



Au sujet des maternités >>

Marc DUPONT
Direction des affaires juridiques
27 mars 2025

27 mars 2025



Une part significative de l'activité des établissements de santé est consacrée à la grossesse et à l'accouchement

L'accouchement : le premier motif d'hospitalisation

Au total, les 727 000 accouchements de 2021 ont représenté environ 5 % de l'activité hospitalière de court séjour en médecine-chirurgie-obstétrique (source : DREES)

Impact actuel de la chute de la natalité



Au sujet des
maternités

La sécurité des maternités (activité de périnatalité) est étroitement réglementée par deux décrets du 9 octobre 1998 relatifs aux établissements de santé publics et privés **pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale** (CSP, art. R. 6123-39 à R. 6123-55, D. 6124-35 à D. 6124-63).



Le premier décret prévoit que pour assurer dans de bonnes conditions la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés, les établissements de santé doivent comporter sur un même site

- ✓ soit une unité d'obstétrique,
- ✓ soit une unité d'obstétrique et une unité de néonatalogie,
- ✓ soit encore une unité d'obstétrique, une unité de néonatalogie et une unité de réanimation néonatale,

lesquelles doivent être en mesure de garantir la surveillance et la continuité des soins tous les jours de l'année et 24 heures sur 24

Au sujet des
maternités



Au sujet des
maternités

L'encadrement réglementaire de cette activité avait connu une première étape avec le décret « Dienesch » du 21 février 1972, applicable aux cliniques privées d'accouchement, qui imposait des normes de sécurité très détaillées pour les locaux et le plateau technique ; 15 lits minimum étaient notamment requis pour obtenir l'autorisation d'exercice d'une maternité. Ce texte a entraîné la disparition de nombreuses petites cliniques obstétricales, souvent tenues par des sage-femmes

Dans le secteur public, des normes identiques, imposées la même année, ont eu pour effet de diminuer le nombre de maternités implantées dans des hôpitaux locaux, peu fréquentées et placées sous la responsabilité de médecins généralistes.



Les « décrets de périnatalité » du 9 octobre 1998 ont par la suite visé à « améliorer la sécurité de la mère et de l'enfant et à assurer des soins de qualité aux nouveau-nés », en orientant les femmes enceintes dites « à risque » (grossesses multiples, prématurité, diabète gestationnel, hypertension sévère...) vers les structures disposant de l'environnement médical nécessaire.

Les établissements et services de maternité (471) sont organisés à cet effet en trois niveaux de soins : niveau 1 (175 établissements) : ils disposent uniquement d'une unité d'obstétrique qui comporte au minimum 15 lits et s'adressent aux nouveau-nés bien portants ayant seulement besoin de soins de puériculture ; niveau 2 (229 établissements) : ils associent une unité d'obstétrique à une unité de néonatalogie pour les nouveau-nés nécessitant des soins spécifiques ; niveau 3 (67 établissements) : ils comportent, outre une unité d'obstétrique et une unité de néonatalogie, une unité de réanimation néonatale permettant d'assurer des actes spécialisés à des bébés présentant des détresses graves ou des risques vitaux nécessitant des soins de réanimation (données DREES).

Quel que soit leur niveau, les maternités doivent disposer, tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, d'au moins une sage-femme, un gynécologue-obstétricien, un anesthésiste-réanimateur et un pédiatre.



Au sujet des
maternités

Les décrets sur la périnatalité ont fourni un levier aux agences régionales de l'hospitalisation (désormais ARS) pour fermer de petites maternités qui n'étaient pas viables ou sûres

Entre 1975 et 2015, près des deux tiers des maternités ont fermé, la plupart privées, ces fermetures s'accompagnant d'un accroissement important de la taille des maternités restantes, 80 % des enfants naissant dans 200 villes (source : INSEE, 2017 ; v. aussi Cour des comptes, Rapport sur la Séc. soc., 2008, p. 280), avec une évolution sensible des pratiques : la péridurale est devenue la norme ; deux fois plus de césariennes et deux fois plus de déclenchements sont effectués qu'il y a trente ans (source : DREES, 2019)

La durée moyenne de séjour en maternité a sensiblement diminué, passant de 8 jours en 1975 à 4,4 jours en 2020 (DREES)



L'autorisation d'obstétrique n'est délivrée qu'aux établissements justifiant d'une activité minimale annuelle de **300 accouchements**, sauf dérogation motivée par un éloignement imposant des temps de trajets excessifs à une partie significative des patientes

En 2020, 3 % des maternités prenaient en charge moins de 300 accouchements par an, situées majoritairement dans des départements montagneux : Savoie, Haute-Savoie ; ou ruraux : Ardèche, Ariège, Aveyron, Cantal, Corrèze

Les autres établissements ne peuvent pratiquer, sous l'appellation de « **centre périnatal de proximité** » que des consultations pré et postnatales, des cours de préparation à la naissance, l'enseignement des soins aux nouveau-nés et des consultations de planification familiale

Ces centres peuvent bénéficier du concours d'un établissement de santé pratiquant l'obstétrique moyennant la conclusion d'une convention approuvée par le directeur général de l'ARS.



