

Fin 2000, on dénombre 700 maternités en France métropolitaine, soit une diminution de 16 % depuis 1996. C'est le secteur privé sous OQN qui a enregistré la plus forte concentration de son activité d'obstétrique. Dans ce contexte global, les maternités les mieux équipées connaissent, en revanche, une augmentation de leurs implantations et de leurs capacités d'accueil. L'organisation des soins en réseaux coordonnés, encadrée par le décret périnatalité de 1998, distingue les maternités de niveau 3 équipées d'un service de néonatalogie et de réanimation néonatale, celles de niveau 2 qui ont un service de néonatalogie ou de soins intensifs, enfin celles de niveau 1 qui ne disposent pas d'unité d'hospitalisation des nouveau-nés à proximité. 52,3 % des accouchements ont lieu dans les maternités de niveau 2 ou 3 en 2000, soit une augmentation de près de 9 points depuis 1996. Ce mouvement bénéficie d'abord aux femmes dont la grossesse présente un facteur de risque avec deux tiers des naissances multiples et 70 % des accouchements avant terme pris en charge dans ce type de maternités. Toutefois, environ la moitié des femmes dont la grossesse est, a priori, « à faible risque » accouchent également en maternité de niveau 2 et 3. Les enfants au poids très faible naissent, quant à eux, quasi exclusivement en maternité de niveau 2 ou 3. Si globalement on constate une meilleure adéquation entre le risque encouru et l'environnement dont dispose la maternité, l'équipement des régions ne correspond pas toujours à leur niveau d'exposition aux risques et de fortes disparités régionales demeurent en la matière. D'autres facteurs comme le degré d'accessibilité, l'organisation des réseaux ou l'effort d'orientation des naissances à risque peuvent aussi expliquer cette hétérogénéité encore observée entre les régions.

Guillemette BUISSON

Ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité
Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées
DREES

Le réseau des maternités entre 1996 et 2000 Un mouvement de réorientation des grossesses à risques, avec de fortes disparités régionales

Ces dernières années, les maternités françaises ont été confrontées à différents changements. D'abord, un processus de restructuration est à l'œuvre depuis le milieu des années 70 avec un mouvement de concentration de plus en plus important. Les maternités ont en outre été incitées, notamment au travers du décret périnatalité de 1998 (encadré 1), à constituer des réseaux de collaboration à l'intérieur des régions. L'objectif de cette coordination est d'orienter les femmes enceintes en fonction de leur niveau de risque obstétrical vers les structures disposant de l'environnement pédiatrique et maternel nécessaire. Enfin, en 2000, elles font face à une augmentation conjoncturelle de la natalité. Cet article décrit ce que sont devenues les maternités après cette série de transformations et la manière dont les femmes enceintes étaient prises en charge en 2000.



E•1

Le décret périnatalité du 9 octobre 1998

Afin d'améliorer la sécurité de la naissance, ce décret prévoit l'orientation des mères vers des maternités disposant de l'environnement maternel et pédiatrique adapté à leur niveau de risque et à celui de l'enfant. Trois niveaux soumis à autorisation ont été définis pour atteindre cet objectif. Les maternités de niveau 3 disposent d'un service de néonatalogie et de réanimation néonatale situés sur le même site. Les maternités de niveau 2 doivent posséder sur le même site, un service de néonatalogie ou de soins intensifs néonataux. Enfin, les maternités de niveau 1 ne sont associées ni à un service de réanimation néonatale, ni à un service de néonatalogie sur le site. Les maternités des différents niveaux doivent alors coopérer à l'intérieur des régions afin d'orienter, dans la mesure du possible, avant leur accouchement les femmes enceintes vers les maternités les mieux adaptées.

Les établissements ne disposant pas d'unités spécialisées sont invités à passer convention avec un ou plusieurs établissements de santé qui en disposent, afin d'assurer l'orientation des femmes enceintes, d'organiser les transferts, éventuellement en urgence, des mères et des nouveau-nés entre ces établissements.

Une concentration de l'activité et des capacités d'accueil des maternités entre 1996 et 2000

Les 700 maternités, c'est-à-dire les établissements géographiques autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale, recensées au 31 décembre 2000 en France métropolitaine¹ ont pris en charge près de 762 000 accouchements au cours de l'année. Elles disposaient pour cela de 23 361 lits de gynécologie obstétrique. La majorité de ces maternités (51 %) réalise entre 300 et 1 000 accouchements par an, dont 14 % entre 300 et 500 accouchements (graphique 1). Presque un quart (23,6 %) en réalise plus de 1 500 et 3 % plus de 3 000. Le secteur sous dotation globale (comprenant le secteur public et le secteur privé participant au service public hospitalier), qui regroupe plus de 62 % des maternités, pratique près des deux tiers des accouchements (tableau 1).

Entre 1996 et 2000, le nombre de maternités a diminué de 16,4 %, soit en moyenne 29 disparitions par an. Cette réduction s'est accompagnée d'une diminution de 6 % des lits de gynécologie-obstétrique; le nombre de lits pour

1 000 accouchements passe de 34,2 à 30,6. Ainsi, en fin de période et en partie également du fait de la hausse conjoncturelle de 5 % du nombre des naissances, les maternités ont, en moyenne, intensifié leur activité, le nombre moyen d'accouchements par maternité ayant augmenté de 840 à 1 088. En outre, leurs capacités d'accueil se sont accrues (33,5 lits en moyenne au lieu de 30,5 lits) en raison de la poursuite des mouvements de concentration. La part des maternités réalisant plus de 1 500 accouchements a ainsi augmenté de 13 % en 1996 à presque 24 % en 2000 (graphique 2).

Ces divers phénomènes sont allés de pair avec une diminution de la durée moyenne des séjours (de 6,16 jours en 1997² à 5,71 jours en 2000) et une augmentation du taux d'occupation des lits en gynécologie-obstétrique (de 69,4 % à 73,1 %).

