



# Études et Résultats

N° 776 • octobre 2011

## Les maternités en 2010 Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale

L'enquête nationale périnatale réalisée en mars 2010 intervient peu de temps après la mise en œuvre du plan périnatalité 2005-2007. Elle permet de ce fait d'identifier les progrès réalisés par les maternités pour répondre à ses orientations en termes de sécurité, de qualité des soins et d'humanité de la prise en charge. Le mouvement de concentration au profit de maternités de plus grande taille s'est accompagné d'un renforcement des structures, tant pour la sécurité de l'accouchement que pour la prise en charge néonatale. Les régions disposent dans leur quasi-totalité d'au moins une maternité de chacun des types d'équipement autorisés. Le temps d'accès à l'établissement s'est peu modifié et reste inchangé pour les patientes les plus à risque. Par rapport à l'enquête de 2003, les réponses des établissements témoignent d'une meilleure organisation, avec davantage de personnel et une présence renforcée des médecins spécialistes. Les sages-femmes prennent désormais en charge 80 % des accouchements par voie basse, plus souvent dans le secteur public que privé. Toutes les maternités appartiennent à un réseau de santé périnatal, mais 62 % organisent le suivi prénatal de façon autonome. Les établissements différencient également davantage le suivi des femmes en consultation prénatale. La possibilité de consulter un psychologue a en outre nettement progressé depuis 2003 et une femme sur cinq a bénéficié d'un entretien prénatal précoce du 4<sup>e</sup> mois. La prise en charge des femmes à la sortie de la maternité concerne cependant un public de femmes relativement restreint.

### Annick VILAIN

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)  
Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé  
Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Réforme de l'État  
Ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale

**L'**ENQUÊTE nationale périnatale (ENP) réalisée en mars 2010 en métropole et dans les DOM, à l'exception de la Martinique, s'inscrit dans la lignée des enquêtes nationales périnatales réalisées en 1995, 1998 et 2003 (encadré 1). Intervenant peu de temps après le plan périnatalité 2005-2007, elle permet notamment d'identifier les actions effectivement mises en œuvre par les maternités pour se conformer aux orientations du plan concernant l'amélioration de l'humanité, de la proximité, de la sécurité et de la qualité de la prise en charge en périnatalité (encadré 2).

### Une offre majoritairement publique et réorientée vers les maternités de type II et III

Les décrets du 9 octobre 1998 du plan précédent (1995-2000) ont encouragé la constitution de réseaux et défini plusieurs types de maternités destinées à prendre en charge les patientes et leurs nouveau-nés en fonction du risque encouru. Trois types de maternités ont ainsi été définis : les maternités de type I accueillent les grossesses sans problème identifié, celles de type II disposent d'un service de néonato-

logie sur le même site que le service d'obstétrique, et celles de type III sont destinées à prendre en charge les grossesses « à risque », avec un service de réanimation néonatale et un service de néonatalogie.

La part du secteur public dans la prise en charge de la naissance demeure prépondérante avec 65 % des maternités appartenant à ce secteur en 2010 (et 64 % des accouchements réalisés) contre 63 % en 2003.

Depuis la précédente enquête de 2003, le mouvement de restructuration et de concentration des naissances dans des maternités de plus grande taille s'est poursuivi. Le nombre de maternités est ainsi passé d'environ 600 à un peu plus de 500 en France métropolitaine (tableau 1). Ce mouvement s'est accompagné d'une réorganisation qui a renforcé le nombre des maternités de type III (7 de plus entre 2003 et 2010 d'après l'ENP), tandis que le nombre de maternités de type I s'est réduit de 64 entre 2003 et 2010. Désormais la moitié des maternités (49 %) sont de type I (unité d'obstétrique), 23 % de type IIA (équipement de type I avec un service de néonatalogie sans soins intensifs), 16 % de type IIB (équipement de type I avec un service de

néonatalogie avec soins intensifs) et 12 % sont de type III (équipement de type IIB avec un service de réanimation néonatale).

Les données de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE), cohérentes avec celles de l'ENP, indiquent qu'un établissement sur quatre réalise plus de 2 000 accouchements dans l'année en 2010 (contre un sur six en 2003) et un sur dix en réalise moins de 500 (contre un sur six en 2003) [tableau 2].

