



Le 07 mars 2023

## Analyse critique du plan de fermeture des maternités de niveau 1 et pré rapport de l'Académie de Médecine (Pr Yves Ville)

Nous proposons ici une analyse de l'état des lieux des établissements de santé de Vendée réalisant des accouchements et sa correspondance avec la grave crise actuelle de la périnatalité en France en 2023. **Ce document a été élaboré au sein de la communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) Sud-Vendée par son président le Dr Jacques Legroux et Mme Delphine Duenas sage-femme libérale membre du Conseil d' Administration.**

Tableau 1

HOPITAUX DE VENDÉE	NOMBRE ACCOUCHEMENTS	NOMBRE PRATICIENS	ACCOUCHTS / PRATICIENS
CHD LA ROCHE SUR YON	2620	15	175
CH LOIRE VENDÉE OCÉAN (CHALLANS)	674	4	169
CH CÔTE DE LUMIERE (LES SABLES D'OLONNE)	554	6	92
CH FONTENAY LE COMTE	674	3	225
CLINIQUE ST CHARLES ( LA ROCHE SUR YON)	574	9	64
TOTAL ACCOUCHEMENTS 2022	5096	37	

Le tableau 1 expose le nombre d'accouchements réalisés en 2022 par les cinq établissements disposant encore de maternités.

En colonne 3 le nombre de praticiens intervenant dans ces établissements et en dernière colonne le ratio nombre d'accouchements /nombre de praticiens.

Ces chiffres proviennent pour le nombre d'accouchements par site d'un pré-rapport interne du GHT de Vendée réalisé par les Dr Fradin et Dr Dresco du CHD de la Roche-sur-Yon de 2023 intitulé « Premiers éléments du plan d'action du GHT 85 par rapport aux impacts de la RIST »

Le nombre de praticiens est calculé d'après les sites des différents établissements et est très probablement largement sous estimé pour ceux du CHD, l'actualisation ne semblant pas effective.

**La théorie des « quotas » ou des « seuils » de pratique couramment admise par les administrations et les pouvoirs publics repose sur des hypothèses savamment présentées comme la réalité des choses. Elles consistent à affirmer qu'un acte n'est parfaitement effectué que s'il est fréquemment pratiqué !**

Si cette affirmation peut être entendue, elle peut aussi bien être facilement contredite par des lieux dits qui peuvent paraître communs ou basiques mais bien compréhensible par chacun. **A l'échelon individuel nous avons tous appris à faire du vélo** dans notre prime enfance et gardons cet acquis toute notre vie. Aucun technocrate nous fera croire le contraire. En terme d'apprentissage cette technique requiert une incroyable somme de perceptions, intégration de gestes complexes, coordination motrice et visuelle, correction instantanée de la position d'équilibre à chaque instant, calcul par le cerveau des trajectoires, effets du vent, présence d'obstacles, risque de chute, risque de collision. **L'effet de seuil est ici tout ou rien, vous roulez ou bien vous tombez.**

**Autre exemple, l'apprentissage d'un chauffeur d'autobus** qui requiert la connaissance technique du véhicule, des contraintes de sécurité, des contraintes liées à son état d'attention, l'anticipation des risques pour pré établir les corrections essentielles. **Il n'y a pas de seuil de kilométrage** parcouru.

**Dans les métiers de la médecine** qui font intervenir des actes techniques invasifs, l'apprentissage nécessite de nombreuses années. Il se fait auprès de seniors qui transmettent leur expérience. Cette somme considérable de connaissances constitue un socle solide pour les pratiques futures. Un acte chirurgical résulte de la succession de gestes techniques élémentaires. Ces gestes acquis constituent comme pour l'usage du vélo, une base d'automatismes toujours à disposition. Apprendre à faire une hémostase vasculaire pour contrer un saignement requiert l'analyse de la cause du saignement, de sa provenance, du rôle de la pathologie présente, de la possibilité d'une section accidentelle d'un vaisseau, puis nécessite la prise de décision rapide pour contrer le saignement. Les gestes techniques acquis appuient la décision par une intervention manuelle au moyen d'outils chirurgicaux pour l'hémostase.