Les maternités du secteur privé sous Objectif quantifié national (OQN) ont été davantage concernées que celles sous dotation globale par les fermetures et la concentration des sites, et représentent 61 % des disparitions. Le nombre moyen d'accouchements par maternité augmente

plus vite dans ce secteur (+204 entre 1996 et 2000 contre +190 pour le secteur sous dotation globale). La part des établissements privés sous OQN dans le nombre d'accouchements total a diminué de 2,4 points en 4 ans, passant de 38 % en 1996 à 35,6 % en 2000. Cette diminution, observée sur la période 1996-1998, s'est ensuite stabilisée jusqu'en 2000 pour reprendre en 2001 avec un recul d'un point estimé à partir des données provisoires de l'enquête SAE 2001.

Le processus de restructuration et de concentration, amorcé dans les années 70³, s'est donc prolongé au cours des dernières années, notamment pour les maternités du secteur privé sous OQN.

Un « déport » des accouchements vers les maternités de niveau 2 et 3

Le décret périnatalité du 9 octobre 1998 (encadré 1) pose un cadre d'organisation des soins en réseaux coordonnés, afin de garantir une meilleure adéquation entre le niveau de risque de la

1. La qualité des données pour les départements et les territoires d'outre-mer n'est pas suffisante pour les intégrer à l'étude, sauf pour la Réunion dont les données sont utilisées dans la partie régionale de cet article.

2. L'information concernant la durée moyenne de séjour provient du PMSI qui n'est renseigné par tous les établissements que depuis 1997. C'est pourquoi dès que les données proviennent du PMSI la comparaison temporelle sera faite à partir de 1997, alors que pour les données de la SAE on prendra 1996 comme référence (cf. encadré 2).

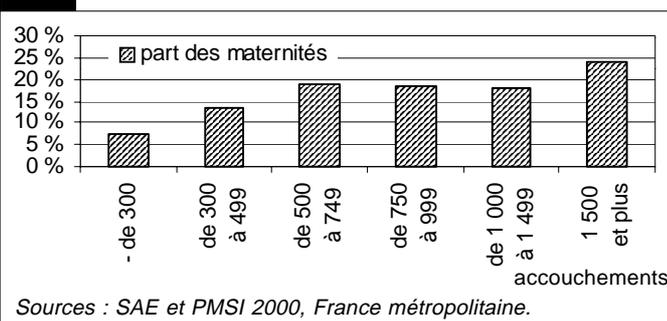
3. Cf. Dominique BAUBEAU, Serge MORAIS, Antoine RUFFIÉ, " Les maternités de 1975 à 1996 : un processus de restructuration sur longue période ", Études et Résultats, n° 21, juillet 1999.

T•01 l'activité des maternités par secteur

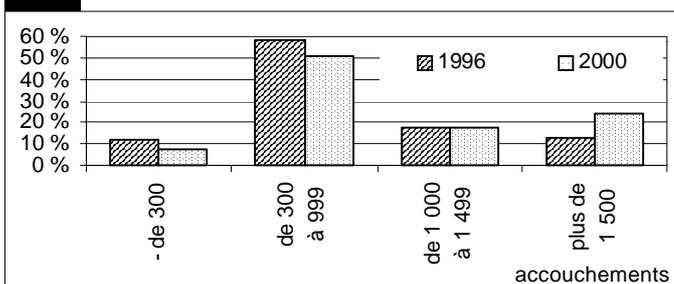
Secteur	DG	OQN	Total
établissements	438	262	700
accouchements	491 146	270 939	762 085
lits	15 822	7 539	23 361
part des lits	67,7 %	32,3 %	100,0 %
part des accouchements	64,4 %	35,6 %	100,0 %
durée moyenne de séjour	5,7	5,7	5,7

Sources : SAE et PMSI 2000, France métropolitaine.

G•01 répartition des maternités selon leur volume d'activité



G.02 comparaison de la répartition des maternités selon leur volume d'activité



Sources : SAE et PMSI, France métropolitaine.

patiente et des nouveau-nés, et l'environnement humain et matériel de la maternité d'accueil. On distingue ainsi trois niveaux de maternités : les maternités de niveau 3 disposent d'un service de néonatalogie et de réanimation néonatale situés sur le même site. Les maternités de niveau 2 doivent posséder dans les mêmes conditions, un service de néonatalogie ou de soins intensifs néonataux. Enfin, les maternités de niveau 1 destinées à la prise en charge des grossesses physiologiques n'ont pas d'unité d'hospitalisation des nouveau-nés à proximité immédiate (encadré 1). Ce décret prévoit également des normes concernant le personnel nécessaire. Les maternités disposent d'un délai de trois ans pour se conformer à ces normes structu-

4. Au sein des plus grosses maternités de niveau 3, souvent situées dans des CHR, coexistent des services prenant en charge les grossesses normales et des unités dévolues aux grossesses pathologiques. De ce fait, on surestime la capacité en lits destinés aux grossesses à risque en globalisant les données d'un établissement géographique. Cependant, cette surestimation est constante entre 1996 et 2000.

5. Ces facteurs sont ceux utilisés par le Groupe IMAGE pour la construction d'un coefficient d'exposition au risque obstétrical des maternités (CEROM). Cet indicateur de risque est présenté dans GAIN OBSTÉTRIQUE II de janvier 1997. Il prend en compte huit facteurs mais deux ne sont pas présents dans nos fichiers ou pas suffisamment exhaustifs : la procréation médicalement assistée et le fait d'avoir été suivi par l'équipe de la maternité dans laquelle la femme accouche. Le transfert de la mère vers un autre établissement constitue quand à lui un indicateur de risque *a posteriori* et n'est pas retenu pour cette raison. Il est également plus rare : en 2000 il concerne 0,5 % des accouchements.

relles. Néanmoins, des évolutions sensibles apparaissent déjà entre 1996 et 2000.

En 2000 comme en 1996, les maternités de niveau 2 et 3 restent quasi exclusivement des maternités sous dotation globale (respectivement 86 % et 98 %) alors que les maternités de niveau 1 appartiennent pour un peu plus de la moitié (52,6 %) au secteur privé sous OQN. Les modalités de financement des activités de réanimation néonatale et de néonatalogie rendent sans doute cette activité moins rentable pour les établissements sous OQN.