### Peu de disparités en termes de capacités d'accueil entre les régions

Le nombre d'accouchements est resté élevé en France tout au long des années 2000 – avec 35 000 naissances de plus en 2009 qu'en 2003 – et il a augmenté dans presque toutes les régions. En 2010, les maternités ont réalisé 777 000 accouchements en métropole (d'après la SAE bases administratives). Le nombre d'accouchements est très variable d'une région à l'autre et très concentré sur un petit nombre d'entre elles : l'Île-de-France en réalise près du quart et quatre régions accueillent près du tiers des accouchements (Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur,

#### ENCADRÉ 1

### Méthodologie de l'enquête nationale périnatale

Les enquêtes nationales périnatales font partie des plans « périnatalité ». Elles ont eu lieu en 1995, 1998, 2003 et 2010. Elles recueillent des informations sur l'état de santé, les soins périnataux et les facteurs de risque, à partir d'un échantillon représentatif des accouchements constitué de toutes les naissances intervenues pendant une semaine donnée. Le questionnaire est renseigné en interrogeant la femme, et à l'aide du dossier médical pour les pathologies de la grossesse, le déroulement de l'accouchement et l'état de l'enfant. La dernière enquête a eu lieu du 15 au 21 mars 2010 dans toutes les maternités de métropole et des DOM, à l'exception de la Martinique.

En 2010 comme en 2003, une fiche supplémentaire a été remplie par chacun des établissements enquêtés, comprenant des renseignements sur l'équipe soignante, l'organisation de la prise en charge des femmes (transferts, modalités d'accompagnement à la sortie, organisation des consultations prénatales...), ainsi que sur l'environnement de la maternité (service de réanimation présent sur le site, lieu du bloc de chirurgie obstétricale...).

Au total l'échantillon comprend en France métropolitaine 14 903 naissances, dont 440 naissances gémellaires et trois naissances triples, soit pour 14 681 femmes. Nous disposons du volet « établissement » de l'enquête pour 526 établissements en métropole.

Dans le contexte de pandémie grippale de 2009-2010, un certain nombre de mesures de protection ont été préconisées et les établissements ont renseigné un volet particulier de l'enquête s'y rapportant.

Il en ressort que la prise en charge des femmes semble avoir été peu affectée par le risque de pandémie grippale au moment de l'enquête<sup>1</sup>. En mars 2010, seulement 30 % des équipes médicales disaient avoir recommandé aux femmes de consulter en ville plutôt qu'en maternité. La diminution du nombre de consultations et d'échographies est citée par moins d'une maternité sur 100. 7 % des établissements ont diminué le nombre de séances de préparation à la naissance et ont raccourci la durée de séjour après l'accouchement pour limiter les risques de contamination.

Cette enquête a été mise en œuvre par la direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques (DREES), la direction générale de la santé (DGS) et l'unité de recherche épidémiologique en santé périnatale et santé des femmes et des enfants (Unité 953) de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM).

Elle a été réalisée avec la participation des services départementaux de protection maternelle et infantile (PMI) et grâce à la contribution de personnes travaillant dans les maternités. Elle a été subventionnée par la DREES.

<sup>1</sup> Le rapport concernant les résultats de l'enquête auprès des femmes (« Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003 ») donne des éléments pour comprendre l'impact réel des mesures prises à l'égard de la grippe.

TABLEAU 1

## Répartition des maternités selon leur type d'autorisation

	En %			
	SAE 2003	ENP 2003	SAE 2010	ENP 2010
Type I	58	55	49	49
Type IIA	33	22	39	23
Type IIB		14		16
Type III	9	9	12	12
<b>Ensemble</b>	<b>100 (n=633)</b>	<b>100 (n=592)</b>	<b>100 (n=536)</b>	<b>100 (n=526)</b>

Champ • France métropolitaine, y compris CPP (centres périnataux de proximité).

Sources • Enquêtes nationales périnatales (ENP établissement) et Statistique annuelle des établissements de santé - SAE.

TABLEAU 2

## Comparaison de la répartition des maternités selon leur volume annuel d'accouchements

	En %				
	Moins de 500 accouchements	500 à 999 accouchements	1 000 à 1 499 accouchements	1 500 à 1 999 accouchements	2 000 accouchements ou plus
ENP 2003	15	34	22	12	17
SAE 2003	17	33	21	12	16
ENP 2010	10	28	24	12	26
SAE 2010	10	29	23	11	26

Champ • France métropolitaine.

Sources • Enquêtes nationales périnatales (ENP établissement) et Statistique annuelle des établissements de santé (SAE données statistiques 2003 et administratives 2010).

ENCADRÉ 2

## Le plan périnatalité 2005-2007

Le plan périnatalité 2005-2007, intitulé « Humanité, proximité, sécurité et qualité » fait suite au précédent plan de 1995-2000. Il vise à moderniser l'environnement de la grossesse et de la naissance pour atteindre en 2008 les objectifs fixés en annexe de la loi n° 2004-806 relative à la politique de santé publique : réduire la mortalité périnatale à un taux de 5,5 pour 1 000 et la mortalité maternelle à un taux de 5 pour 1 000. Un ensemble de mesures concernait l'amélioration de la sécurité et de la qualité des soins : renforcement des plateaux techniques et des équipes, amélioration des transports, meilleure prise en charge des urgences maternelles, mais aussi promotion des démarches qualité et gestion des risques dans les réseaux, amélioration de l'encadrement et de la qualité des pratiques d'assistance à la procréation. Un autre axe du plan s'intitulait « plus d'humanité » et prévoyait différentes mesures, comme la mise en place de l'entretien prénatal précoce du 4<sup>e</sup> mois, l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques en matière de préparation à la naissance, la meilleure prise en compte de l'environnement psychologique de la naissance, une meilleure participation des usagers par la création de la commission nationale de la naissance (CNN), l'organisation d'une information complète et continue, au sein des réseaux et grâce à un carnet de santé intégré au dossier médical personnel, le soutien renforcé aux femmes en situation précaire ou faisant face à un handicap.