**Un chirurgien qui a déjà pratiqué quelques centaines de fois le même acte conservera sa capacité à le réaliser à distance dans le temps. Nous verrons ci-dessous les contraintes d'intervention d'un obstétricien dans une maternité.**

**Dans un pré-rapport récent, l'argumentation de l'Académie de médecine présentée récemment par le Pr Yves Ville, chef du service d'obstétrique de l'hôpital Necker de Paris conduit à demander la fermeture de 111 maternités pour plus de sécurité et pour un regroupement de moyens humains en tension. Ouest France Vendredi 3 mars 2023 p 4. <https://www.ouest-france.fr/sante/100-maternites-francaises-ne-sont-pas-assez-sures-pour-y-accoucher-estime-le-rapport-dun-medecin-2833aa28-b82a-11ed-9dca-766da00b918b>**

## L'argumentation du rapport repose sur plusieurs affirmations et constatations

:

1. La France est un des rares Pays d'Europe où se trouvent encore des services d'obstétrique sans centre de néonatalogie associé.
2. 80 % des parturientes font le choix d'une maternité de niveau 2 quand elles ont le choix entre une maternité de niveau 1 et 2.
3. Depuis dix ans des maternités de niveau 1 ferment « sans que cela soit organisé ».
4. Le temps pour accéder à une maternité n'est pas un sujet critique puisqu'aujourd'hui 0,3% de la population de parturientes vit à plus d'une heure d'une maternité. En 2022 ont eu lieu en France 732 000 accouchements).
5. Le temps de trajet est un « totem mais ce n'est pas là qu'est le danger médical » (sic)
6. A la question « La demande vient-elle d'un plan gouvernemental ? » l'Académie de médecine répond par la voix du Pr Ville qu'elle s'est auto-saisie de la question et n'expose qu'un avis consultatif.
7. Le périnatalité vit une grave crise
8. Les professionnels sont unanimement favorables
9. Les blocages pour réformer viennent des élus locaux pour des « mauvaises raisons »

## Les propositions de ce rapport sont :

1. De renforcer les 54 maternités de type 2 faisant moins de 1 000 accouchements par an.
2. De fermer en supplément 111 maternités de niveau 1 après avoir fermé 260 maternités depuis vingt ans. Ce qui pour le rapport constitue une augmentation acceptable puisque que le chiffre de parturientes à une heure d'une maternité passerait à 0,9 %. En se référant au tableau 2 nous voyons qu'en Vendée quatre maternités réalisent moins de 1 000 accouchements et sont de niveau 1.
3. Faire travailler ensemble des professionnels libéraux et hospitaliers en établissement (la moitié des sages femmes exercent en libéral).
4. Employer des sages femmes dans les Smur et Samu (certains en ont déjà)
5. Prise en charge par la caisse d'assurance maladie de cinq nuits d'hôtel pour les parturientes loin de chez elles.
6. Inscription à l'état civil du nouveau né dans les communes de résidence des mères comme actuellement.

## Nous allons discuter point par point les 9 points de cette argumentation et les 6 propositions exposées par le rapport.

1. La France est un des rares Pays d'Europe où se trouvent encore des services d'obstétrique sans centre de néonatalogie associé. **Réponse CPTS:** Cela concerne en Vendée le site de Challans et des Sables d'Olonne, avec une menace de suppression de la pédiatrie néonatale sur Fontenay-le-Comte.

Cette carence exposée par le Pr Ville provient des effets de cinquante années de numérisation, choix dicté par les administrations centrales avec pour effet différé et réel celui de la fermeture des centres de néonatalogie. Le résultat est une réduction des déficits publics et une perte majeure de service rendu au public.

2. 80 % des parturientes font le choix d'une maternité de niveau 2 quand elles ont le choix entre une maternité de niveau 1 et 2. **Réponse CPTS :** Effectivement cette proposition est facile à comprendre mais ne peut constituer une explication. Pourquoi toutes les maternités ne sont-elles pas en niveau 2 ? La réponse est la même, numérisation et réduction des déficits publics.

Source de cette affirmation du Dr Ville ? Assez surprenant dans un contexte post-covid où les demandes d'accouchements à domicile ont augmenté de 16% en 2020 (<https://www.sudouest.fr/france/covid-19-les-accouchements-a-domicile-en-hausse-5691132.php>) . Dans un contexte de pandémie, et dans l'ère post "ME TOO" concernant les violences gynécologiques et obstétricales, beaucoup de couples "rejettent" le milieu hospitalier et préféreront s'orienter vers des maternités à taille humaine.

