

Dr J. DIETSCH

jacqueline.dietsch@orange.fr

Briey, le 28 octobre 2024

Dr F. PFEIFFER

chocs9cube@yahoo.fr

## LETTRE OUVERTE

**À l'attention de Mesdames les Sénatrices, Messieurs les Sénateurs,  
et l'ensemble des personnes se sentant concernées par la politique  
périnatale.**

**Merci de prendre connaissance du document suivant :**

**Réponse de professionnels de santé périnatale indépendants aux préconisations émises dans le  
rapport de la mission sénatoriale d'information sur l'avenir de la santé périnatale et son organisation  
territoriale (Septembre 2024).**

La mission sénatoriale d'information sur « l'avenir de la santé périnatale et son organisation territoriale » vient de publier le 10 septembre 2024 son rapport provisoire intitulé "*Transformation de l'offre de soins périnataux dans les territoires : le travail doit commencer* » (Rapport sans Essentiels, sans compte-rendu, sans contributions des groupes politiques) Rapport d'information Tome 1.

**Au titre d'un éventuel « droit de réponse » deux gynécologues-obstétriciennes de terrain présentent leurs observations.**

La recommandation essentielle (n°14) reprend les préconisations du rapport de l'Académie de Médecine publié en février 2023 sous la direction du Pr Yves Ville sur l'avenir de la Périnatalité en France,

à savoir:

"Engager, à l'appui des diagnostics territoriaux et d'une évaluation de l'impact d'une réorganisation, une transformation globale de l'offre de maternités assurant :

- un haut niveau de sécurité sur des plateaux techniques moins nombreux mais permettant une pluralité de projet de naissance ;

- une accessibilité des structures au regard des contraintes territoriales ;

- une offre de proximité garantissant un suivi pré natal et post-natal immédiat sur le territoire."

De cette recommandation découle la recommandation n°16 concernant les nécessaires renforcement et la "médicalisation périnatale" des transports médicaux d'urgence.

En clair transformer, chaque fois que ce sera possible, les petites maternités de proximité en "*maternités sans activité d'accouchements*" et concentrer les accouchements dans les grandes structures urbaines.

Ceci correspond exactement à la politique menée depuis plus de vingt ans maintenant.

Le rapport précise en effet page 108 "*40% des maternités ont fermé depuis 1995, passant de 816 en 1995 à 464 en 2022 (...) les causes semblent avoir été initialement financières...*" et aussi parce qu'elles ne satisfaisaient pas aux normes définies pour les différents niveaux de soin (type 1 2 3) par les décrets « dits » de Périnatalité d'octobre 1998.

De ce fait, on pouvait s'attendre à une amélioration de la santé périnatale, or c'est le contraire qui s'est produit puisqu' on constate une augmentation alarmante de la mortalité infantile à 1an !

Le Rapport Sénatorial invite à "commencer le travail » : un travail débuté de longue date qui s'est accéléré depuis 2009 avec la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoires). L'offre de soin graduée s'est soldée par une aspiration des moyens financiers et humains en périnatalité par les niveaux de soins les plus médicalisés de type 2b et 3.

Il s'agit donc plutôt de "terminer le travail" et porter le coup final au modèle qui prévalait à la fin du vingtième siècle de déconcentration et répartition des maternités sur le territoire qui se devaient d'être accessibles à toutes en moins de trente minutes, modèle qui avait vu une amélioration notable des paramètres de la santé périnatale, au profit d'un modèle de concentration-destruction dont on commence à mesurer les effets délétères: désertification médicale et dégradation des paramètres de surveillance de la santé périnatale, avec en particulier une **augmentation de la mortalité infantile en France depuis 2012.**

Répondre à la question : "pourquoi la mortalité infantile repart-elle à la hausse en France depuis 2012 ?" est en réalité particulièrement difficile et de multiples considérations font l'objet de recherches actives actuellement. La part exacte de causalité dans ce phénomène qui revient à *l'organisation du système de santé* est très difficile à apprécier car la progression de la pauvreté, de l'obésité et la dégradation de la santé des femmes qui procréent actuellement plus tardivement, sont également en jeu. Mais les décideurs en matière d'*organisation du système de santé* se focalisent sur les paramètres qu'ils maîtrisent ou tentent de maîtriser : les autorisations administratives d'activités médicales, la régulation des ressources humaines afférentes et surtout le financement alloué à ces activités.

