FAUT-IL CRAINDRE LES FERMETURES ET FUSIONS DE MATERNITES EN FRANCE ?

Béatrice BLONDEL, Jennifer ZEITLIN

INSERM U953, Unité de recherche épidémiologique sur la santé périnatale et la santé des femmes et des enfants, Maternité Port-Royal, 53 avenue de l'Observatoire, 75014 Paris, Université Pierre-et-Marie Curie, Paris6, 75012 Paris

Auteur correspondant

01 42 34 55 85

beatrice.blondel@inserm.fr

Le nombre de maternités a diminué de manière forte au cours des 40 dernières années en France, passant de 1747 en 1972 à 1128 en 1981, 816 en 1995 et 535 en 2010 [1,2]. De nombreux facteurs ont contribué à la fusion et la fermeture des maternités : des règles plus strictes de fonctionnement dans un souci de sécurité médicale, en particulier après le décret Dienech en 1972 et les décrets périnatalité en 1998, des contraintes économiques et un manque de professionnels. Ceci s'est traduit par une concentration progressive des naissances dans des maternités de plus en plus grandes (Figure 1). En 2010 48 % des naissances avaient lieu dans des maternités de 2000 accouchements ou plus, au lieu de 16 % en 1995 [2]. Ce constat n'est pas propre à la France. Un mouvement de concentration des naissances dans de grands services s'est produit au cours des années 2000 dans de nombreux pays européens et en

2010, 80 % des naissances en Ecosse, 69 % en Irlande et 51 % en Suède avaient lieu dans des maternités de 3000 accouchements et plus, versus 19 % en France [3-4].

Cette évolution peut avoir un impact sur l'accessibilité des maternités, le fonctionnement des services et la prise en charge des femmes. Dans l'actualité récente, des événements indésirables ont été à plusieurs reprises mis en lien avec la fermeture des maternités. En dehors de toute polémique, il est utile de dresser un bilan de l'impact de cette nouvelle structuration des établissements, d'autant plus que de nombreuses études ont été réalisées ou sont en cours dans ce domaine en France.

Implantation et accessibilité des services

Globalement il semble que la distance parcourue et le temps nécessaire pour aller à la maternité n'ont pas changé au cours des années 2000 [5-6]. Pour la majorité des femmes, la diminution du nombre de maternités s'est surtout traduite par une réduction des choix possibles à proximité de leur domicile, et par la décision d'aller accoucher dans la maternité la plus proche, en particulier dans les zones les plus rurales [7], ou quand les deux maternités les plus proches étaient relativement distantes l'une de l'autre [8].

Ce bilan général masque la situation des femmes habitant dans des zones où les maternités sont très peu nombreuses et où la fermeture de l'une d'elles bouleverse les trajectoires [5,9]. Ces situations sont peu étudiées car elles sont très éclatées sur le territoire, portent sur des environnements géographiques hétérogènes et concernent à chaque fois un petit nombre de femmes.

Habiter loin d'un établissement de soins a un impact sur la prise en charge des femmes et des enfants. Les accouchements hors maternité sont rares, mais leur risque est très lié à une distance élevée à la maternité la plus proche, surtout pour les multipares [10]. En cas de naissance très prématurée, le risque de ne pas accoucher dans une maternité de type III augmente si la mère réside à plus de 30 km du centre de type III le plus proche [11].

Fonctionnement des services

On a assisté dans les années 2000 à un renforcement des conditions de sécurité dans les maternités, notamment au regard de la composition de l'équipe de garde. La présence permanente d'un obstétricien dans la maternité et d'un anesthésiste dans le service ou l'établissement est plus fréquente [12-13]. Cette évolution répond aux contraintes de fonctionnement des services les plus grands, et correspond aussi à une augmentation des moyens humains au sein de maternités de même taille ou de même niveau.

Les maternités de grande taille se caractérisent également par plus de services offerts, en complément à la prise en charge médicale stricte : elles travaillent par exemple plus souvent avec des psychologues et ont plus souvent des consultations d'addictologie [12].

Cependant les maternités de grande taille ne peuvent pas accueillir les femmes dans les mêmes conditions que les autres maternités. Elles ont plus de difficultés à admettre ou inscrire des femmes par manque de lits [12]. La durée de séjour en postpartum est plus courte dans les grands services, quel que soit le statut de la maternité, et c'est particulièrement vrai en Ile-de-France [14-15]. De plus pendant la grossesse, les grandes maternités assurent moins souvent

l'intégralité du suivi prénatal des femmes inscrites et peuvent moins souvent fournir une préparation à la naissance pour l'ensemble des femmes qui le souhaitent [12].