Un des objectifs du plan s'attachait à développer une offre de proximité, par le développement des réseaux, l'extension des centres périnataux de proximité (CPP), la promotion de la PMI et la participation plus active des sages-femmes libérales sur le territoire.

Le plan visait aussi à améliorer la connaissance du secteur et à mieux reconnaître les professionnels qui y travaillent. Il prévoyait l'expérimentation de maisons de naissances attenantes à des plateaux techniques.

Nord-Pas-de-Calais et Pays de la Loire). Toutefois, il existe peu de disparités d'accueil entre les régions. Le nombre de lits pour 1 000 accouchements est relativement homogène sur l'ensemble du territoire, de 20 à 25 lits ; seule la Corse dispose de 31 lits pour 1 000 accouchements.

À l'exception du Limousin et de la Corse, toutes les régions disposent d'au moins une maternité de chacun des quatre types, même si le nombre de sites de type II et III est très variable d'une région à l'autre (tableau 3). La densité de lits en maternités de types II et III est homogène et resserrée autour de la moyenne : de 6 à 24 lits pour 1 000 accouchements avec 14 lits en moyenne (carte 1). Sept régions métropolitaines ne disposent que d'une maternité de type III (contre 9 en 2003) et la Corse n'en a aucune. Dans certains cas, comme en Lorraine ou Midi-Pyrénées, les capacités d'accueil offertes sur ce site unique sont équivalentes à celles de régions avec plusieurs sites. Dans les autres régions, cela correspond à une offre plus réduite pour ces types de maternité avec un report sur celles de type 2.

## Un temps d'accès à la maternité resté stable pour les patientes les plus à risque

Un des objectifs du plan 2005-2007 était d'améliorer la proximité de la prise en charge en périnatalité. Le mouvement de restructuration et de concentration ne s'est pas traduit par une dégradation significative de l'accessibilité. Selon les dernières estimations de la DREES (Evain, 2010), la moitié des accouchements par voie basse sont réalisés à moins de 17 minutes du domicile de la patiente et un quart à plus de 29 minutes. L'enquête périnatale permet de confirmer ces estimations. Le temps d'accès moyen pour venir accoucher est estimé par les femmes à 19 minutes et la moitié des femmes déclarent moins de 15 minutes de temps de transport pour venir accoucher<sup>1</sup>. 10 % des femmes indiquent un temps d'accès supérieur à 30 minutes, sans changement depuis 2003.

1. Dans l'enquête périnatale on interroge les femmes sur le temps mis pour venir accoucher, alors que l'étude de la DREES calcule la distance entre les deux codes communaux de la maternité et du domicile de la femme, en faisant la moyenne entre le temps de transport aux heures creuses et aux heures de pointe, en localisant les établissements et les domiciles au centre-ville (la distance est estimée à zéro quand il s'agit de la même commune).

Le temps d'accès moyen est légèrement plus important pour les femmes ayant eu une naissance gémellaire ou triple (23 minutes en moyenne) que pour les autres femmes, alors qu'on ne relève pas de différence notable parmi les femmes identifiées à risque ou avec un accouchement à complications (19 à 20 minutes pour les femmes avec une césarienne, un traitement contre la stérilité, une hypertension artérielle, un diabète ou une autre pathologie sévère en cours de grossesse, une hospitalisation pendant la grossesse, une hémorragie au 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> trimestre ou une suspicion d'anomalie de poids fœtal). De façon générale, la répartition des temps d'accès à la maternité est homogène quelle que soit la catégorie de femmes.

En cas de transfert à partir d'une maternité de type I ou II, la maternité de type III est à moins de 45 kilomètres pour la moitié des établissements, en 2010 comme en 2003. La distance médiane en cas de transfert d'une maternité de type I vers une maternité de type IIA est passée de 15 à 18 km entre les deux enquêtes, et de 20 à 25 km vers une maternité de type IIB (tableau 4). En outre, les transferts après la naissance ne concernent qu'une minorité des naissances, avec 7 % des enfants nés en 2010 (dont 1 % dans un autre établissement), contre 8 % en 2003.

Seule une très petite minorité d'établissements déclarent avoir souvent des difficultés pour accueillir des femmes par manque de place. Leur part a diminué depuis 2003 quel que soit le type de la maternité. 7 % rencontrent ce problème en 2010, soit un quart des établissements de type III, 2 % de ceux de type I et environ 5 % de ceux de type II, malgré l'augmentation du nombre des naissances.