L'évolution la plus remarquable durant la période est le « déport » des accouchements vers les maternités de niveaux 2 et 3. En effet en 2000, 52,3 % des accouchements ont eu lieu dans les 257 maternités de niveau 2 ou 3 (tableau 2) alors qu'en 1996, 43,5 % seulement d'entre eux avaient lieu dans les 250 maternités de ce type. Cette évolution s'explique partiellement par l'augmentation de la capacité d'accueil de ces maternités. Entre 1996 et 2000, malgré la diminution globale du nombre de sites et du nombre de lits, ceux de niveaux 2 et 3 ont augmenté⁴. Avec une augmentation de 7,4 points, leur part dans les lits de gynécologie obstétrique est devenue majoritaire (tableau 2). Il faut noter que l'augmentation de la part des accouchements pris en charge par les maternités de niveaux 2 et 3 (+8,9 %) est plus forte que celle des lits d'obstétrique.

Dans le même temps, le type de recrutement de ces unités, qui doivent pren-

T.02 l'activité des maternités suivant leur niveau de classement

Niveau	1	2	3	Total
établissements	443	202	55	700
accouchements	363 440	268 655	129 990	762 085
lits	10 846	8 339	4 176	23 361
part des lits	46,4 %	35,7 %	17,9 %	100,0 %
part des accouchements	47,7 %	35,3 %	17,1 %	100,0 %
durée moyenne de séjour	5,7	5,7	5,9	5,7

Sources : SAE et PMSI 2000, France métropolitaine.

dre en charge d'autant plus de femmes « à risque obstétrical » élevé que leur niveau est lui-même important, tend à y allonger les durées moyennes de séjour.

Près de la moitié des femmes dont la grossesse est, a priori, à « faible risque » accouchent dans des maternités de niveaux 2 et 3

À partir des données de l'enquête « L'obstétrique en France » réalisée en 1991 par les médecins conseils de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), le groupe IMAGE avait étudié l'orientation des femmes à travers huit indicateurs de risque observés chez les mères. Cinq d'entre eux⁵ sont présents dans les bases de données médico-administratives et traduisent un risque détectable *a priori*. Ils peuvent dès lors être utilisés pour étudier le recrutement des maternités en 2000. Les deux premiers concernent l'âge de la femme. Les moins de 20 ans et les plus de 40 ans sont considérées comme des populations à risque. Trois autres facteurs concernent des pathologies ou des situations qui viennent compliquer l'accouchement : le diabète gestationnel, les hypertensions sévères et la grossesse multiple (encadré 2).

Assez logiquement, plus le niveau de classement des maternités est élevé moins la part des femmes ne présentant aucun de ces risques est important (tableau 3). Les maternités de niveau 3 accueillent en proportion 1,5 fois plus de femmes présentant au moins un facteur de risque que

T.03 comparaison des recrutements des maternités selon leur niveau de classement

Niveau	1	2	3	en %
aucun facteur de risque	92,0	90,8	87,4	
au moins un facteur de risque	7,5	9,2	12,6	

Sources : SAE et PMSI 2000, France métropolitaine.

les maternités de niveau 1. Au total, 12,6 % des femmes prises en charge dans les maternités de niveau 3 ont au moins un facteur de risque, contre 9,2 % dans les maternités de niveau 2 et 7,5 % dans les maternités de niveau 1. Malgré tout, les femmes ne présentant aucun de ces risques accouchent dans presque la moitié des cas dans des maternités de niveaux 2 ou 3 : 53,5 % des femmes ne présentant aucun facteur de risque accouchent dans des maternités de niveau 1, 33,5 %

dans des maternités de niveau 2 et 13 % dans celles de niveau 3. Des changements dans les comportements des femmes ou dans les orientations préconisées par les médecins pourraient pour partie expliquer ce déplacement des accouchements vers les maternités de niveau de classement supérieur. Accoucher dans une maternité de niveau élevé pourrait en effet être perçu comme une garantie supplémentaire, quel que soit le niveau réel de risque encouru.

Deux tiers des naissances multiples sont désormais prises en charge dans les maternités de niveau 2 et 3

Parmi les risques connus *a priori*, celui lié à la naissance multiple est particulièrement fréquent. Ainsi, en France métropolitaine, 2,9 % des enfants sont nés en 2000 à l'issue d'une grossesse multiple. Ce facteur de risque est détectable à la fois par l'examen clinique et par l'échographie, ce qui permet d'orienter précocement les femmes vers une maternité disposant au minimum d'une unité de néonatalogie.

Les maternités de niveau 2 et 3 ont accueilli 66 % de ces naissances, chaque niveau prenant en charge près du tiers d'entre elles soit environ 7 500 enfants. La part des enfants nés de naissance multiple dans des maternités de niveau 3 a particulièrement progressé, de 10 points entre 1996 et 2000. Cette augmentation se traduit par une hausse du taux de naissances multiples dans ces maternités (1,5 point), supérieure à celle qui résulterait de la seule croissance des naissances multiples (0,3 point) durant la même période (tableau 4). Parallèlement, les parts des enfants nés de naissance multiple dans les maternités de niveaux 1 et 2 diminuent respectivement de 8 points et de 2 points (graphique 3). Si le tiers de ces enfants naissent encore en maternité de niveau 1 en 2000, l'adéquation entre niveau de risque et de prise en charge a donc tendance à s'améliorer.

70 % des accouchements avant terme ont lieu dans des maternités de niveau 2 ou 3

Contrairement à la grossesse multiple, la prématurité et l'insuffisance pondérale des nouveau-nés ne sont pas toujours décelables lors du suivi de la grossesse et sont donc classés comme des indicateurs de risque *a posteriori*. Ils sont par ailleurs corrélés à l'existence d'une grossesse multiple. Si globalement on compte près de 4 % de prématurés et 7 % d'enfants de poids de naissance insuffisant, parmi les enfants nés de naissance multiple environ la moitié est prématurée ou de faible poids⁶.

La part des accouchements avant terme est près de trois fois supérieure dans les maternités disposant d'un service de réanimation néonatale (niveau 3) que

E•2

Les sources

Les données de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE)

Ce fichier rassemble un ensemble de questionnaires que les établissements remplissent chaque année. C'est une base déclarative qui évalue à la fois la capacité, l'activité, et les moyens en personnel des établissements.