**En tout état de cause on constate que la politique de restructuration-concentration intensive de l'activité d'accouchements menée depuis une vingtaine d'année n'a pas permis d'obtenir une amélioration des paramètres épidémiologiques de la santé périnatale : est-il pertinent dans ce cas de l'intensifier ?**

## 1 Pourquoi cette "nécessaire", cette "inéluçtable" concentration de l'activité d'accouchements selon les sénateurs ?

Le Rapport Sénatorial développe deux axes principaux qui plaideraient pour poursuivre la concentration :

- 1 une question de "sécurité", ainsi les petites structures de proximité seraient moins « sécurées »
- 2 une "pénurie" de professionnels de santé

### 1.1 « Dangerosité » des structures

L'ensemble des structures qui fonctionnent actuellement, quel qu'en soit le niveau, est soumis à des conditions draconiennes d'autorisation de fonctionnement, étroitement contrôlées par les ARS (Agence régionale de santé).

Il n'a pas été mis en évidence de dangerosité manifeste dans les structures de soins, démontrée de **manière significative** et confirmée par de multiples études sur vastes populations : **une seule étude forme le socle de la démonstration des tutelles** se basant sur la réanalyse des données de l'enquête EPIMOMS (1104 femmes). Un possible problème à la limite de la significativité et donc à contrôler est évoqué dans le système privé lucratif et de possibles "soins suboptimaux dans le traitement de l'HDD (hémorragie de la délivrance) dans les maternités de niveau 1 ». Ces centres doivent évidemment dans ce cas bénéficier d'une intensification de la formation continue, bénéficier des méthodes d'entraînement par simulation, et surtout ne pas voir **s'amonceler leurs difficultés techniques** de fonctionnement : pas de laboratoire sur place, pas de coursier disponible, pas de radiologie-échographie sur place, pas de banque du sang ou un dépôt de sang insuffisant voire inexistant, pas d'interlocuteur humain à l'accueil de l'hôpital (un répondeur téléphonique) etc.

Il y aurait surtout une **dangerosité "ressentie"** dans les petites structures en difficultés financières, en difficultés de fonctionnement, en difficultés de recrutement, en sous-activité pour "mauvaise réputation" ou par concurrence d'une maternité plus éloignée mais mieux dotée ou plus récente, par contrainte des gros centres qui exigent de leur transférer la moindre pathologie non seulement foetale mais aussi maternelle, ou imposée par des fermetures administratives temporaires itératives.

Ainsi il nous semble important de **ne pas inverser la cause et la conséquence** : les établissements mis en difficulté **deviennent** de ce fait moins performants et surtout moins attractifs, ils ne le sont pas intrinsèquement. Et il existe un terrible effet « boule de neige » : plus les difficultés s'amoncellent, les conditions de travail se détériorent, moins les professionnels et les patientes veulent y venir et plus les difficultés s'intensifient...

Le rapport sénatorial semble suggérer tout bonnement de fermer les structures jugées « insécures ».

Nous pensons au contraire qu'à partir du moment où la présence d'une maternité dans un territoire est nécessaire à garantir l'accès aux soins des populations de ce territoire, ce n'est pas aux populations d'être privées ou de se priver de soins, **c'est au système de soins d'en garantir la pérennité et la qualité**

- grâce à un financement adéquat,
- grâce à la qualité de la formation initiale et permanente des personnels qui y travaillent,
- grâce à l'organisation de la mutualisation des moyens avec les Maternités de type 2 et 3, et une meilleure coordination et coopération au sein d'un territoire, avec donc
- une profonde refonte des règles de fonctionnement des réseaux et un adressage à double sens des patientes : les cas les plus « difficiles » étant orientés vers les niveaux élevés tandis que les « cas simples » sont encouragés à accoucher au plus près de chez elles, et donc
- une information correcte des patientes concernant les modalités et la pertinence de l'organisation territoriale de la périnatalité.

## 1.2 Démographie des professions de santé

Lorsqu'un système d'organisation de la santé dysfonctionne, il est de bon ton d'expliquer que "les professionnels de santé en sont la cause", dédouanant ainsi les responsables organisationnels...