La qualité de la prise en charge des femmes dépend donc largement de la coordination entre les grandes maternités et les autres services et professionnels du même réseau. L'offre de suivi à domicile après la sortie de la maternité est un exemple de la continuité des soins et de la prise en compte des besoins des jeunes mères ; elle était jusqu'à maintenant très inégalement développée [14], mais elle devrait prochainement se généraliser. Il est également possible que cette organisation plus éclatée dans les grands services rende plus complexe l'utilisation du système de santé pour les femmes les plus vulnérables, en particulier celles qui ont des difficultés financières à se faire suivre.

Prise en charge des femmes et qualité des soins

Accoucher dans une grande maternité, souvent spécialisée, peut avoir un impact sur les soins, par des mécanismes très variés. On peut assister à une dérive des pratiques destinées aux femmes à haut risque, plus nombreuses dans les grands services spécialisés, vers les femmes à bas risque, par un effet d'entraînement et ainsi provoquer une augmentation des actes obstétricaux ; à l'inverse les grands services ont besoin d'une organisation des pratiques forte et de protocoles bien structurés pour garantir une pratique homogène entre les praticiens, ce qui peut garantir un certaine régulation des actes et une adhésion plus grande aux recommandations de bonne pratique clinique. Une grande taille peut conduire à des dynamiques d'adhésion à de nouvelles pratiques ou

de nouvelles recommandations, ou au contraire représenter un frein à l'introduction de nouveaux modes de prise en charge ou à la modification de certaines organisations. L'organisation de l'activité, très variable selon la taille, peut également affecter la prise en charge des femmes ; ainsi on peut décider dans des maternités de faible taille de provoquer un accouchement dans certains cas, pour être sûr que celui-ci aura lieu au moment où l'équipe médicale est au complet.

Les actes obstétricaux, tels que les césariennes avant travail, les déclenchements, les voies basses instrumentales ou les épisiotomies, ne sont pas plus fréquents ou moins fréquents dans les grandes maternités, chez les femmes a priori à bas risque [16]. En revanche d'autres pratiques peuvent différer. La tocolyse d'entretien après une hospitalisation pour menace d'accouchement prématuré, qui n'est plus recommandée par le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français depuis 2002, est beaucoup plus souvent prescrite dans les maternités de moins de 1500 accouchements [17]. L'ocytocine pendant le travail, qui présente des bénéfices incertains et peut-être des risques accrus à la fois pour la mère et le fœtus, est plus largement administrée dans les maternités de moins de 1000 accouchements [18]. Parmi les pratiques innovantes ou celles que l'on cherche à diffuser, on constate que l'utilisation des péridurales 'low dose' et des analgésies péridurales autocontrôlées [12], la conformité aux recommandations de la prise en charge initiale des hémorragies du post-partum [19-20] et l'allaitement maternel [21] sont plus fréquents dans les grandes maternités.

Impact dans d'autres domaines

Les études réalisées n'abordent qu'une partie des effets potentiels de la restructuration des maternités. Les fermetures provoquent des perturbations importantes pour les personnes employées dans ces maternités et une désorganisation dans les circuits de soins pour les professionnels de santé et les femmes enceintes. Elles peuvent avoir un impact lourd dans des petites villes ou des zones géographiques fragilisées par un taux de chômage élevé et une diminution de la population.

Comment réagissent les professionnels et les usagers au fait d'être dans une grande maternité ? Une vision optimiste de l'avenir est plus fréquemment évoquée par les médecins des grandes maternités publiques [22], mais cela ne représente qu'une petite partie de leur expérience. Des études qualitatives seraient nécessaires pour savoir ce que pensent les différentes professions et les couples dans les maternités de très grande taille.

Comment s'organisent et s'adaptent les maternités les plus grandes ? Les grands services du secteur public subissent des pressions fortes pour limiter les coûts, avec un nombre de salariés et de lits très contrôlé ; ceci peut-il compromettre la sécurité médicale dans les périodes de surcharge ? Les grands services ont également à gérer en parallèle les soins d'un grand nombre de femmes à haut risque et de femmes sans problème particulier qui veulent vivre l'arrivée de leur enfant dans des conditions les plus naturelles possibles. Comment les services prennent en compte ces différences ? L'installation de filières physiologiques dans certaines maternités est une des réponses à ces préoccupations.