3. Depuis dix ans des maternités de niveau 1 ferment « sans que cela soit organisé ». **Réponse CPTS:** L'organisation existe mais n'est pas affichée. Elle se réalise bien en amont par la mise en place du numérisation en 1972 et par la volonté des administrations de réduire le déficit public.
4. Le temps pour accéder à une maternité n'est pas un sujet critique puisqu'aujourd'hui 0,3% de la population de parturientes vit à plus d'une heure d'une maternité. **Réponse CPTS :** 0,3% de la population de parturientes concerne tout de même 2 196 femmes !
5. Le temps de trajet est un « totem mais ce n'est pas là qu'est le danger médical » (sic) **Réponse CPTS :** Ici il faut rentrer dans l'argumentation technique qu'il est étonnant de voir éluder. L'accouchement est un acte naturel mais non exempt de danger. Au XVI<sup>ème</sup> siècle en région parisienne une femme sur huit mourrait en couche. Au XVII<sup>ème</sup> siècle, à l'introduction de la césarienne, 80% des femmes mourraient après celle-ci. L'OMS estime le taux de césariennes dans le monde à 15 %, il est chez nous de l'ordre de 20 %.

Plusieurs types de césariennes sont pratiqués :

- Les césariennes dites de « convenance », programmées en partant d'un principe de sécurité qui n'est pas prouvé. La diminution de la prévalence de l'infirmité motrice du bébé n'est pas confirmée et les risques liés à l'intervention (infection, saignement, décès) sont plus importants que par voie basse. Ces césariennes ne sont quasiment plus réalisées.
- Les césariennes programmées : dans un contexte de grossesse à risque (pré-éclampsie sévère / présentation dystocique : transverse) ou de contre-indication à une voie basse (utérus bi-cicatriciel / disproportion foeto-pelvienne avérée/infection sexuellement transmissible IST active).
- Les césariennes non programmées liées à un risque obstétrical nous intéressent ici car il n'est pas question de cela dans le rapport. Un accouchement mal engagé dans la filière génitale ( le bébé est en train de sortir) s'il n'est pas réalisé près d'un bloc chirurgical oblige à prendre un

risque majeur. Une procidence de cordon, la présentation en siège avec une rétention tête dernière, une souffrance foetale, une bradycardie, une hémorragie, imposent la réalisation d'une intervention **dans les minutes qui suivent leur constatation.** Une heure de route, ou même quarante minutes seront fatales à la maman en cas d'hémorragie, au bébé dans les autres cas.

- Source : étude sur la réduction des césariennes en France [https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-10cesariennes\\_programmees\\_a\\_terme\\_rapport\\_court\\_2016-10-13\\_10-54-47\\_923.pdf](https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-10cesariennes_programmees_a_terme_rapport_court_2016-10-13_10-54-47_923.pdf)
  - Outre les césariennes, les naissances instrumentales (forceps/ventouse) pour souffrance foetale, les dystocies des épaules, nécessitent la présence d'un gynécologue-obstétricien à la naissance et d'un pédiatre.
6. A la question « La demande vient elle d'un plan gouvernemental ? » l'Académie de médecine répond par la voix du Pr Ville qu'elle s'est auto-saisie de la question et n'expose qu'un avis consultatif. **Réponse CPTS** : le hasard fait bien les choses sera notre seule réponse.
  7. La périnatalité vit une grave crise **Réponse CPTS** : oui tout à fait d'accord. La baisse des effectifs de gynécologues obstétriciens, de pédiatres, d'anesthésistes est une explication tout à fait convaincante. Son but est la baisse des dépenses publiques.
  8. Les professionnels sont unanimement favorables **Réponse CPTS** : on peut se demander de quels professionnels parle le Pr Ville
  9. Les blocages pour réformer viennent des élus locaux pour des « mauvaises raisons » **Réponse CPTS** : les élus ont bien raison de réclamer le rétablissement des services de soins sur le territoire national et particulièrement des services de proximité.