### La sécurité de l'organisation des accouchements s'est renforcée

Le mouvement de restructuration des maternités s'est accompagné d'une amélioration de l'organisation, propice à une meilleure prise en

■ TABLEAU 3

### Établissements enquêtés en 2010 selon le type d'autorisation<sup>1</sup> et la région

	Type				Ensemble
	I	IIA	IIB	III	
Guadeloupe	3	0	0	2	5
Guyane	1	0	2	1	4
La Réunion	2	3	1	2	8
<b>DOM (sans la Martinique)</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>17</b>
Île-de-France	38	26	18	15	97
Champagne-Ardenne	6	4	3	2	15
Picardie	8	2	6	2	18
Haute-Normandie	7	3	1	2	13
Centre	12	6	2	2	22
Basse-Normandie	7	3	2	3	15
Bourgogne	6	1	4	1	12
Nord - Pas-de-Calais	16	9	3	6	34
Lorraine	12	1	6	1	20
Alsace	8	4	2	2	16
Franche-Comté	3	4	2	1	10
Pays de la Loire	11	5	5	3	24
Bretagne	9	8	3	4	24
Poitou-Charentes	6	3	4	1	14
Aquitaine	19	2	4	3	28
Midi-Pyrénées	16	7	3	1	27
Limousin	6	1	0	1	8
Rhône-Alpes	29	13	6	5	53
Auvergne	3	4	2	1	10
Languedoc-Roussillon	11	6	1	3	21
Provence - Alpes - Côte d'Azur	24	7	7	3	41
Corse	2	0	2	0	4
<b>France métropolitaine</b>	<b>259</b>	<b>119</b>	<b>86</b>	<b>62</b>	<b>526</b>
<b>France entière</b>	<b>265</b>	<b>122</b>	<b>89</b>	<b>67</b>	<b>543</b>

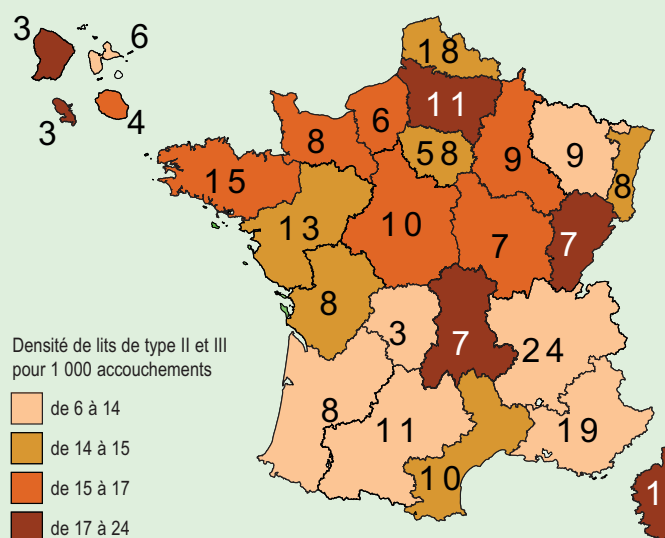
1. Deux CPP (centre périnatal de proximité) sont classés parmi les maternités de type I.

Champ • France entière, à l'exception de la Martinique qui n'a pas participé à l'enquête nationale.

Sources • Enquête nationale périnatale 2010 (ENP établissement).

■ CARTE 1

### Nombre d'établissements et densité de lits pour les maternités de type II et III par région en 2010



Champ • France entière.

Sources • Statistique annuelle des établissements de santé (SAE, données administratives 2010).

charge. Ainsi, conformément au décret n° 98-900 du 9 octobre 1998 codifié en 2005, le bloc de chirurgie obstétricale pour réaliser les césariennes est de plus en plus rarement situé en dehors du bâtiment où se trouve la maternité, y compris pour celles de type I pour lesquelles cette part est passée de 4 % à 2 % entre 2003 et 2010. De plus, le bloc de chirurgie obstétricale est plus souvent implanté en 2010 dans le secteur naissance lui-même ou lui est plus

souvent contigu (pour sept maternités sur dix) qu'en 2003 (six sur dix). Ce sont dans les maternités de types I et II que le plus de progrès restent à faire : 40 % des maternités de type I et le quart des établissements de type II ne disposent toujours pas d'un bloc contigu. Le service est équipé d'une unité de néonatalogie dans le service même de la maternité dans près des deux tiers des maternités de types II et III, contre moins de la moitié en 2003. Quand il y a une unité de néo-

natalogie, 70 % des maternités disposent alors d'une unité kangourou, quel que soit le type de la maternité.

Enfin, près de huit établissements sur dix ont une salle de réveil disponible 24 heures sur 24 sur le site de la maternité et une unité de surveillance continue. Un service de réanimation pour adultes est présent dans huit maternités sur dix de types IIB et III et dans un quart des maternités de type I.

