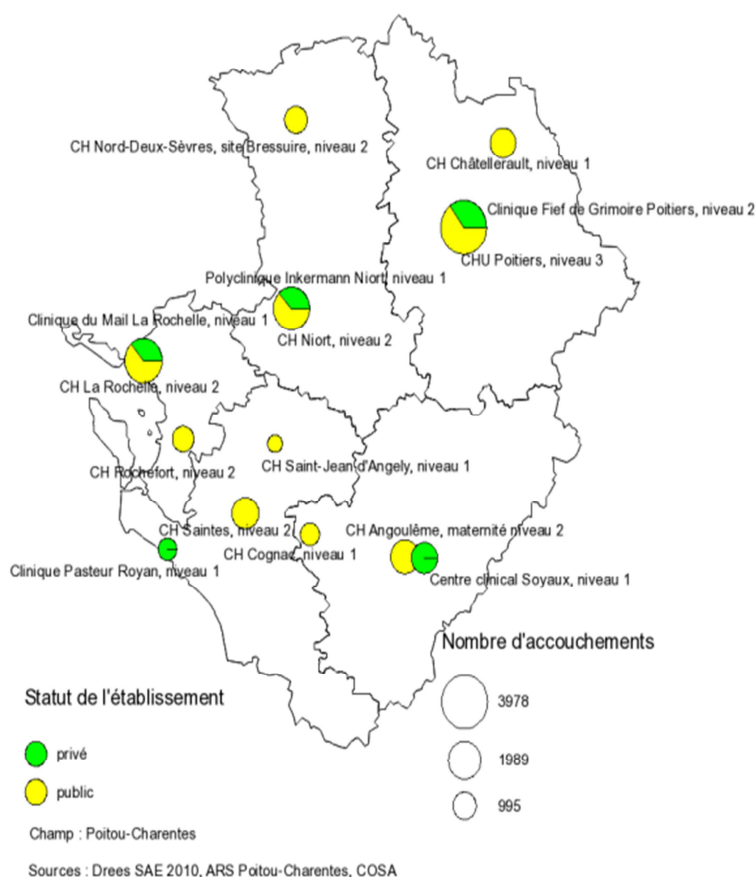
Le suivi périnatal des personnes vulnérables est caractérisé par la multiplicité des acteurs (personnel soignants et sociaux des centres hospitaliers, réseau de santé périnatal,

structures communales, départementales ou associatives). Cette diversité des intervenants soulève la question de la lisibilité du rôle et des missions de chaque structure par les familles mais aussi par les professionnels de santé.

L'accélération du déploiement du dossier médical personnel (DMP) serait également de nature à améliorer le suivi et la prise en charge des publics en difficultés. En effet, la région Poitou-Charentes connaît un important retard en la matière. En mars 2014, elle ne regroupait que 0,4 % des DMP ouverts en France pour une population équivalente à 2,8 % de la population nationale.

Carte n° 6 : les maternités en Poitou-Charentes

Localisation des maternités selon leur statut, niveau et nombre d'accouchements annuel



Les maternités en Provence-Alpes-Côte d'Azur

I - État des lieux

A - Une région pauvre, peuplée, à la natalité dynamique

La région Provence-Alpes-Côte d'Azur est la troisième région la plus peuplée de France, Elle compte trois des dix unités urbaines les plus importantes du pays, à savoir Marseille/Aix-en-Provence (1 430 000 habitants), Nice (950 000 habitants) et Toulon (550 000 habitants). En moyenne annuelle, sa population a augmenté de 0,9 % par an entre 1999 et 2008. L'accroissement démographique devrait se poursuivre, porté exclusivement par le solde migratoire, essentiellement en provenance des autres régions. Le nombre d'habitants devrait ainsi croître de 5,1 % entre 2010 et 2020.

En 2011, 16,4 % des habitants de la région vivaient sous le seuil de pauvreté, contre 14,3 % en métropole. Le Vaucluse (19,3 %) et les Bouches-du-Rhône (17,7 %) sont les plus touchés. Les jeunes et les familles monoparentales sont notamment très exposés : près d'un enfant de moins de six ans sur quatre appartient à un ménage pauvre contre un sur cinq en moyenne en France métropolitaine. Le taux de bénéficiaires du revenu de solidarité active (6,9 %) est le troisième plus important de France derrière l'Île-de-France et le Nord-Pas-de-Calais. Enfin, la part de la population couverte par la couverture maladie universelle complémentaire (8,2 %) se situe au-dessus de la moyenne nationale (6,6 %). Le taux atteint 10,7 % dans les Bouches-du-Rhône.