Au sujet des
maternités

Le second décret du 9 octobre 1998 fixe les normes techniques de fonctionnement qui s'imposent aux établissements autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale. Des obligations très précises pèsent ainsi sur eux en ce qui concerne le nombre de lits dans les différentes unités, la configuration des locaux, les effectifs des différentes catégories de personnels et l'organisation générale destinée à assurer la permanence des soins

Un arrêté du 25 avril 2000 (JO 16 juin) a, en outre fixé des normes architecturales spécifiques et les équipements nécessaires au bon fonctionnement des unités concernées.



Au sujet des
maternités

Des critiques se sont élevées sur le dispositif distinguant trois niveaux de soins. Il est constaté en effet que les maternités de niveau 2 et 3 prennent actuellement en charge quatre accouchements sur cinq (source : DREES, 2021), témoignant de l'attractivité des unités spécialement équipées pour les naissances à risque et d'une médicalisation sans doute excessive.

V. le rapport de l'Académie nationale de médecine « *Planification d'une politique en matière de périnatalité en France : organiser la continuité des soins est une nécessité et une urgence* », qui propose de réduire le nombre de maternités afin d'améliorer la sécurité des parturientes et les conditions de travail et juge « illusoire de soutenir une activité de moins de 1 000 accouchements » par an (23 févr. 2023, Y. Ville, rapporteur) ; v ; également, C. des comptes, « *La politique de périnatalité* », rapp., 2024).



Au sujet des
maternités

Traduisant l'existence d'autres demandes sociales, des tentatives pour offrir des alternatives moins « médicalisées » que les maternités traditionnelles ont abouti à un régime d'autorisation par le directeur général de l'ARS de « **maisons de naissance** », structures sanitaires dépourvues du statut d'établissement de santé et au sein desquelles des sage-femmes assurent l'accouchement des femmes dont elles ont suivi la grossesse. Chaque maison de naissance doit être contiguë à un établissement de santé autorisé pour l'activité de soins de gynécologie-obstétrique et les prises en charge doivent se conformer à des recommandations de bonnes pratiques professionnelles établies par la Haute Autorité de santé (CSP, art. L. 6323-4 à L. 6323-4-6)



Au sujet des
maternités

Compte tenu de l'éloignement de certaines maternités du domicile des femmes enceintes et pour des motifs de sécurité, la loi prévoit que les établissements de santé publics et privés autorisés à faire fonctionner une unité de gynécologie-obstétrique doivent proposer aux femmes enceintes une prestation d'hébergement temporaire non médicalisé, le cas échéant confiée à un tiers, lorsque la situation de leur domicile implique une durée d'accès à une unité adaptée de gynécologie-obstétrique supérieure à un seuil (CSP, art. L. 6111-1-5 et R. 6111-55)



En complément...



En hospitalisation à domicile

Un volet « *ante et post partum* » : hospitalisation à domicile des femmes avant et après l'accouchement

Une équipe pluridisciplinaire

Convention nécessaire avec un établissement autorisé en obstétrique

Art. D. 6124-210 et s., CSP

Au sujet des
maternités



Problématiques du décès périnatal

En 2018, 6722 enfants sont nés sans vie en France (source : DREES)

La délivrance d'un acte d'enfant sans vie est conditionnée à une demande parentale et à la production d'un certificat attestant dde l'accouchement

(décret et arrêté du 20 août 2008)

Seuils de 15 et 22 semaines d'aménorrhée

Premiers éléments d'un droit funéraire : circulaire intermin. Du 19 juin 2009



Problématique de l'accouchement « sous X »

Rapport du CNAOP 2023

Le nombre d'accouchements dans le secret signalés au CNAOP par les départements est sur une tendance à la baisse : 434 en 2023 contre 518 en 2020, pour les années 2021 et 2022 des chiffres étaient plus faibles (390 en 2021 et 209 en 2022). Le nombre de dossiers pour lesquels l'accès à l'identité ne pourra se faire que par le pli fermé est de 175 compte tenu des rétractations des mères de naissance dans le délai imparti (70 rétractations) ou parce que l'identité est accessible hors pli fermé (60)

Les levées de secret et déclarations d'identité spontanées sont en augmentation : 96 en 2023 contre 70 en 2022

Depuis 2002, le CNAOP a enregistré 13 129 dossiers, 12 611 ont été clôturés. Le CNAOP a pu communiquer l'identité des parents de naissance pour 3 988 demandes mais pour 1 441 dossiers, les parents de naissance contactés ont refusé de lever le secret