Une autre question importante est l'impact de la limitation du nombre de maternités sur la santé des femmes et des enfants. Nous n'avons pas de

réponse claire. Il semble à l'étranger que, dans un contexte de bon fonctionnement de la régionalisation, la santé et les soins périnatals ne soient pas affectés par le fait que les naissances sont concentrées dans un petit nombre de maternités ou qu'elles sont dispersées à la fois dans de grandes et de petites maternités [23].

Conclusion

Faut-il craindre les effets des fermetures et des fusions de maternités ? Peut-être, mais les études réalisées en France ne mettent pas en évidence de conséquences négatives majeures ; les préoccupations peuvent porter sur des aspects non abordés jusqu'à maintenant ou sur l'avenir de maternités beaucoup plus grandes ; les impacts étudiés pourraient en effet se révéler différents si, dans 10 ans, la moitié des accouchements en France se déroule dans des maternités de 5000 accouchements ou plus.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet éditorial

Références

1. Rumeau-Rouquette C, du Mazaubrun C, Rabarison Y. Naître en France, dix d'évolution. Inserm-Doin, Paris, 1984.

2. Blondel B, Lelong N, Kermarrec N, Goffinet F. La santé périnatale en France métropolitaine de 1995 à 2010. Résultats des Enquêtes nationales périnatales. J Gyn Obstet Biol Reprod 2012;41:151-166.
3. EURO-PERISTAT Project with SCPE, EUROCAT and EURONEOSTAT. European perinatal health report 2008, www.europeristat.com, accès 27 mai 2013.
4. EURO-PERISTAT Project with SCPE and EUROCAT. European perinatal health report : Health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010. May 2013, www.europeristat.com, accès 27 mai 2013.
5. Ballot A, Evain F. Les maternités : un temps d'accès stable malgré les fermetures. Etudes et Résultats 2012;814.
6. Pilkington H, Blondel B, Carayol M, Breart G, Zeitlin J. Impact of maternity unit closures on access to obstetrical care : the French experience between 1998 and 2003. Soc Sci Med 2008;67:1521-1529.
7. Combier E, Zeitlin J, de Courcel N, Vasseur S, Lalouf A, Amat-Roze JM, de Pouvourville G. Choosing where to deliver : decision criteria among women with low-risk pregnancies in France. Soc Sci Med 2004;58:2279-2289.
8. Pilkington H, Blondel B, Drewniak N, Zeitlin J. Choice in maternity care: associations with unit supply, geographic accessibility and user characteristics. Int J Health Geogr 2012;11:35.
9. Charreire H, Combier E, Michaut F, Ferdinus C, Blondel B, Drewniak N et al. Une géographie de l'offre de soins en restructuration : les territoires

des maternités en Bourgogne. Cahiers de Géographie du Québec 2011;55:491-509.

10. Blondel B, Drewniak N, Pilkington H, Zeitlin J. Out-of-hospital births and the supply of maternity units in France. Health Place 2011;17:1170-1173.

11. Pilkington H, Blondel B, Papiernik E, Cuttini M, Charreire H, Maier R et al. Spatial distribution of maternity units and access to specialised care for women delivering before 32 weeks of gestation in Europe. Health Place 2010;16:531-538.

12. Vilain A. Les maternités en 2010 et leur évolution depuis 2003. Rapport DREES, Paris 2011, http://www.sante.gouv.fr/enquete-nationale-perinatale-2010.html, accès 30 avril 2013.

13. Ducloy-Bouthors A-S, Prunet C, Tourres J, Chassard D, Benhamou D, Blondel B. Organisation des soins en analgésie, anesthésie et réanimation en maternité en France métropolitaine : résultats comparés des enquêtes nationales périnatales 2003 et 2010. Ann Fr Anesth Reanim 2013;32:18-24.

14. Coulm B, Blondel B. Durée de séjour en maternité après un accouchement par voie basse en France. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2013;42:76-85.

15. Venditteli F, Boniol M, Mamelle N. Sortie précoce dans le post-partum : état des lieux en France. Rev Epidemiol Sante Publique 2005;53:373-382.

16. Coulm B, Le Ray C, Lelong N, Drewniak N, Zeitlin J, Blondel B. Obstetric interventions for low-risk pregnant women in France : do maternity unit characteristics make a difference? Birth 2012;39:183-191.

17. Diguisto C, Le Ray C, Maillard F, Khoshnood B, Verspyck E, Perrotin F, Goffinet F. Individual and organisational determinants associated with maintenance tocolysis in the management of preterm labour : a multilevel analysis. Plos One 2012;7:e50788.