Selon les statistiques 2013 de l'INSEE, l'indice conjoncturel de fécondité de la région figure parmi les plus élevés de France. Alors qu'en 2009, le nombre moyen d'enfants par femme était de 1,98 au niveau national, il s'établissait à 2,01 en Provence-Alpes-Côte d'Azur. L'âge moyen de l'accouchement est de 30 ans, et le nombre d'accouchements est d'environ 60 000 en 2012. Cependant, les situations restent assez différentes d'un département à l'autre. L'indice est de 1,87 enfant dans les Alpes-Maritimes, 2,22 enfants dans le Vaucluse et 2,04 enfants dans le Var. Le taux de mortalité maternelle s'établissait sur la période 2007-2009 à 10,7 décès maternels pour 100 000 naissances, soit un taux supérieur à la moyenne constatée en France métropolitaine (9,4).

B - Une offre de soins dense dont la proximité ne s'est pas dégradée

La région Provence-Alpes-Côte d'Azur compte 39 maternités (28 publiques et 11 privées, dont deux à but non lucratif), et 5 CPP. Le nombre d'accouchements, d'environ 60 000, se répartit entre 3 maternités de type III, 17 de type II et 19 de type I.

Sur la période 1998-2009, 15 maternités, dont 14 privées ont fermé. Sur cette même période, les maternités publiques ont accueilli 29 % d'accouchements supplémentaires. Le secteur public et le secteur privé se partagent respectivement 63 % et 37 % des parts de marché.

Il existe une forte densité de maternités dans les zones les plus peuplées (grands centres urbains Marseille, Nice, Toulon) et la bande littorale. Une faible densité peut en revanche être constatée dans les zones alpines peu peuplées (Hautes-Alpes et Alpes-de-Haute-Provence).

Si le temps d'accès aux maternités par les parturientes reste relativement bas, en général autour de 15 minutes ; il est de moins de 50 minutes pour les habitants du département le plus mal classé (Hautes-Alpes). Ce temps d'accès ne s'est pas dégradé malgré l'importance du mouvement de restructuration mis en œuvre ces dix dernières années.

L'activité des CPP est très inégale. Ils sont souvent très actifs lorsqu'ils succèdent à une maternité qui vient de fermer, mais leur activité décline par la suite lorsque les femmes préfèrent s'orienter directement vers les maternités des centres hospitaliers.

Les regroupements ou fusion d'établissements publics avec une mise en commun des plateaux techniques ont été encouragés par l'ARH puis l'ARS. Facilitant l'organisation de la permanence des soins, ils deviennent plus attractifs pour les médecins.

Jusqu'en 2014, trois réseaux avaient la responsabilité de l'orientation de patientes en région Provence-Alpes-Côte d'Azur (réseau périnatalité sud, réseau sécurité naissance et réseau naître et devenir). Depuis, ils ont fusionné en un réseau unique (PACA-Corse-Monaco). Cette mutualisation a permis à l'ARS de fixer et suivre la réalisation des objectifs, de manière identique sur l'ensemble du territoire régional.

C - De nombreuses restructurations au bilan contrasté

La région Provence-Alpes-Côte d'Azur a connu un nombre important de restructurations de maternités avec la disparition, sur la période 1998-2009, de 15 maternités (dont 14 privées).

L'offre du secteur privé obéit à une logique économique, qui rend la planification difficile. La perspective d'une fermeture soudaine d'une maternité privée à forte activité à Marseille a conduit l'ARS à réagir. La fermeture a pu être évitée mais la question de la gestion globale de l'offre reste posée.

1 - Deux exemples de fusions aux résultats contrastés.

Les regroupements de maternités ne se font pas toujours aux meilleures conditions d'efficacité. En 2012, deux fusions de maternités publiques à forte activité ont conduit à des organisations différentes. La comparaison après réalisation a permis de constater que le regroupement des maternités sur un seul site (CHI de Toulon-La-Seyne-sur-Mer) était plus

efficace sur un plan économique mais également en matière de mutualisation des personnels médicaux que le maintien de deux sites (CH d'Aix-Pertuis).