En 1996, on interrogeait, pour la partie obstétrique, les entités juridiques pour le secteur public et les établissements pour le secteur privé. Une enquête complémentaire auprès des directions régionales des Affaires sanitaires et sociales et de l'Assistance publique des hôpitaux de Paris (APHP) avait permis d'obtenir les informations par établissement pour le secteur public, et les niveaux de chaque établissement (cf. Conférence de consensus : état des lieux des structures obstétricales et néonatales en France. J Gynecol Obstet Biol Reprod, 1998). En effet, les définitions des niveaux existaient déjà, sans être réglementaires.

En 2000, chaque établissement géographique, siège d'une maternité, remplit un questionnaire spécifique avec le niveau de la maternité correspondant à l'autorisation. Notons qu'un établissement a trois ans pour se mettre en conformité, ce qui laisse persister un certain décalage entre les structures fonctionnelles à une date donnée et l'autorisation détenue.

Les informations relatives aux établissements (capacité, niveau, secteur...) et le nombre d'enfants issus de naissance multiple proviennent de cette source.

Les données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)

Depuis 1997, tous les établissements de santé ayant une activité de court séjour (médecine, chirurgie et obstétrique, encore appelée MCO) fournissent une description « médico-économique » de leur activité pour chacun des séjours réalisés, l'ensemble constituant le PMSI. La comparaison temporelle des données issues de cette base ne peut donc se faire qu'entre 1997 et 2000.

Les données concernant les caractéristiques des femmes et des nouveau-nés (à l'exception du nombre d'enfants nés de naissance multiple) proviennent de cette source :

- les nouveau-nés de poids insuffisant sont repérés dans le PMSI à partir de l'utilisation des Groupes homogènes de malades (GHM) ;

- les caractéristiques concernant la mère, c'est-à-dire le diabète gestationnel, l'accouchement avant terme, les hypertensions sévères et la grossesse multiple sont repérés dans le PMSI à l'aide des diagnostics principaux et associés. Toutefois la qualité du codage peut varier d'un établissement à l'autre, ce qui impose une certaine prudence dans les analyses. Pour les grossesses multiples les données de SAE permettent d'en valider le nombre.

Le PMSI ne permet pas de faire le lien entre le nouveau-né et sa mère. On ne peut donc pas associer les informations concernant le poids de l'enfant et les pathologies diagnostiquées chez la mère (exemple : on ne peut faire le lien entre l'accouchement avant terme et le poids de naissance du bébé), ce qui constitue une limite importante pour les études épidémiologiques.

T•04 évolution des taux de prise en charge des naissances multiples selon le niveau de classement des maternités

en %

Année	Niveau				Total
	1	2	3		
1996	1,9	2,7	3,8		2,6
2000	2,1	2,8	5,3		2,9

Source : SAE, France métropolitaine.

dans celle ne disposant ni d'un service de réanimation néonatale ni d'un service de néonatalogie (niveau 1). 6,3 % des accouchements pris en charge en 2000 dans les maternités de niveau 3 sont des accouchements prématurés, contre 3,9 % dans les maternités de niveau 2 et 2,2 % dans celles de niveau 1. Ainsi 70 % des accouchements avant terme ont eu lieu dans les maternités des deux niveaux supérieurs : 31 % dans les maternités de niveau 3 et 39 % dans celles de niveau 2. En 1997, 62 % seulement de ces accouchements étaient pris en charge dans ce type de maternités (graphique 4). Toutefois les données disponibles ne permet-

tent pas de distinguer les risques pour l'enfant selon le degré de prématurité (la durée de la gestation n'est renseignée dans aucune source), ni de faire le lien entre prématurité et poids de naissance de l'enfant, ce qui limite les interprétations qui peuvent être tirées de ses évolutions d'ensemble (encadré 2).

Les enfants au poids de naissance insuffisant sont moins nombreux à naître dans les maternités de premier niveau

7,1 % des enfants nés en 2000 – c'est-à-dire environ 55 000 enfants –, avaient par ailleurs un poids inférieur à 2 500 grammes, contre 6,7 % en 1997⁷. Malgré cette augmentation globale, la part des enfants de poids inférieur à 2 500 grammes nés dans les maternités de premier niveau diminue, passant de 4,2 % à 3,9 % (tableau 5). Au total près de 15 900 enfants de poids inférieur à 2 500 grammes sont nés dans des maternités de niveau 1 en 1996 contre environ 14 500 en 2000.

Ces nouveau-nés encourent des risques de degrés différents suivant leur poids. Près de 7 000 enfants nés en 2000

avaient un poids extrêmement faible à la naissance (moins de 1 500 grammes), et 11 000 un poids très faible, compris entre 1 500 grammes et 2 000 grammes.

Les enfants dont le poids de naissance est extrêmement faible naissent quasi exclusivement (dans 93,2 % des cas) dans des maternités de niveaux 2 et 3, et dans près de 7 cas sur 10 en niveau 3. Ils sont moins de 500 à naître encore en niveau 1. Entre 1997 et 2000, la part de ces naissances a diminué respectivement de 10 points et de 7,5 points dans les prises en charges réalisées par les maternités de niveaux 1 et 2 au profit des maternités de niveau 3 (graphique 5).

Si les enfants dont le poids de naissance est compris entre 1 500 et 2 000 grammes naissent, également pour la plupart dans les maternités de niveaux 2 et 3 (dans 87,6 % des cas), ils sont plus fréquemment accueillis par les maternités de niveau 2 que les précédents (pour plus de 44 % d'entre eux).

Les enfants dont le poids de naissance est compris entre 2 000 et 2 500 grammes naissent quant à eux le plus souvent dans les maternités de niveaux 2 (41 %), et 1 (34 %).

6. Cette information provient des enquêtes périnatales. Elles ont eu lieu à l'automne 1995 et 1998 et portent sur la totalité des naissances survenues pendant une semaine. Les informations sont recueillies à partir des dossiers médicaux des maternités et d'un questionnaire auprès des mères après leur accouchement.