18. Belghiti J, Coulm B, Kayem G, Blondel B, Deneux-Tharaux C. Administration d'ocytocine au cours du travail en France. Résultats de l'Enquête nationale périnatale 2010. J Gynecol Obstet Biol Reprod (sous presse).

19. Dupont C, Deneux-Tharaux C, Cortet M, Touzet S, Colin C, Lansac J et al. Prise en charge des hémorragies graves du postpartum après un accouchement voie basse : étude en population dans 106 maternités françaises. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2012;41:279-89.

20. Schmitz T, Tararbit K, Dupont C, Rudigoz RC, Bouvier-Colle MH, Deneux-Tharaux C. Prostaglandin E2 analog sulprostone for the treatment of postpartum haemorrhage. Obstet Gynecol 2011;118:257-65.

21. Bonet M, Blondel B, Foix-L'Helias L. Allaitement maternel exclusif et allaitement partiel en maternité la situation en France en 2003. Arch Péd 2008;15:1407-1415.

22. Nohuz E, Schumacher JC, Alaboud M, Dalkiliç S, Lenglet Y, Varga J et al. Etat des lieux des services de gynécologie-obstétrique dans les centres hospitaliers publics français. J Gyn Obstet Biol Reprod 2012;41:623-630.

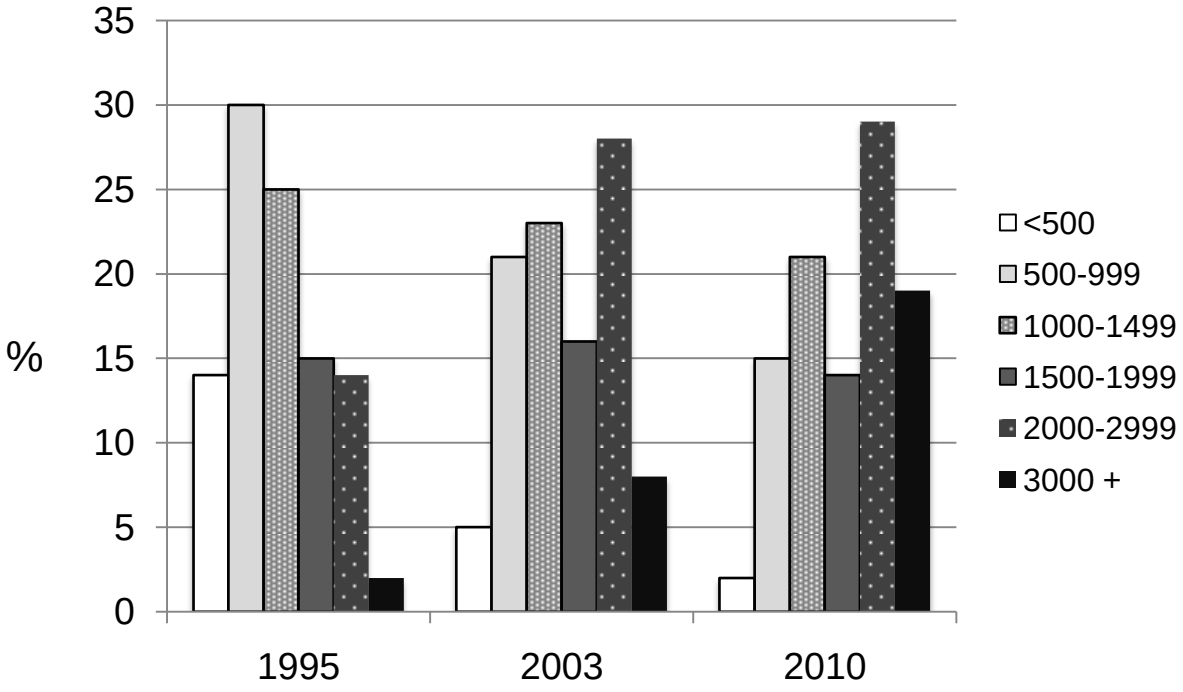
23. Hemminki E, Heino A, Gissler M. Should births be centralised in higher level hospitals ? Experiences from regionalised health care in Finland. BJOG 2011;118:1186-1195.

Auteurs

B Blondel

J Zeitlin

Figure 1. Distribution des naissances suivant la taille de la maternité exprimée en nombre annuel d'accouchements en France en 1995, 2003 et 2010



Source : Enquêtes nationales périnatales [2]