### **Discussion des 6 propositions exposées par le rapport.**

1. Renforcer les 54 maternités de type 2 faisant moins de 1 000 accouchements par an, **Réponse CPTS** cette proposition doit s'appliquer en Vendée par la montée des maternités de niveau 1 à 2 c'est-à-dire le rétablissement de services de néonatalogie et le maintien de services d'anesthésie. 4 maternités sur 5 sont de niveau 1 en Vendée.
2. Fermer en supplément 111 maternités de niveau 1 après avoir fermé 260 maternités depuis vingt ans. Ce qui pour le rapport constitue une augmentation acceptable puisque que le chiffre de parturientes à une heure d'une maternité passera à 0,9 %. **Réponse CPTS** : En se référant au tableau 2 nous voyons qu'en Vendée quatre maternités réalisent moins de 1 000 accouchements et sont de niveau 1. Cela concernerait 46 parturientes pour le département (0,9% de 5 096 accouchées) qui seraient à moins d'une heure de route de la Roche-Sur-Yon. Cela mettrait donc en danger toutes ces femmes et leur bébé avec le risque d'un accouchement dans la voiture ou l'ambulance (ou le véhicule de Samu ou de Smur où il n'est pas possible de réaliser de césarienne)

3. Faire travailler ensemble des professionnels libéraux et hospitaliers en établissement (la moitié des sages femmes exercent en libéral). **Réponse CPTS** : cela est effectivement nécessaire et nous sommes particulièrement bien lotis pour le moment sur Fontenay-le-Comte tant que la maternité reste sur notre territoire. La densité en sages femmes libérales est importante en pays de Loire ( +11%). <https://www.orspaysdelaloire.com/publications/demographie-des-sages-femmes-en-pays-de-la-loire-chiffres-cles>
4. Employer dans les Smur et Samu des sages femmes (certains en ont déjà) **Réponse CPTS** : cette piste ne résoudrait pas les problèmes liés à l'urgence absolue chirurgicale néonatale. Elle n'apporterait qu'un confort en cas d'accouchement naturel par voie basse pendant le transport. Le statut de sage-femme "détachées en SMUR" est très exceptionnel voire quasi inexistant tant il pose de problématiques d'assurance du personnel employé en service et en unité indépendante du SMUR. Problématique à laquelle s'ajoute la question de la responsabilité médicale des sages-femmes face à des compétences limitées ne permettant pas de prendre en charge toutes les urgences, l'utilisation de forceps/ventouse par exemple, est hors compétence sage-femme.
5. Prise en charge par la caisse d'assurance maladie de cinq nuits d'hôtel pour les parturientes loin de chez elles. **Réponse CPTS** : il n'est pas certain que la caisse d'assurance maladie valide cette mesure certes moins coûteuse qu'une hospitalisation mais alourdie du coût du transport. Sur quelle base sélectionner ces cinq jours ? Comment savoir quand l'accouchement aura lieu entre 37 et 41sa ? N'est-ce pas la porte ouverte aux déclenchements de convenance pour patientes éloignées, donc à une surmédicalisation des naissances trop souvent iatrogènes.
6. Que l'inscription à l'état civil du nouveau né puisse continuer à se faire dans les communes de résidence des mères. **Réponse CPTS** : avec tout le respect que l'on doit à l'Institution, cette mesure est de peu de considération pour les élus du territoire.

**En conclusion** : La lecture du tableau 2 permet de réaliser l'erreur d'interprétation concernant les pratiques des obstétriciens. Le ratio nombre d'accouchements par an (2022)/nombre de praticiens montre dans la dernière colonne de très intéressantes conclusions. On y voit que le nombre le plus élevé d'accouchements par praticien se situe sur le site de Fontenay-le-Comte (225) suivi du site de la Roche-Sur-Yon (175), de celui de Challans (160) puis des Sables d'Olonne (92) et enfin de la Clinique ST Charles de la Roche-sur-Yon (64). Ces chiffres mettent en évidence une pratique plus intense des obstétriciens dans les « petites » maternités en raison de leur faible nombre.

Le sujet qui n'est pas abordé ici, le siphonnage opéré depuis la mise en place des GHT en 2016 par le centre pivot le CHD de la Roche-sur-Yon mériterait d'être développé. Il porte une responsabilité dans nos difficultés en concentrant de façon insidieuse à son profit un ensemble de professionnels médicaux, paramédicaux et administratifs hospitaliers au dépend du reste du territoire de la Vendée.

Quid de l'accès à l'IVG ? Peut-on parler d'entrave à l'IVG si les femmes doivent effectuer 1h de route si leur grossesse est datée de plus de 9sa, donc qu'une C IVG en ville n'est plus envisageable.

Quid des IVG ou des fausses couches hémorragiques qui nécessitent l'intervention d'un gynécologue obstétricien en urgence pour réaliser une aspiration ?