En 1988, le CH Intercommunal de Toulon-La Seyne-sur-Mer (CHITS) avait été créé par la fusion des deux établissements hospitaliers, mais c'est plus de 20 ans plus tard, en 2012, à l'occasion de la construction du nouveau bâtiment de l'hôpital de Sainte-Musse à Toulon que les maternités publiques des deux villes ont été regroupées en un même lieu. À l'inverse, la création du CH Intercommunal d'Aix-Pertuis (CHIAP), constitué après la fusion des établissements de Pertuis et d'Aix-en-Provence, a conservé une maternité sur chaque site.

La restructuration des maternités de Toulon et de La-Seyne-sur-Mer, qui a recueilli l'assentiment de la communauté hospitalière, est aujourd'hui achevée. L'efficacité du nouvel ensemble s'en trouve améliorée en raison d'une forte mutualisation et du regroupement de la maternité sur un seul site, avec création d'un CPP à la Seyne sur Mer.

La restructuration des maternités de Toulon et de La-Seyne-sur-Mer

Cette opération s'est déroulée sur trois années, de 2010 à 2012. Elle a donné lieu à la fusion des plateaux techniques du site de proximité de La-Seyne-sur-Mer et du site principal de Toulon, lors de la phase de déménagement sur la maternité du nouvel hôpital créé.

Un accord a été trouvé entre les deux établissements, sous la forme d'un projet médical qui a fait consensus auprès de la communauté médicale.

Les moyens médicaux ont été mutualisés. Les moyens financiers engagés par l'ARS pour accompagner l'opération ont consisté à financer une mission d'intérêt général (MIG), le CPP de la Seyne-sur-mer, et une demi-ligne supplémentaire de SMUR³⁵.

Le maire de la Seyne-sur-Mer s'est fortement opposé à cette restructuration, qui entraînait la fermeture de la maternité située sur sa commune. Les actions contentieuses en référé et au fond, engagées devant le tribunal administratif de Toulon, visaient à faire annuler la décision de regroupement des maternités sur un même site. Le maire invoquait les difficultés d'accès au nouvel hôpital, qui nécessiterait la traversée d'ouest en est de la ville. Le tribunal administratif de Toulon a statué le 3 avril 2014 et rejeté la requête en annulation de la décision de transfert, introduite par le maire de la Seyne et ancienne parturiente. Les parties n'ont pas fait appel.

Désormais, l'ensemble des parturientes de l'agglomération a accès à une maternité de type IIB, améliorant l'offre de soins. Une hausse de 20 % du nombre de naissances a été enregistrée en 2012.

Le cas de l'hôpital de Sainte Musse montre qu'il est possible simultanément de baisser la durée de séjour et d'augmenter le taux d'occupation. En effet, l'activité d'obstétrique de la maternité de l'hôpital de Toulon-La Seyne-sur-mer (de type IIB, réalisant 2 617 accouchements en 2012) parvient à l'équilibre, avec une durée de séjour réduite (3,7 jours en moyenne pour les accouchements normaux, indicateur de performance de la durée de séjour passé de 0,984 en 2008 à 0,916 en 2011, et un taux d'occupation en obstétrique également en progression sur la même période, passant de 63,9 % à 72,1 %. Ce résultat est le produit combiné de la stabilité du nombre de lits d'obstétrique (passés de 54 à 53) et de la hausse de la part de marché qui passe de 40,8 % à 47,5 % et de l'attractivité propre à un établissement neuf notamment pour les conditions d'hébergement.

A contrario, dans le cas de la fusion entre les centres hospitaliers d'Aix et celui de Pertuis, le maintien de maternités sur deux sites, après fusion des CH, limite la performance du nouvel ensemble.

³⁵ Pour les médecins, la présence H24 sur une « ligne de garde » est évaluée à 6 ETP (source : Samu-Urgences de France Référentiel « Les ressources médicales et non médicales nécessaires au bon fonctionnement des structures d'urgence - Samu, Smur, Service des Urgences, UHCD, novembre 2011).

La fusion des centres hospitaliers d'Aix et de Pertuis

La fusion, intervenue en 2012, des CH de Pertuis (type I) et d'Aix-en-Provence (type IIB) devait permettre la gestion commune du personnel et de mutualiser les coûts et moyens des deux établissements, notamment les anesthésistes.