Dans l'ensemble **le nombre des professionnels de santé de la périnatalité a augmenté** dans tous les secteurs à l'exception de la pédiatrie en particulier néonatale : **la formation en pédiatrie néonatale** et réanimatoire aussi bien médicale que paramédicale est actuellement **insuffisante**, c'est une question essentielle car de la compétence en néonatalogie du pédiatre de garde en salle de naissances dépend en grande partie la prise en charge optimum du nouveau-né qui présente un problème inopiné.

**Mais en ce qui concerne les gynécologues-obstétriciens, les sage-femmes, les anesthésistes, leur nombre global a augmenté notablement. C'est leur répartition qui pose problème** : ces professionnels, obstétriciens et sage-femmes particulièrement, désertent les gardes dans les salles de naissance dans les petites voire moyennes structures hospitalières de province tout autant que les énormes structures hospitalières qui se multiplient. Les obstétriciens préfèrent exercer des surspécialités sans garde, tandis que les sage-femmes se tournent vers l'exercice libéral.

Or selon le rapport sénatorial p119 *"la crise de la démographie médicale que connaît aujourd'hui notre système de santé, et notamment la santé périnatale en France, n'est pas un phénomène ponctuel, mais le symptôme d'une véritable mutation dans les attentes et les modalités d'exercice des professionnels de santé"*.

Ce seraient donc les professionnels qui "auraient changé" et qui ne voudraient plus travailler en salle de naissances, ne plus faire de gardes, ne plus avoir de contraintes, consacrer plus de temps à la famille, à l'épanouissement personnel etc.

S'il est incontestable que « les temps ont changé », nous pensons que ce sont essentiellement les énormes bouleversements des conditions d'exercice survenues depuis une vingtaine d'années, qui entraînent le désengagement progressif des professionnels et non un désengagement "soudain" qui cause les problèmes, à savoir prééminence de l'administration et des considérations financières, perte d'autonomie professionnelle, perte de sens pour les soignants...

Le rapport sénatorial concède p123 que *"le retour des médecins (et des sage-femmes,) ne pourra avoir lieu sans mettre en place des actions permettant d'offrir des équipes stables et un cadre de travail sécurisant dans les établissements de santé »*.

Le cadre de travail est donc problématique ?

Sont-ce les intérimaires qui sont venus subitement « vampiriser » les hôpitaux ou bien est-ce la paupérisation et désorganisation du système qui a nécessité le recours à ces personnels providentiels pour soigner les gens ?

**Les tensions sur le recrutement des personnels de la salle de naissances affectent ainsi non seulement la centaine de petites maternités de niveau 1 menacées de fermeture depuis longtemps, tout autant que " 52 maternités de niveau 2 " (p133) en général de taille moyenne et provinciale, et n'oublions pas non plus les énormes plateaux techniques de niveau 3 pour la plupart, où le travail des personnels en sous-effectif est épuisant.**

Nous contestons le choix de poursuivre la concentration des "plateaux techniques d'accouchements".

Transformer les petites maternités en tension en "maternités sans accouchement" et poursuivre la concentration de l'activité dans les structures déjà pléthoriques, ne peut faire progresser en rien l'attractivité des métiers de la salle de naissances: la "maternité sans accouchements" sera délaissée par les patientes qui voudront rejoindre leur domicile au plus vite sans prise en charge postnatale devenue si nécessaire, la suractivité de la maternité urbaine pléthorique dissuadera les professionnels d'y travailler, les difficultés multiples faites aux patientes augmenteront les accouchements hors établissements inopinés ou voulus, notoirement plus risqués.

## 2 de nombreux points d'accord avec le rapport sénatorial

### 2.1 Une incontournable réflexion sur l'aménagement du territoire allant vers une décision "qui n'a rien de médical » : une décision politique

*"L'enjeu (p145) est bien celui d'assumer un cap politique défini : le Pr Yves Ville constatait d'ailleurs que "sur la fusion et l'incitation, (...) la décision n'a rien de médical, elle est politique, elle est une solution d'aménagement du territoire"*

Il faudra p 159 : *" Assumer une transformation de l'offre de maternités répondant de manière équilibrée aux enjeux de sécurité et de proximité des soins"*

### 2.2 Pas de seuils arbitraires d'activité pour les établissements

Le rapport sénatorial précise page 156: *"S'il est illusoire d'envisager un maillage de maternités répondant uniquement à un objectif d'aménagement du territoire avec un retour fantasmé à de petites maternités locales, il est tout autant exclu de retenir un seul paramètre numérique (les fameux "1000 accouchements par an au minimum" pour maintenir ouverte une structure) sans considération de critères qualitatifs et sécuritaires, qui peuvent justifier le maintien d'une maternité, comme l'éloignement, l'isolement ou l'intégration à un réseau de structures."*