### Des maternités mieux pourvues en personnel en 2010 qu'en 2003

Le mouvement de restructuration et de concentration des maternités s'est également accompagné d'un renforcement de la sécurité autour de la naissance : plus de cinq établissements sur dix déclarent en 2010 la présence d'un gynécologue-obstétricien en permanence dans la maternité y compris la nuit et le week-end contre quatre sur dix en 2003 (tableau 5). En 2010, toutes les maternités de type III, 80 % de celles de type IIB, 70 % en type IIA et 30 % en type I en disposent, et toujours plus souvent qu'en 2003. Un anesthésiste est également présent en permanence dans 39 % des maternités en 2010 dans le secteur naissance (21 % en 2003). 22 % des établissements en type I déclarent ce type de permanence, 50 % de ceux de type IIB et 85 % en type III. Enfin, la proportion d'établissements déclarant la présence permanente d'un pédiatre dans la maternité ou l'établissement a également augmenté entre 2003 (1 établissement sur 5) et 2010 (1 sur 3).

### Plus de 80 % des accouchements par voie basse sont réalisés par une sage-femme

La réglementation du nombre de sages-femmes présentes dans le secteur naissance en fonction du volume d'activité est respectée<sup>2</sup> et, en moyenne, chaque établissement compte 2,2 sages-femmes présentes le jour, 1,8 la nuit et 2 le week-end. Cette moyenne évolue en fonction

2. La réglementation prévoit une sage-femme affectée en permanence dans le secteur naissance pour toute unité d'obstétrique réalisant moins de 1 000 naissances par an et un équivalent temps-plein de sage-femme supplémentaire pour 200 naissances de plus.

■ TABLEAU 4

### Distance médiane de la maternité où les patientes sont le plus souvent adressées pour des problèmes médicaux

	ENP 2003	ENP 2010
Vers une maternité de type IIA	15 km	18 km
Vers une maternité de type IIB	20 km	25 km
Vers une maternité de type III	45 km	45 km

Champ • France métropolitaine (Corse non comprise du fait de sa situation particulière pour l'accès aux autres maternités).

Sources • Enquêtes nationales périnatales (ENP établissement).

■ TABLEAU 5

### Établissements avec une garde permanente (dans le secteur naissance ou dans l'établissement), selon le type d'autorisation

	ENP 2003					ENP 2010				
	Type I	Type IIA	Type IIB	Type III	Ensemble	Type I	Type IIA	Type IIB	Type III	Ensemble
Gynécologue-obstétricien	21	43	62	93	39	28	67	79	100	54
Interne en gynécologie obstétrique	6	21	48	85	23	5	22	60	97	29
Pédiatre										
secteur naissance	3	10	18	31	9	3	18	42	67	21
dans l'établissement	2	11	26	64	13	3	8	40	30	13
Interne en pédiatrie										
secteur naissance	1	3	12	18	4	2	7	20	48	12
dans l'établissement	1	9	32	45	11	1	5	27	33	11
Anesthésiste-réanimateur										
secteur naissance	11	22	31	57	21	22	45	50	85	39
dans l'établissement	26	55	51	40	37	33	44	47	15	36
Interne en anesthésie-réanimation										
secteur naissance	0	2	5	27	4	1	4	9	52	10
dans l'établissement	1	1	14	18	4	2	4	15	15	7

Champ • France métropolitaine.

Sources • Enquêtes nationales périnatales (ENP établissement).

du volume d'activité ou du type de maternité. Les maternités réalisant 2 000 accouchements ou plus dans l'année ont en moyenne 3,4 sages-femmes présentes le jour, contre 1,6 dans les maternités réalisant moins de 500 accouchements par an. L'effectif moyen présent la nuit ou le week-end est un peu plus faible, mais ces différences sont liées de façon beaucoup plus nette au type de maternité ou à leur taille.

La présence des sages-femmes varie très peu suivant le statut public ou privé de l'établissement (2,2 sages-femmes dans le public et 2,3 dans le privé), alors que leurs attributions y sont assez différentes. En effet, dans le secteur privé, le médecin est le plus souvent chargé de l'accouchement, la sage-femme assurant la préparation et l'accompagnement de la femme pendant la phase de travail. Tandis que dans le secteur public, l'intervention du médecin peut se limiter aux accouchements difficiles ou à risque, la sage-femme assurant habituellement les autres accouchements.

Parallèlement, 56 % des femmes indiquent, d'après le questionnaire « naissance », que l'accouchement a été réalisé par une sage-femme, contre 48 % en 2003 (d'après l'examen du dossier médical<sup>3</sup>). En cas d'accouchement par voie basse, 80 % des femmes mentionnent que l'accouchement est réalisé par une sage-femme (92 % en hôpital public et 55 % en établissement privé).