À peine effective, la fusion a été annulée le 27 juillet 2012 par le tribunal administratif de Marseille, à la suite du recours d'un syndicat représentant le personnel, au motif de l'absence de consultation préalable du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail de l'hôpital de Pertuis.

La ministre des affaires sociales a ensuite interjeté appel de cette décision et demandé un sursis à exécution. Un nouvel arrêté portant création du CHIAP a été pris par l'ARS le 25 février 2013 afin de régulariser la situation, l'annulation prononcée par le tribunal administratif étant différée au 1^{er} mars 2013. Le 20 février 2014, la cour administrative d'appel de Marseille a rejeté le recours de la ministre, en confirmant la décision du tribunal administratif. Le dernier arrêté fait actuellement l'objet d'un recours. Cette restructuration est donc mise en place dans des conditions difficiles.

Avec environ 800 accouchements annuels, les autorités ont estimé indispensable le maintien d'une activité sur Pertuis. La maternité d'Aix, qui effectuent plus de 2 500 accouchements par an, n'aurait pas été en mesure de les absorber.

La pratique d'accouchements « naturels », grâce auxquels la maternité de Pertuis attire plus de la moitié de ses parturientes hors de sa zone d'activité, semble également avoir pesé pour un maintien du site.

Malgré le maintien de deux maternités, la fusion des deux CH a permis une meilleure productivité du personnel, notamment des sages-femmes, et une hausse de la fréquentation.

La fusion devait permettre de mettre en place des mutualisations entre personnels afin notamment de renforcer les équipes médicales de la maternité de Pertuis, notamment s'agissant des anesthésistes. Les résultats obtenus au terme de la première année étaient peu convaincants puisqu'on a constaté une hausse du recours à l'intérim de personnel médical immédiatement après la fusion sur le site de Pertuis alors que l'équipe médicale d'Aix n'était pas surchargée. L'exercice mutualisé de l'activité médicale a été présenté aux personnels comme « envisageable » en cas de « difficultés majeures ». La mutualisation des équipes de pédiatrie est intervenue en 2013, celle de l'anesthésie est toujours en cours.

De ce fait, la maternité de Pertuis, peu attractive, a recours à l'intérim et aux personnels contractuels pour assurer son fonctionnement, avec des coûts importants (223 périodes en 2012 pour un coût total de 185 000 euros). Seule une hausse importante du taux d'occupation des lits, proche de 50 %, conjuguée avec une mutualisation du personnel, permettrait une amélioration de la situation financière.

2 - Le maintien des structures isolées

Les maternités réalisant un nombre d'accouchements annuel proche du seuil des 300 restent peu nombreuses et concentrées dans les secteurs alpins isolés. Les structures qui se situent dans des secteurs moins reculés, n'ont en revanche pas vocation à être pérennisées mais à être transformées en CPP, ou disparaître.

Les projets de fermeture des petites maternités réalisant moins de 300 accouchements par an donnent lieu à des contentieux et nécessitent le recours à des expertises. À Valréas, la décision de fermeture de la maternité du centre hospitalier a été suivie d'une décision de réouverture, puis finalement de fermeture, après un appel à candidature de médecins demeuré infructueux. Elle a finalement été transformée en CPP.

La maternité du CH d'Apt est en sursis. Sa fermeture a fait l'objet d'une décision de principe inscrite dans le SROS-PRS mais elle fait actuellement l'objet d'une étude visant à préciser son avenir d'ici à l'été 2015.

3 - La contribution significative des CPP

Les CPP récemment créés de La Seyne-sur Mer et de Valréas ont trouvé leur place dans l'offre de soins et ont désormais une forte activité.

La Seyne et Valréas, des CPP nouvellement créés à forte activité

La maternité du CH de La Seyne-sur-Mer a été transférée en 2012 au nouvel ensemble de Sainte-Musse. Près de 1 400 accouchements par an y étaient dénombrés en 2011. Le CPP est aujourd'hui doté de trois salles de consultations, d'une d'échographie, d'une de monitoring, ainsi que d'une salle de préparation à la naissance.