### 2.3 Prendre en compte l'activité hospitalière dans sa globalité

*"En outre il convient d'anticiper les effets que pourraient avoir des réorganisations des activités de maternité sur l'ensemble des activités des établissements."*

### 2.4 Améliorer les modalités de financement des activités de soins en périnatalité :

*p177 "Le modèle économique des activités de maternités apparaît aujourd'hui inadéquat. Ces activités (..) sont **sous-financées** (...).*

*Les critiques ont conduit le gouvernement à présenter une réforme du financement dans le cadre de la loi de financement de ma sécurité sociale pour 2024 (...) **dotation "socle"** afin d'assurer le maintien des maternités jugées nécessaires par les ARS mais qui ne serait pas retenu (...) Comment seront financées les maternités sans accouchement qui n'assureront que des activités de consultation et très peu d'actes ?*

La prise de conscience d'une sous-tarification des activités et d'un sous-financement du secteur de la périnatalité a engendré un travail de révision qui est en cours et ne pourra qu'améliorer les choses : on l'espère...à l'heure où se discute un PLFSS notoirement très insuffisant pour l'hôpital.

### 2.4 Se coordonner, coopérer au sein d'un territoire : l'exemplarité de la coopération du CHU de Vannes (grosse maternité de niveau 3) avec le CH de Ploërmel (petite maternité de niveau 1)

*P166 " Au-delà des cellules de transferts, **les coordinations locales entre structures sont également déterminantes** pour adapter les modalités de prises en charge, aux ressources et à la configuration des établissements d'un territoire. La mission a pu ainsi le constater dans le cadre d'un déplacement en Bretagne, avec une coopération institutionnalisée entre la maternité du centre hospitalier de Basse-Bretagne (CHBA) de Vannes, de type 3 et la maternité de Ploërmel, de type 1. Dans ce contexte de reconfiguration de l'offre de soins, ont été développés différents dispositifs d'appuis des professionnels de Vannes au profit du centre hospitalier de Ploërmel : temps partagés, gardes, astreintes et **équipes médicales territoriales** contribuent ainsi à maintenir l'activité sur ce site. Lors de leur recrutement à la maternité de Vannes, les praticiens sont informés que leur contrat inclura la participation à la permanence des soins de Ploërmel (...) Cette maternité bénéficie désormais d'effectifs suffisants et n'emploie plus d'intérimaires."*

Cette organisation (obstétriciens à temps partagé/ obstétriciens et pédiatres en gardes et astreintes partagées) existe aussi en Lorraine entre les maternités du CHR Metz-Thionville (57) type

2B et la maternité de Briey (54 type 1), ainsi que le CHU de Nancy (54) et la maternité de Toul (54) ou celle d'Epinal.

***C'est dans ces coopérations que se trouve la solution dans le cadre d'un GHT (groupement hospitalier de territoire) ou de conventions inter-établissements.***

### 3 UN POINT SENSIBLE

Pour lequel un **consensus démocratique devrait être recherché** : doit-on "garantir une offre d'accouchement accompagné à domicile et de maisons de naissance" comme le propose les sénateurs (p179) ?

Oui éventuellement pour les *maisons de naissance* gérées par les sage-femmes à proximité immédiate d'un établissement d'accouchement, si l'on trouve **dans ce contexte de ressources limitées**, les locaux appropriés, le financement, le personnel et qu'on rencontre l'adhésion des patientes.