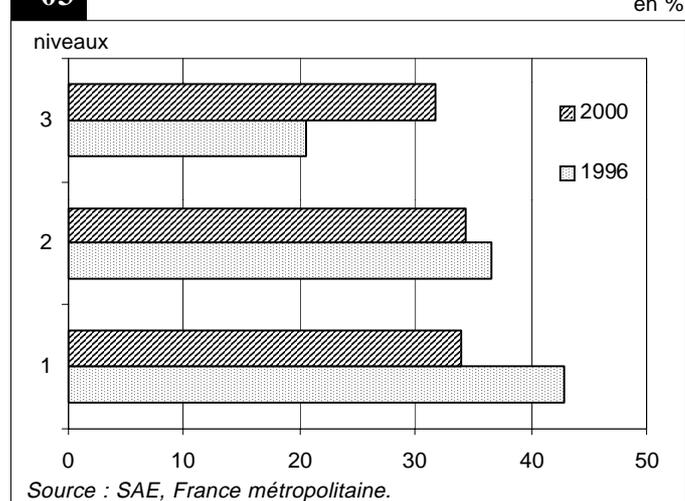
7. Là encore l'information qui provient du PMSI n'est renseignée par tous les établissements que depuis 1997 (cf. note 1).

T.05 comparaison de la prise en charge des nouveau-nés de poids insuffisant selon le niveau de classement des maternités

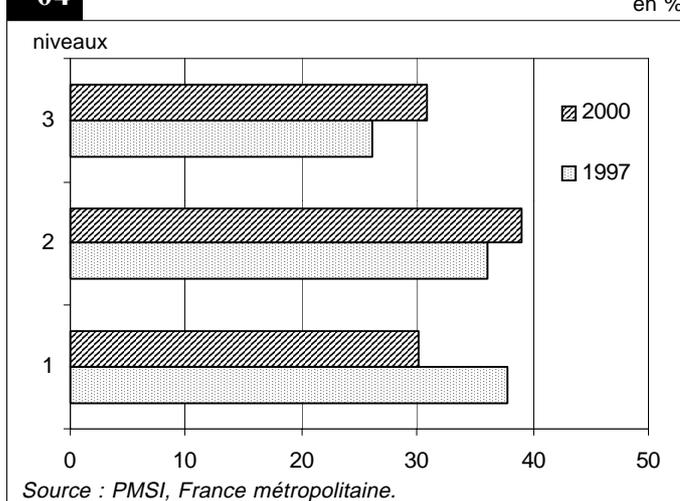
nouveau nés...	1997				2000				en %
	niveau 1	niveau 2	niveau 3	total	niveau 1	niveau 2	niveau 3	total	
... de moins de 1 500 g	0,3	0,8	3,2	0,8	0,1	0,6	3,6	0,9	
... de 1 500 g à 2 000 g	0,6	1,7	3,9	1,4	0,4	1,8	3,6	1,4	
... de 2 000 g à 2 500 g	3,3	5,1	8,1	4,5	3,4	5,5	7,0	4,8	
total	4,2	7,6	15,1	6,7	3,9	7,9	14,1	7,1	

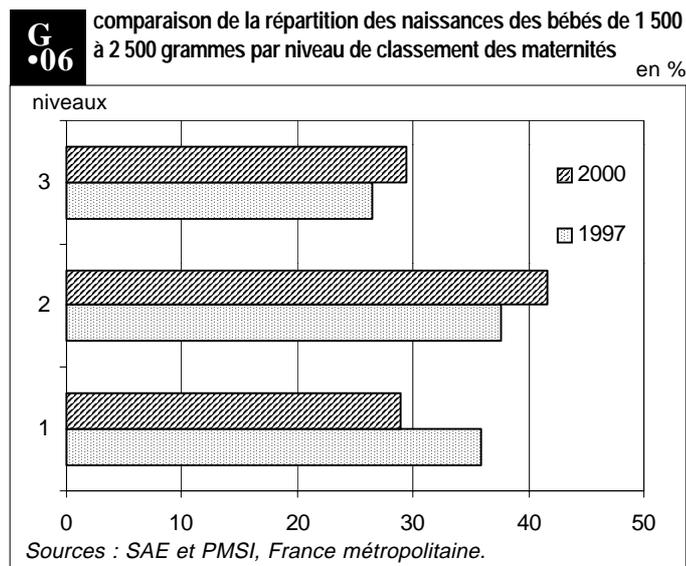
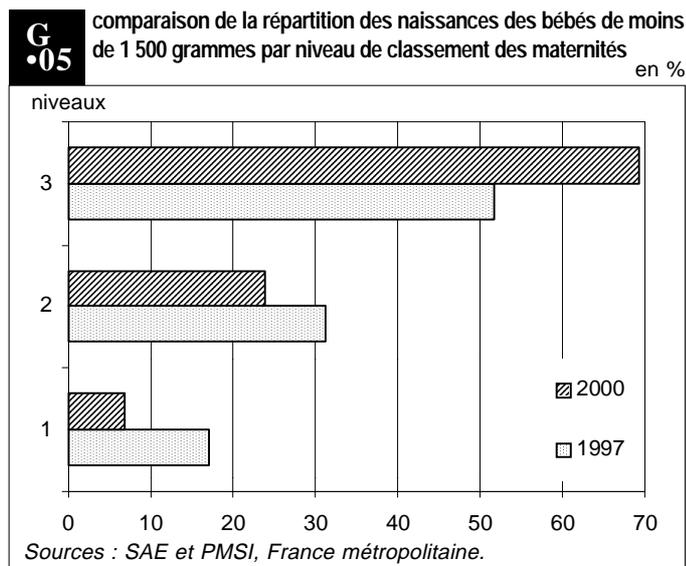
Sources : SAE et PMSI, France métropolitaine.

G.03 comparaison de la répartition des naissances multiples par niveau de classement des maternités



G.04 comparaison de la répartition des accouchements avant terme par niveau de classement des maternités





Au total, entre 1997 et 2000, la part des bébés pesant entre 1 500 et 2 500 grammes dans les maternités de niveau 1 a diminué de 7 points pour augmenter de 4 points dans les maternités de niveau 2 et de 3 points dans celles de niveau 3 (graphique 6).