Selon un premier bilan réalisé en septembre 2012, l'activité est assez soutenue. Sur une première période d'avril à décembre 2012, les médecins y ont réalisé 2 500 consultations de gynécologie-obstétrique, les sages-femmes 1 151 consultations pré et post natales. Des échographies (573), des séances de préparation à l'accouchement (342 pour 57 patientes), et des entretiens prénatals précoces (58) y ont été réalisés. Ce CPP dispose de 1,5 ETP de médecin gynécologue-obstétricien et de 1,16 ETP de sage-femme. Les consultations sont réalisées par des sages-femmes libérales.

Le CPP de Valréas a effectué en 2012 plus de 7 000 actes, hors IVG, pour 2 500 patientes. La majorité d'entre elles (96 %) vient pour des consultations en gynécologie, les autres (4 %) auprès des sages-femmes. Pour les consultations gynécologiques avancées, un médecin (secteur privé) intervient au CH de Vaison-la-Romaine (antenne locale du CPP ouverte fin 2013), dans le cadre d'un partenariat avec le conseil général de la Drôme.

L'activité périnatale comprend notamment le suivi des grossesses, la préparation à la naissance, la rééducation du périnée, le suivi postnatal, le génotypage, ainsi que les orientations vers une maternité, dont 242 (sur 274) effectuées au motif d'un choix personnel, et seulement 17 pour pathologie. Au total, le CPP a pris en charge plus de 450 femmes en période périnatale en 2012.

En revanche, d'autres CPP plus anciens sont aujourd'hui fragilisés par une activité insuffisante associée à une faible attractivité pour les parturientes relativement à des structures de soins plus importantes.

Des CPP plus anciens, à faible activité

Une convention a été signée en 2002 entre le CH La Palmosa de Menton et l'Agence sanitaire locale d'Imperia (Italie), afin d'établir une coopération instituant une « communauté de santé transfrontalière ». Le CPP de Menton, créé en 2003, est donc issu de cette convention. S'il ne reçoit aucune subvention de la part de l'ARS, sa nature transfrontalière lui permet en revanche de percevoir des crédits du FEDER.

L'offre de soins comprend la réalisation d'échographies, le suivi de grossesse classique, la préparation à la naissance, le suivi post-partum ainsi que la rééducation périnéale. Fin mars 2012, le gynécologue-obstétricien à temps plein est parti pour exercer dans le secteur privé. Le CPP a depuis recouru à des médecins contractuels.

La patientèle se compose en grande partie de résidentes françaises, mais une minorité vient d'Italie, où la périnatalité est inexistante. En 2010, le CPP avait effectué 1 857 consultations en obstétrique. Son activité a ensuite décliné : 1 663 en 2011, 865 en 2012 (année de départ du médecin gynécologue-obstétricien) et 828 en 2013. Quant au partage entre l'activité obstétrique et gynécologique, elle est d'environ 1/3 et 2/3 respectivement. La file active du centre était de 100 parturientes jusqu'en 2012, pour chuter à 50 depuis. Le recrutement récent d'un nouveau praticien gynécologue-obstétricien à temps plein devrait permettre d'améliorer la situation.

Le CPP d'Embrun fonctionne 4 jours par semaine sous la responsabilité d'une sage-femme. Son offre de soins se répartit entre des consultations de gynécologie-obstétrique et de pédiatrie, réalisées par des médecins spécialistes venant du CH des Alpes du Sud (Gap-Sisteron) et du CH de Briançon, et des examens d'échographie en relation avec le service d'imagerie. Son bilan d'activité fait état de près de 2 000 actes en 2009 et 1 877 actes en 2010 pour la sage-femme ; pour la gynécologie-obstétrique médicale, 133 actes ont été réalisés en 2008, 117 en 2009 et 166 en 2010. Le nombre de patientes est en hausse, passant de 315 à 376 entre 2008 et 2010.

L'activité du CPP de Sisteron se résume aujourd'hui à deux journées de consultations par semaine effectuées par une sage-femme.