### La quasi-totalité des maternités appartient à un réseau de santé périnatal

En 2010, presque tous les établissements (98 %) sont membres d'un réseau de santé périnatal formalisé, le plus souvent régional, départemental ou de bassin de vie, contre 92 % en 2003 (tableau 6). Ces réseaux incluent la protection maternelle et infantile (PMI) huit fois sur dix (contre six fois sur dix en 2003), des professionnels libéraux pour huit maternités sur dix et d'autres professionnels de santé dans la moitié des cas. À la question posée en 2003 sur l'appartenance à un réseau

ville-hôpital, 41 % des maternités répondaient positivement. Toutefois, malgré leur appartenance à un réseau, les maternités continuent pour la plupart à organiser le suivi prénatal de façon autonome (62 %) plutôt que dans le cadre du réseau, de même que l'entretien du 4<sup>e</sup> mois (64 %) ou la prise en charge à la sortie de la maternité (45 % de façon autonome *versus* 32 % dans le cadre d'un réseau).

Lors du premier contact de la femme enceinte avec l'établissement où elle accouchera (admission ou première consultation prénatale), une maternité sur quatre utilise un dossier médical informatisé (33 % des maternités de type III et 16 % des maternités de type I).

Lorsque le suivi prénatal s'effectue par le biais du réseau, les professionnels disposent de documents et protocoles développés en commun, peuvent suivre des formations organisées pour le réseau, voire partager un répertoire de professionnels. Plus rarement le réseau permet la mise en commun du dossier médical des patientes (40 % des établissements concernés). Pour l'entretien du 4<sup>e</sup> mois organisé dans le réseau, les professionnels bénéficient d'une documentation commune (86 %) ou de formations communes (80 %). Enfin, lorsque la prise en charge à la sortie de l'établissement s'effectue dans le cadre du réseau, neuf maternités sur dix privilégient les visites à domicile réalisées par les professionnels du réseau.

### En 2010, les maternités différencient davantage le suivi des femmes en consultation prénatale

Comme en 2003, neuf établissements sur dix organisent des consultations prénatales en 2010 mais pas pour toutes les femmes. Seule la moitié des établissements propose ces consultations à toutes les femmes durant toute leur grossesse en 2010, contre les trois quarts en 2003 (en maternité de type III cette part est passée de 58 % à 40 %). Les réponses des femmes permettent en outre de connaître le nombre total de consultations prénatales qu'elles ont eu, ainsi que le nombre de consultations réalisées dans la maternité ou par l'équipe médicale de la maternité : 95 % des femmes ont effectué au moins une visite auprès de l'équipe responsable de l'accouchement et 36 % des femmes ont réalisé tout leur suivi de grossesse au sein de la maternité. Le profil de ces dernières n'est cependant pas très différent de celui des autres femmes, en termes d'antécédents de grossesse ou de situation sociale.

Pour les femmes qui ne sont pas entièrement suivies à la maternité, deux établissements sur trois ne préconisent pas de première consultation en maternité avant la trentième semaine d'aménorrhée. Cette part est légèrement plus faible en maternité de type III. Moins d'une maternité sur dix préconise une première visite avant 18 semaines d'aménorrhée.

3. Ce changement de mode de recueil des données perturbe la comparaison entre les deux enquêtes. Toutefois, la forte évolution du taux de recours à une sage-femme conforte l'idée d'une transformation réelle des pratiques. Il est en outre probable que la majorité des femmes savent tout à fait quel type de professionnel de santé a pratiqué leur accouchement.

■ TABLEAU 6

### Appartenance à un réseau de santé périnatal

Votre maternité fait partie d'un réseau de santé formalisé en périnatalité...	En %	
	ENP 2010	ENP 2003
non	2,2	8,0
régional, départemental ou de bassin de vie	72,0	92,0 membre d'un réseau formalisé entre maternités et services de pédiatrie et néonatalogie
de proximité	5,4	
des deux types de réseau	20,4	

Champ • France métropolitaine.

Sources • Enquêtes nationales périnatales (ENP établissement).

### **L'entretien prénatal précoce du 4<sup>e</sup> mois est le plus souvent réalisé par une sage-femme**

Seulement 21 % des femmes déclarent avoir bénéficié d'un entretien du 4<sup>e</sup> mois (31 % des primipares et 14 % des multipares). Le questionnaire réalisé auprès des femmes montre que celles qui ont suivi l'entretien ont un profil socioéconomique relativement privilégié : 25 % des femmes cadres en ont bénéficié contre 18 % des ouvrières, 23 % des femmes ayant la nationalité française contre 12 % des étrangères, 24 % des femmes ayant un emploi à la fin de leur grossesse contre 17 % de celles sans emploi.

Lorsqu'il est réalisé, l'entretien prénatal précoce du 4<sup>e</sup> mois préconisé par le plan périnatalité 2005-2007 a lieu dans la maternité dans plus de 80 % des cas, quel que soit son type d'autorisation. Il est alors essentiellement pratiqué par une sage-femme. Dans six maternités sur dix, il est organisé de façon autonome et dans le cadre d'un réseau pour les autres maternités. Pour ces dernières, 86 % d'entre elles disposent de documents d'information communs et de formations communes pour réaliser les entretiens.