Les mères et les nouveau-nés sont donc plus souvent en 2000 qu'en 1996 pris en charge par des maternités disposant de l'environnement pédiatrique et maternel adapté à leurs niveaux de risque, même si des femmes présentant peu de risque accouchent encore dans des maternités de niveau 3 et qu'à l'inverse, des enfants potentiellement fragiles naissent encore dans des maternités de niveau 1.

Les régions les plus dotées en lits de niveaux 2 et 3 ne correspondent pas toujours à celles les plus exposées aux risques

Malgré ces évolutions sensibles, de fortes disparités demeurent entre les régions.

Avant la parution du décret d'octobre 1998, toutes les régions ne disposaient pas en effet des mêmes capacités d'accueil pour les grossesses à risque. Ceci reste vrai en 2000. Ainsi, alors que six régions ne disposaient pas de maternités de niveau 3 fin 1996, deux d'entre elles en restaient dépourvues fin 2000 : la Corse et la Bourgogne. La dotation en lits de niveau 2 et 3 reste elle aussi inégale entre les régions, même si les disparités se sont réduites. Le nombre de lits de niveau 2 et 3 pour 1 000 accouchements qui allait de 9,7 à 32,9 lits

en 1996, varie en 2000 entre 10,8 et 27,2 lits (carte 1)⁸.

Si les moyens ne sont pas uniformes d'une région à l'autre, l'exposition aux risques, appréhendée par les deux indicateurs précédemment utilisés (la proportion de naissances multiples et de nouveau-nés au poids de naissance insuffisant) est, elle aussi, variable. En effet selon les régions, la proportion de naissances multiples varie entre 2 % et 4,4 % (carte 2) et celle des enfants dont le poids de naissance est insuffisant entre 6,2 % et 8,8 % (carte 3)⁹.

La confrontation entre la répartition régionale du nombre de lits d'obstétrique de niveaux 2 et 3 pour 1 000 accouchements (carte 1) et des taux de naissances à risque ainsi définis permet de mieux appréhender la portée des disparités (cartes 2 et 3). En particulier, les sept régions les moins dotées en lits de niveau 2 et 3 ont, pourtant, une proportion relativement élevée de nouveau-nés à risque. Ainsi, le Languedoc-Roussillon se situe au 3^e rang pour la naissance d'enfants de poids insuffisant (tableau 6), et le Nord-Pas-de-Calais, au 5^e. Les régions Midi-Pyrénées, Île-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur sont, quant à elles, plus particulièrement exposées aux risques liés aux naissances multiples puisqu'elles se situent respectivement au 2^e, 3^e et 5^e rang en la matière (tableau 7). Enfin si les régions Rhône-Alpes et Pays de la Loire ne font pas partie du tiers des régions où les risques sont les plus élevés, elles connaissent néanmoins des risques supérieurs à la moyenne, bien que leur

équipement en lits de niveau 2 et 3 soit quant à lui inférieur.

Le degré d'adéquation entre lieu de naissance et niveau de risque varie d'une région à l'autre

34 % des enfants issus de grossesses multiples en France métropolitaine naissent encore, on l'a vu, dans une maternité sans environnement de néonatalogie en 2000. Cette proportion diffère très fortement selon les régions et varie de 3,4 % à 45 % (graphique 7). De même, la part des enfants de poids de naissance inférieur à 2 500 grammes nés dans des maternités de premier niveau est-elle aussi très variable, de 12 % et 48,1 % selon les régions.

La dotation en lits de niveau 2 et 3 intervient à l'évidence, sans expliquer totalement ces différences d'orientation. Ainsi, parmi les sept régions où les parts d'enfants à risque nés en maternités de niveau 1 sont les plus élevées, on retrouve quatre des sept régions les moins dotées.

8. Ces chiffres concernent la France métropolitaine. À la Réunion, on recense 10,1 lits de niveau 2 et 3 pour 1 000 accouchements.

9. Pour la Réunion, les taux de naissance multiple et d'enfants de poids de naissance insuffisant sont respectivement de 2,1 % et 11,9 %. Si le taux de naissances multiples est légèrement en dessous de la moyenne nationale, celui d'enfants pesant moins de 2 500 grammes est très largement au dessus (presque 5 % de plus).

On y trouve également les régions Bourgogne, Auvergne et Champagne-Ardenne, qui ont une faible densité globale de maternités sur leur territoire et occupent respectivement en ce domaine les 17^e, 18^e et 19^e rangs. Des problèmes d'accessibilité pourraient donc expliquer les difficultés d'orientation des grossesses dans ces régions. Pour les quatre premières régions, on peut faire l'hypothèse d'une saturation des maternités les mieux équipées en raison du cumul d'un fort taux de naissances à risque et d'un nombre total de lits de niveau 2 et 3 relativement faible, d'autant que la durée moyenne de séjour y est inférieure à la valeur médiane (5,8 jours). *A contrario*, force est de constater qu'en Languedoc-Roussillon et Pays de la Loire, le faible taux d'équipement en lits de niveau 2 et 3 ne s'accompagne pas pour autant de taux élevés d'enfants à risques nés en niveau 1.

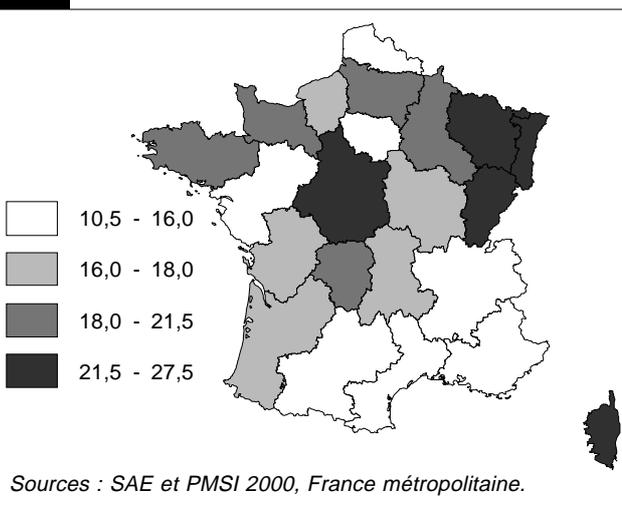
La répartition des enfants à risque dans les différentes maternités n'est en elle-même pas suffisante pour étudier les différences d'organisation régionale, qui dépendent à la fois des inégalités de dotation et d'exposition aux risques. On peut toutefois comparer pour chaque région la proportion régionale moyenne d'enfants à risque à celle observée pour les maternités des différents niveaux.