II - Les principales problématiques du territoire

A - Un système de soins dont l'organisation n'est pas toujours optimale

1 - Le maintien de structures à faible efficience

Certaines maternités (Digne et Briançon) se situent en secteur alpin, réalisent peu d'accouchements, mais leur maintien semble dicté par une logique d'aménagement du territoire. D'autres petites structures subissent la concurrence d'autres maternités et perdent des parts de marché. C'est le cas de la maternité d'Arles, qui a vu celles-ci passer de 64,5 % en 2008 à 62,4 % en 2012, concurrencée par le CH d'Avignon, et à terme, celle de Salon de Provence. En plus d'un faible nombre de naissances, elles sont confrontées à des difficultés récurrentes de recrutement du personnel.

2 - Des difficultés dans l'organisation des transferts

Le pourcentage de prématurés nés avant 33 semaines d'aménorrhée, qui naissent en dehors du type III reste assez important comparé à celui d'autres régions variant entre 9,5 % en 2012 et 10 % en 2013. À titre de comparaison, ce taux est de 7,2 % pour les maternités de types I et IIA d'Île-de-France.

La maternité de Grasse (type IIB) figure parmi les établissements qui ne reçoivent pas la patientèle que ce niveau devrait lui permettre d'accueillir. Le nombre de ses accouchements est passé de 1 836 en 2010 à 1 574 en 2012. En plus d'une concurrence de la maternité de Cannes, certaines réorientations de parturientes semblent s'opérer au profit du CHU de Nice.

3 - Une articulation à parfaire entre les différents niveaux de prise en charge

Les établissements de type III doivent également faire face à un afflux de clientèle de proximité, d'autant plus important qu'ils se situent notamment sur Marseille, et constituent les seuls établissements publics du secteur. La région Provence-Alpes-Côte d'Azur compte trois maternités de type III : CHU de Nice, AP-HM Marseille Nord et Marseille Conception. Les deux maternités publiques de l'AP-HM de Marseille sont saturées, le public se tournant de manière préférentielle vers le secteur public. De surcroît les locaux de la maternité de la Conception sont vétustes. Un projet de transfert de la maternité dans des nouveaux locaux à la Timone est actuellement à l'étude. Le désengorgement des maternités publiques devra passer par la mise en place d'accords tarifaires avec les cliniques privées du secteur, comme cela a été pratiqué avec la clinique Beaugard.

4 - Une attention particulière portée sur les conditions de sécurité

D'importants dysfonctionnements relevés dans le fonctionnement du GCS hôpitaux pédiatriques de Nice CHU-LENVAL ont conduit le directeur général de l'ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur à diligenter un audit. Ce dernier a révélé des risques pour la sécurité des patients et souligné des problèmes de gouvernance et de management. Cet audit a été suivi

d'une inspection de l'IGAS, qui a formulé en 2011 un certain nombre de préconisations, dont le regroupement des activités sur un seul site, et la nomination d'un nouvel administrateur. La clinique devrait changer d'implantation en 2017.

B - Les perspectives de démographie médicale

La densité de professionnels de santé exerçant à titre libéral ou salarié est supérieure à la moyenne nationale dans toutes les catégories. Elle était de 407 médecins généralistes et spécialistes pour 100 000 habitants, contre 335 en métropole.

Les secteurs urbanisés du littoral et de la vallée du Rhône sont bien pourvus en professionnels de santé. Les départements alpins et, en particulier, ceux éloignés des centres urbains les quartiers prioritaires de la politique de la ville classés en zones à risques, sont en revanche mal dotés. Les inégalités de répartition de l'offre de soins sont particulièrement marquées entre la bande littorale et les départements alpins (la situation du Vaucluse est elle-même contrastée entre le couloir rhodanien et le reste du département). Elles concernent autant les professionnels libéraux que l'offre des établissements sanitaires. Les départements des Alpes-Maritimes et des Bouches-du-Rhône concentrent 70 % de l'offre de court séjour pour 62,5 % de la population.

La démographie des professionnels de santé de la région devrait être marquée, dans les années à venir, par la diminution de la densité médicale, du fait de leur vieillissement plus important que la moyenne nationale. Les difficultés de remplacement de médecins partis à la retraite se font sentir, notamment dans les spécialités de gynécologie, pédiatrie et surtout anesthésie. La DREES prévoit une diminution jusqu'au début des années 2020, alors que la population devrait poursuivre sa progression.

Certains établissements, comme celui d'Aix-en-Provence, doivent recourir à du personnel intérimaire ou contractuel, posant la question de la permanence des soins et du suivi des patients. La pénurie de praticiens, (essentiellement de pédiatres) conduit à des situations délicates d'organisation de la permanence des soins dans certaines maternités isolées à Apt, Digne et Briançon.