### **Une préparation à la naissance est proposée dans neuf maternités sur dix**

Le plan Périnatalité 2005-2007 se proposait de mieux répondre aux interrogations et préoccupations des futurs parents, en diffusant de l'information, grâce à la mise en place du carnet de maternité, de l'entretien précoce du 4<sup>e</sup> mois, et d'une collaboration médico-psychologique.

Près de 90 % des maternités proposent aux femmes des cours de préparation à la naissance dispensés par des sages-femmes de la maternité dans plus de neuf cas sur dix dans les établissements de type III, et un peu plus souvent par des sages-femmes extérieures dans ceux de types I et II. Les trois quarts des maternités peuvent accueillir toutes les femmes qui souhaitent suivre une préparation en 2010, comme en 2003. La possibilité d'y préparer toutes les femmes

qui le souhaitent est plus importante dans les maternités de type I que dans les autres, et d'autant plus fréquente que leur volume d'activité est plus réduit.

### **L'accès à un psychologue s'est nettement développé depuis 2003**

Le plan périnatalité prévoyait également « plus d'humanité par une meilleure prise en compte de l'environnement psychologique de la naissance », en développant notamment l'accès à un professionnel de la santé mentale, pour les parents qui en expriment le besoin. Le recours à un psychiatre est encore largement pratiqué par un intervenant extérieur en fonction des circonstances, dans 42 % des maternités de type I et 20 % de celles de type III. La possibilité d'un recours à un psychologue en revanche a beaucoup progressé : en 2003, 14 % des maternités ne proposaient aucune consultation de ce type, et 50 % seulement au coup par coup. En 2010, les maternités ne représentent plus respectivement que 3 % et 7 % de ces situations et 60 % des établissements proposent une consultation de psychologue dans leur service. Les maternités de type I, qui étaient les moins bien dotées, sont 84 % à proposer désormais un recours à un psychologue appartenant au service ou intervenant dans un cadre formalisé, (41 % en 2003). 5 % des femmes disent, quant à elles, avoir consulté un professionnel pour des difficultés psychologiques pendant leur grossesse, un psychologue ou psychothérapeute le plus souvent (60 % des cas) ou bien un psychiatre (19 % des cas).

### **L'analgésie péridurale ne peut être contrôlée par la femme que dans un établissement sur deux**

La prévention de la douleur est préconisée par l'objectif 31 de la loi de santé publique de 2004. En 2003, trois accouchements sur quatre se déroulaient sous péridurale ou rachianesthésie, c'est le cas de huit accouchements sur dix en 2010.

Alors que plus de la moitié des établissements (58 %) annonce que l'analgésie péridurale autocontrôlée (PCEA) est disponible dans leur service, seules 36 % des femmes ayant eu une péridurale, réparties au sein de 44 % des établissements, en ont bénéficié (avec 13 % d'informations manquantes). Il y a donc en France métropolitaine 301 établissements où l'analgésie péridurale autocontrôlée est disponible d'après l'établissement, mais seulement 235 où au moins une femme dit en avoir bénéficié au moment de l'enquête.

De même la possibilité de déambuler sous péridurale est offerte dans 8 % des établissements, sans que l'on sache combien de femmes en ont bénéficié.

40 % des maternités proposent un protocole unique pour les analgésiques, sans différence notable selon le type de maternité. En outre, un protocole avec basse concentration existe dans 32 % des établissements, il concerne alors toutes les femmes de l'établissement dans un tiers des cas et plus d'une femme sur deux pour un autre tiers des établissements.

### **La formation du personnel pour l'aide à l'allaitement maternel est largement répandue**

Alors que la promotion de l'allaitement maternel est l'un des objectifs du Programme national nutrition santé (PNNS), la plupart des maternités ont formé la majorité du personnel à cette pratique. Un établissement sur trois forme systématiquement ses nouvelles recrues sur l'allaitement et quatre établissements sur dix proposent régulièrement une formation spécialisée sur cette question aux professionnels en place (pédiatres, sages-femmes, auxiliaires de puériculture et puéricultrices). Six maternités sur dix disposent d'une personne référente pour l'aide à l'allaitement dans le service, le plus souvent une consultante en lactation appartenant à l'équipe de la maternité. La moitié des maternités de type III dispose ainsi de leur propre consultante, contre le quart de celle de type I.

Après la sortie de la maternité, plus de huit établissements sur dix indiquent que la personne référente peut toujours être contactée ou consultée.