Mais nous pensons au regard

- de l'étendue géographique de la France et la variété de ses reliefs,
- du petit nombre des naissances par ailleurs toujours en baisse ces dernières années,
- du profil des parturientes toujours plus âgées et plus porteuses de pathologies,
- du pourcentage élevé d'interventions qui se révèlent nécessaires au cours des accouchements (20% de césariennes, 17% d'interventions diverses sur les accouchements voie basse)
- des difficultés de financement du système de santé,
- de l'état précaire des transports médicaux,
- de l'important engouement des françaises pour l'analgésie péridurale qui a révolutionné la gestion de la douleur obstétricale depuis les années 1980,
- de la nécessaire équité et accessibilité à des soins de qualité pour toutes sur l'ensemble du territoire,
- du fait que les sage-femmes susceptibles de prendre en charge les accouchements à domicile exercent actuellement sans assurance responsabilité civile professionnelle et sont très peu nombreuses, l'immense majorité des sage-femmes étant convaincue du bénéfice pour tous d'une pratique des accouchements en équipe hospitalière plutôt qu'en solitaire à domicile,

**que le développement de la pratique d'accouchement à domicile ne doit en aucun cas être encouragé.**

**Il y a selon nous une profonde contradiction entre la proposition de concentrer les plateaux techniques d'accouchements au sein de grandes structures urbaines au titre de la sécurité et le fait de laisser se développer de manière totalement incontrôlée les accouchements à domicile.**

**La persistance de maternités de proximité où des possibilités plus souples et personnalisées de prises en charge pourront être proposées, y compris par les SF libérales y amenant leurs patientes, nous semble la meilleure garantie contre une dérive incontrôlable de l'activité d'accouchements hors établissement en France et leurs conséquences redoutables.**

## EN CONCLUSION

On est arrivé actuellement à un point de concentration des structures où concentrer davantage est en fait irresponsable. Les structures qui persistent sont nécessaires au maillage territorial harmonieux pour garantir l'équité de l'accès aux soins pour toutes et tous, à la lutte contre la désertification médicale des territoires, et au maintien de paramètres corrects de surveillance de la santé publique. Selon le rapport p109 "la responsabilité des hôpitaux publics auprès des populations peut justifier le maintien de maternités en situation de déficit".

Il s'agit bien sûr de garantir un accès à des soins **de qualité**, on l'a explicité plus haut.

Il est donc urgent de renforcer les structures en difficulté et non sursaturer les grosses structures urbaines et universitaires en abandonnant les populations éloignées de ces centres à leur sort. Il faut informer les patientes, apporter plus de souplesse et d'empathie dans les pratiques des soignants comme des administratifs, territorialiser les équipes, repenser en profondeur l'organisation des réseaux de soins en périnatalité.

**L'expérience de la coopération périnatale Vannes/ Ploërmel est édifiant : il montre qu'une équipe médicale de territoire doit pouvoir être mise en œuvre partout sans tarder.**

## Références

[https://www.publicsenat.fr/actualites/parlementaire/sante-perinatale-les-senateurs-demandent-une-strategie-nationale-et-le-retour-dune-ambition-politique-forte#:~:text=Le rapport veut sortir du,« services » dans les territoires.](https://www.publicsenat.fr/actualites/parlementaire/sante-perinatale-les-senateurs-demandent-une-strategie-nationale-et-le-retour-dune-ambition-politique-forte#:~:text=Le%20rapport%20veut%20sortir%20du,«%20services%20»%20dans%20les%20territoires.)

[https://www.senat.fr/fileadmin/Structures\\_temporaires/missions\\_d\\_information\\_communes/MI\\_Sante\\_perinatale/\\_VP\\_Tome1\\_Rapport\\_MI\\_Sante\\_perinatale.pdf](https://www.senat.fr/fileadmin/Structures_temporaires/missions_d_information_communes/MI_Sante_perinatale/_VP_Tome1_Rapport_MI_Sante_perinatale.pdf)

<https://www.academie-medecine.fr/planification-dune-politique-en-matiere-de-perinatalite-en-france-organiser-la-continuite-des-soins-est-une-necessite-et-une-urgence/>

Didelot, H., Goffinet, F., Seco, A. *et al.* Evaluating the quality of care for postpartum hemorrhage with a new quantitative tool: a population-based study. *Sci Rep* **12**, 18626 (2022).  
<https://doi.org/10.1038/s41598-022-23201-0>

Briey le 28 octobre 2024,

Dr J. Dietsch gynécologue-obstétricien

Ancien chef de service à la maternité d'Autun/Bastia/Lunéville/Briey

1er coordonnateur du Réseau Périnatal Lorrain (2001-2005)

Chevalier de la Légion d'honneur

Dr F. Pfeiffer gynécologue-obstétricien

Recherche indépendante en santé publique (Collectif CHOCS9cube)

Membre de la Coordination Nationale des Comités de défense des

Hôpitaux et Maternités de Proximité

Chocs9cube.over-blog.com