Les secteurs urbains attractifs, comme à Nice, ne rencontrent pas les mêmes difficultés, le remplacement des médecins partant à la retraite apparaissant moins problématique.

Outre le secteur d'implantation de la maternité, les organisations performantes, mises en œuvre avec l'approbation de la communauté médicale, paraissent attractives pour les médecins. Elles engendrent des économies de gestion, en raison du faible recours à l'intérim ou à des contractuels. Deux situations observées à la même période illustrent ce phénomène.

La fusion d'établissements, sans mutualisation des maternités sur un nouveau site : un gain d'efficience modéré (le cas d'Aix-Pertuis)

Avant la fusion des deux établissements en 2012, le recrutement du personnel médical était difficile pour les deux maternités, et plus particulièrement à Pertuis. Depuis, l'attractivité se serait améliorée, compte-tenu de la possibilité d'exercer sur les deux sites, et d'utiliser les plateaux techniques et le personnel qualifié exerçant sur le site d'Aix. Lors des nouveaux recrutements, la possibilité d'exercer sur les deux sites est systématiquement mise en avant.

Cependant, les effectifs ont légèrement augmenté après la fusion et le recours à l'intérim médical a augmenté de 12 %.

En anesthésie, il semblerait qu'un transfert du recours à l'intérim d'Aix à Pertuis soit intervenu, les dépenses sur ce dernier site ayant quasiment triplé dans cette spécialité. En pédiatrie, le recours à l'intérim est important (106,5 périodes de 24H d'intérim), et s'expliquerait par la démission et le congé de certains personnels. La mutualisation ne serait pleinement fonctionnelle que pour les gynécologues.

Au final, la fusion actée en 2012 n'a pas permis de réaliser les mutualisations envisagées, le recours au personnel extérieur est toujours pesant et onéreux pour l'établissement, qui pourrait potentiellement le limiter plus encore dans certains domaines.

La fusion d'établissements, avec mutualisation des maternités : un gain d'efficience et une meilleure attractivité (le cas de Toulon-La-Seyne-sur-Mer)

La situation des effectifs de personnel médical est assez favorable, l'établissement ne recourant pas à l'intérim pour son activité d'obstétrique. Néanmoins, un sous-effectif global d'anesthésistes affecte l'ensemble des services et le recrutement de personnel compétent s'avère difficile.

Cette situation aboutit notamment à une accumulation importante du temps de travail additionnel et à une augmentation des journées inscrites sur les comptes épargne-temps. L'établissement a donc recours à des anesthésistes intérimaires pour un coût important. La permanence des soins y est toutefois assurée de manière satisfaisante.

Le regroupement des maternités de Toulon et de La-Seyne-sur-Mer semble pour l'heure avoir été un succès. Par-delà l'approbation générale de la communauté médicale, il a permis d'améliorer les ratios de performance en développant son activité, améliorant son taux d'occupation (72,1 %), gagnant des parts de marchés (niveau régional : 4,2 % à 4,4 %), et limitant le recours à l'intérim malgré le problème d'effectif d'anesthésistes.

C - De nouvelles restructurations en perspective

Le SROS-PRS prévoit de faire passer le nombre d'implantations de gynécologie-obstétrique de 38 aujourd'hui à 36 en 2016. Dans le même temps, le nombre de CPP passerait de 4 à 6. En outre, des rapprochements de plateaux techniques sont envisagés dans les secteurs denses et bien pourvus en équipements (Marseille et Nice).

La fermeture de maternités privées est difficilement programmable, les décisions de fermeture étant prises rapidement dans le cadre d'une démarche économique autonome. L'ARS subit plus qu'elle n'accompagne les décisions. Dans certains cas, lorsque l'activité de la clinique n'est pas trop importante, les patientes sont réorientées vers d'autres établissements. Cela a été le cas lors de la fermeture de la clinique Saint-Michel en juillet 2011. Les patientes ont été réorientées vers les sites de Toulon et de La Seyne, puis vers celui de Sainte-Musse. Ces transferts d'activité vers le public nécessitent des travaux d'extension et de remise aux normes, et s'accompagnent de problèmes de recrutement du personnel médical.