Dans cinq régions : Provence-Alpes-Côte d'Azur, Rhône-Alpes, Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon, Franche-Comté, la proportion d'enfants de poids inférieur à 2 500 grammes parmi les enfants nés dans une maternité de niveau 3 (dépassant 18,5 %) est plus de 2,5 fois supérieure à celle constatée dans l'ensemble de la région, traduisant un effort particulier pour adapter les lieux de naissance aux risques pour l'enfant. L'Auvergne et la Haute-Normandie tentent elles aussi d'orienter les enfants de poids de naissance insuffisant vers des maternités adaptées : la proportion de ces enfants parmi l'ensemble des naissances en maternités de niveau 1 est en effet relativement faible par rapport à leur importance dans la région. En revanche, ce sont davantage les maternités de niveau 2 qui les accueillent avec des proportions d'enfants de faible poids de naissance dans ce type d'unité de, respectivement, 12,1 % et 10,5 %, soit plus de 1,5 fois supérieures à leurs proportions régionales respectives.

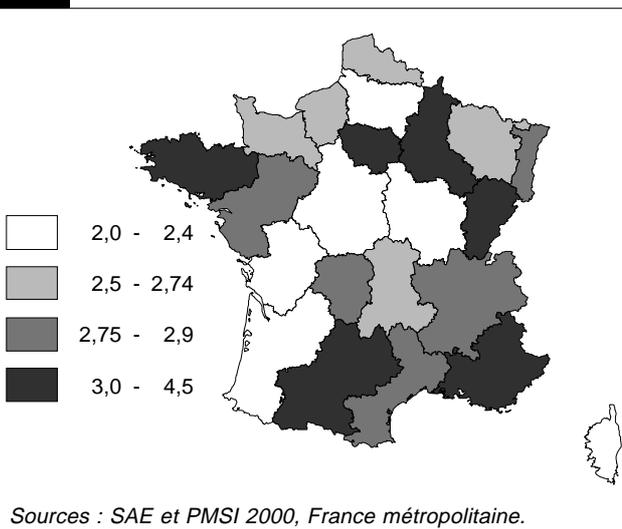
En ce qui concerne les enfants issus d'une naissance multiple (tableau 7), cinq régions se démarquent par une orientation préférentielle vers les maternités de niveau 3 : Midi-Pyrénées, Haute-Normandie, Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Rhône-Alpes. La part de ces enfants parmi l'ensemble de ceux nés en maternités de niveau 3 est plus de 2 fois plus élevée que leur proportion dans la région (3,5 fois plus élevée pour la région Midi-Pyrénées avec 12 % de naissances multiples parmi les naissances en maternités de niveau 3).

Les mouvements de restructuration et de concentration sur longue période des maternités ont donc eu des incidences différentes selon les secteurs d'activité, et les régions. Les orientations retracées par le décret de 1998 semblent pourtant déjà avoir un impact sur les pratiques des maternités. La prise en charge des nouveau-nés dont le poids de naissance est extrêmement faible (moins de 1 500 grammes) s'est, en particulier, fortement améliorée. De manière générale, on constate une plus grande adéquation entre le niveau de risque encouru par les femmes ou les nouveau-nés et l'environnement dont dispose la maternité. Ces évolutions méritent d'être suivies dans l'avenir, d'autant que la mise en place d'organisations de collaborations en réseaux exerce un impact qui s'inscrit dans la durée. ●

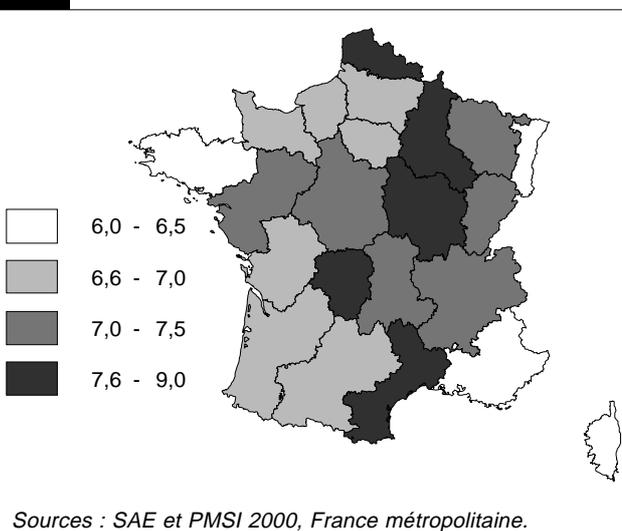
C.01 nombre de lits de niveaux 2 et 3 pour 1000 accouchements par région en 2000



C.02 taux de naissances multiples par région en 2000



C.03 taux d'enfants de poids de naissance insuffisant par région en 2000



T
06

proportion d'enfants de poids de naissance inférieur à 2 500 grammes

	taux global d'enfants nés de poids insuffisant	taux d'enfants nés de poids insuffisant dans les maternités de niveau		
		1	2	3
Alsace	6,4	2,3	5,4	12,9
Aquitaine	7,0	4,1	6,5	14,8
Auvergne	7,1	3,5	12,1	7,1
Basse-Normandie	6,9	3,2	8,2	12,7
Bourgogne	7,7	7,6	7,9	—
Bretagne	6,2	2,8	5,6	14,2
Centre	7,5	4,2	9,6	6,1
Champagne-Ardenne	8,4	9,5	7,5	9,0
Corse	6,3	2,7	8,6	—
Franche-Comté	7,5	2,6	7,2	19,4
Haute-Normandie	6,9	2,6	10,5	10,2
Île-de-France	7,0	3,9	8,4	12,8
Languedoc-Roussillon	8,3	3,7	6,6	21,9
Limousin	8,8	3,9	9,4	16,5
Lorraine	7,3	5,2	6,6	11,8
Midi-Pyrénées	6,7	3,8	9,5	18,9
Nord - Pas-de-Calais	7,6	4,4	9,0	14,7
Pays de la Loire	7,1	3,7	8,1	11,8
Picardie	7,0	3,1	8,8	16,6
Poitou-Charentes	6,7	3,7	8,2	10,5
Provence-Alpes-Côte d'Azur	6,5	3,9	7,3	18,8
Rhône-Alpes	7,1	3,6	7,0	20,7
France métropolitaine	7,1	3,9	7,9	14,1
Réunion	11,9	10,7	11,6	18,2

Sources : SAE et PMSI.