### Une prise en charge à la sortie de la maternité de plus en plus ciblée

L'accompagnement des femmes et des nouveau-nés à la sortie de la maternité est d'autant plus important que la durée du séjour en maternité tend à raccourcir (encadré 3). Lorsqu'il est organisé, cet accompagnement est essentiellement assuré par une sage-femme libérale (cité par 72 % des maternités), une sage-femme de la PMI (cité par six établissements sur dix) ou une puéricultrice de la PMI (cité par neuf établissements sur dix). D'après les établissements cette prise en charge concerne un petit nombre de femmes, sans qu'on puisse savoir si elle est effective (avec un rendez-vous fixé) ou théorique (proposition d'une liste de contacts). 64 % des établissements prévoient les visites de sages-femmes libérales pour un petit nombre de femmes et 8 % les destinent à toutes les femmes (tableau 7). L'hospitalisation à domicile, en fonction de l'état de santé de la mère, peut être organisée en suite de couches par le quart des établissements. En forte progression depuis 2003, elle est davantage possible pour les maternités de type III : 17 % des maternités de type I la prévoient pour un petit nombre de femmes, contre 22 % des maternités de type IIA, 27 % de celles de type IIB et 45 % des maternités de type III.

La prise en charge des mères et des enfants à la sortie de la maternité est organisée dans le cadre d'un réseau près d'une fois sur trois, essentiellement par la visite à domicile de professionnels du réseau. Un répertoire de ces professionnels existe dans deux maternités concernées sur trois.

■ TABLEAU 7

### Établissements proposant un accompagnement à la sortie de la maternité en suite de couches

	ENP 2003		ENP 2010	
	Pour un petit nombre de femmes	Pour la plupart des femmes	Pour un petit nombre de femmes	Pour la plupart des femmes
Type d'accompagnement en suite de couches				
Hospitalisation à domicile	12	3	23	3
Visite par une sage-femme libérale	45	4	65	7
Visite par une sage-femme de la maternité	4	1	5	0
Visite par une sage-femme d'un CPP <sup>1</sup>	10	1	12	0
Visite par une sage-femme de la PMI	52	5	59	4
Visite par une puéricultrice de la PMI	62	25	75	18

1. Centre périnatal de proximité.

Champ • France métropolitaine.

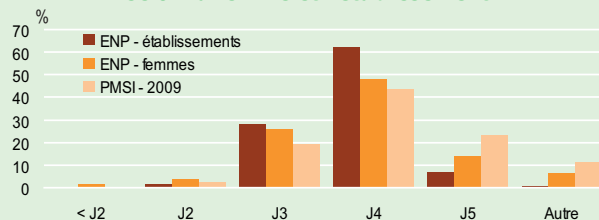
Sources • Enquêtes nationales périnatales (ENP établissement).

■ ENCADRÉ 3

### Une durée moyenne de séjour à la maternité inférieure à 5 jours pour la plupart des femmes

91 % des établissements indiquent que les femmes quittent en général la maternité au 3<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> jour d'hospitalisation en cas d'accouchement par voie basse sans complication. En 2003, la question posée aux femmes concernait leur date de sortie « prévue », et 58 % d'entre elles citaient une durée inférieure à 5 jours, contre 80 % qui citent une durée inférieure à 5 jours en 2010. Ces résultats indiqueraient une tendance à la baisse de la durée moyenne de séjour, ce qui est cohérent avec les données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Celles-ci indiquent pour 2003 une durée de séjour inférieure à 5 jours pour 49 % des femmes dans le cas d'un accouchement par voie basse sans complication, contre 65 % en 2009.

#### Répartition des durées de séjour en maternité selon la femme et l'établissement



Champ • France métropolitaine, accouchements par voie basse sans complication.

Sources • Enquête nationale périnatale - ENP 2010, Programme de médicalisation des systèmes d'information - PMSI 2009.

### Pour en savoir plus

- Arnault S., Exertier A., « Les maternités : plus de trente ans d'évolution », in *Les établissements de santé - un panorama pour l'année 2007*, DREES, édition 2009.
- DREES (bureau état de santé de la population), Synthèse réalisée à partir du rapport de Blondel B. et Kermarrec M. (U953 INSERM), 2011, « La situation périnatale en France en 2010. Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale », *Études et Résultats*, DREES, n° 775, octobre.
- DREES, Synthèse réalisée à partir du rapport de l'INSERM (U149), 2005, « La situation périnatale en France en 2003, Premiers résultats et l'enquête nationale périnatale », *Études et Résultats*, DREES, n° 383, mars.
- Evain F., « À quelle distance de chez soi se fait-on hospitaliser ? », in *Le panorama des établissements de santé*, DREES, édition 2010.
- Rapport INSERM-DREES-DGS, L'enquête nationale périnatale 2010 : les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003, mai 2011.
- Rapport INSERM-DREES-DGS, L'enquête nationale périnatale 2010 : les maternités en 2010 et leur évolution depuis 2003, juillet 2011.
- Évaluation du plan périnatalité 2005-2007, Rapport final, Planète Publique, mai 2010