T
07

proportion d'enfants nés de naissance multiple

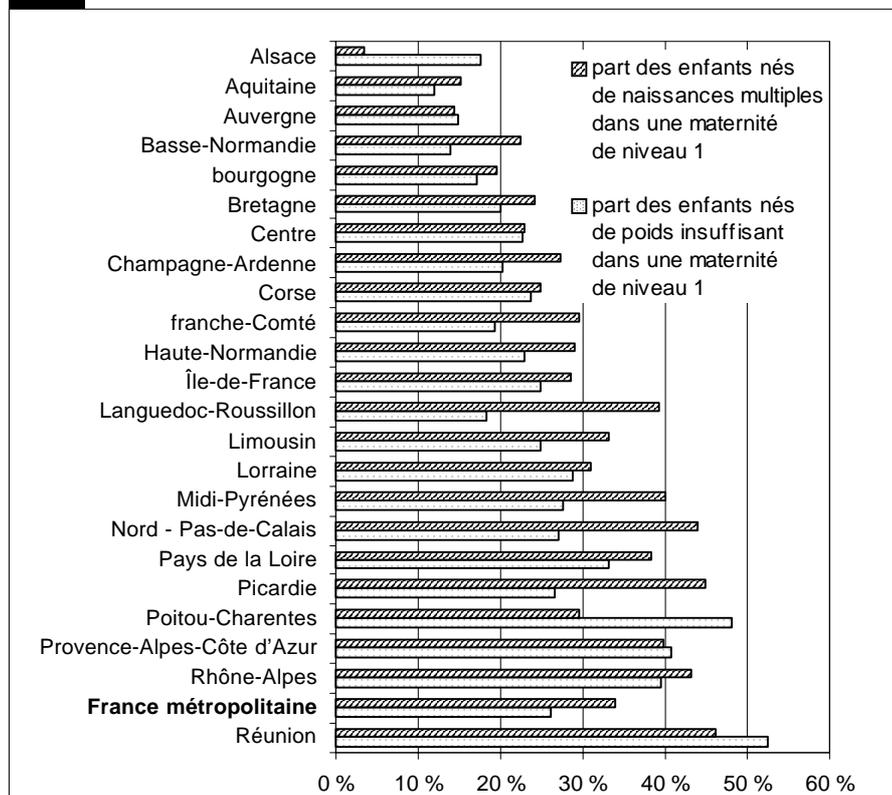
	taux global d'enfants nés de naissance multiple	taux d'enfants nés de naissance multiple dans les maternités de niveau		
		1	2	3
Alsace	2,9	1,7	3,7	3,7
Aquitaine	2,2	1,7	2,2	3,1
Auvergne	2,5	2,0	2,4	4,9
Basse-Normandie	2,5	1,4	2,7	4,8
Bourgogne	2,3	1,4	3,2	—
Bretagne	3,0	2,9	2,1	4,8
Centre	2,4	1,3	2,6	3,4
Champagne-Ardenne	3,2	3,6	2,7	4,5
Corse	2,0	0,2	3,3	—
Franche-Comté	4,4	2,0	5,0	8,3
Haute-Normandie	2,6	1,1	2,3	6,6
Île-de-France	3,4	2,8	2,8	6,5
Languedoc-Roussillon	2,9	1,6	2,1	7,1
Limousin	2,8	1,7	2,0	5,5
Lorraine	2,7	1,9	2,3	4,4
Midi-Pyrénées	3,4	2,1	3,0	12,0
Nord - Pas-de-Calais	2,5	1,7	3,6	3,9
Pays de la Loire	2,9	1,7	2,9	4,7
Picardie	2,3	1,5	2,8	3,2
Poitou-Charentes	2,0	1,2	2,0	3,9
Provence-Alpes-Côte d'Azur	3,0	2,0	3,6	6,4
Rhône-Alpes	2,8	2,3	2,3	5,7
France métropolitaine	2,9	2,1	2,8	5,3
Réunion	2,1	1,8	2,0	3,5

Sources : SAE et PMSI.

8

G
07

part des enfants nés de naissance multiple ou de poids de naissance insuffisant en maternité de niveau 1 par région



Sources : SAE et PMSI.

Pour en savoir plus

- Décrets sur la sécurité des naissances, n° 98-889 et 98-900.
- Ruffié A., Deville A., Baubeau D., « État des lieux des structures obstétricales et néonatales en France », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1998 ; 27.
- David S., Mamelle N., Rivière O., et les obstétriciens des maternités du Réseau Sentinelle, « Qui accouche où ? Qui naît où ? », Analyse à partir du Réseau Sentinelle Audipog en 1997-1998, *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 2000 ; 29.
- Collège nationale des gynécologues et obstétriciens Français, « Conférence de consensus sur la prise en charge de la femme enceinte, de l'accouchement et du nouveau-né selon leur niveau de risque », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1998 ; 27.
- Groupe IMAGE, « Le risque des maternités : coefficient d'exposition au risque obstétrical des maternités (CEROM) », *CNAMTS - GAIN Obstétrique II - janvier 1997*.
- Lagneu-Combier E., *Régulation des soins par la qualité : un modèle pour la périnatalité*, Thèse, Université Paris 7, 1999.
- Baubeau D., Morais S., Ruffié A., « Les maternités de 1975 à 1996 : un processus de restructuration sur longue période », *Études et Résultats*, n° 21, juillet 1999.
- Mamelle N., David S., Lombrail P., Rozé J.-C., « Indicateurs et outils d'évaluation des réseaux de soins périnataux », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 2001 ; 30.