

# Gynécologie-Obstétrique

Ce livret du PRS fait partie de la collection de documents constitutifs du Projet Régional de santé 2018-2022 (PRS). Il constitue l'un des documents d'évaluation des besoins de santé du PRS. Il complète l'analyse des besoins qui figure dans chacune des fiches du schéma régional de santé dans sa partie consacrée aux implantations des Activités Soumises à Autorisation. Il reflète les travaux conduits en 2016 et 2017 par l'Agence Régionale de Santé avec ses partenaires pour l'évaluation des besoins sanitaires de la région. Il trace les perspectives d'évolution dans une vision prospective à 10 ans et sa traduction opérationnelle à cinq ans

Le champ de la gynéco-obstétrique recouvre 2 axes:

- La gynécologie se décompose dans l'offre de soins en actes de chirurgie gynécologique et des consultations de gynécologie médicale
- L'obstétrique concerne le suivi de la grossesse, l'accouchement et le post-partum

Les actes de chirurgie gynécologique sont pris en charge dans le cadre de la chirurgie (par exemple un grand nombre d'établissements effectue de la gynécologie en hospitalisation de jour en chirurgie).

Les consultations de gynécologie sont aussi une activité médicale investie par les médecins traitants.

Le chantier du PRS2 concentrera donc la réflexion sur l'obstétrique.

## I. Evolution du contexte par rapport au PRS 1

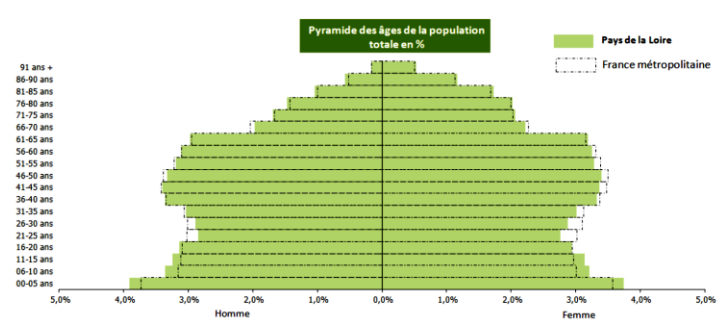
Evolution 1 Données démographiques pour les années à venir

*La proportion de femmes jeunes pour le renouvellement des naissances augmente :*

En 2013, le taux de fécondité en Pays de la Loire est supérieur à la France métropolitaine.

Les projections à 2027 de la population estiment une augmentation de + 10,4% des 16-34 ans en Pays de Loire (Projection DOA, sources INSEE, projection Omphale, janvier 2017).

Ce constat est corroboré par un indice de vieillissement inférieur à la moyenne nationale même s'il y a une légère sous-représentation des 21-35 ans actuels au regard de la France.



Le nombre de naissances reste assez stable de 2004 à 2014 en Pays de Loire, il diminue de 0,8 %.

*Le taux de mortalité néonatale régionale est inférieur à celui de la France métropolitaine.*

Pour autant, la Sarthe et la Vendée ont un taux supérieur à celui de la France (respectivement 2,9 et 2,5 pour 1 000 naissances vivantes versus 2,3).

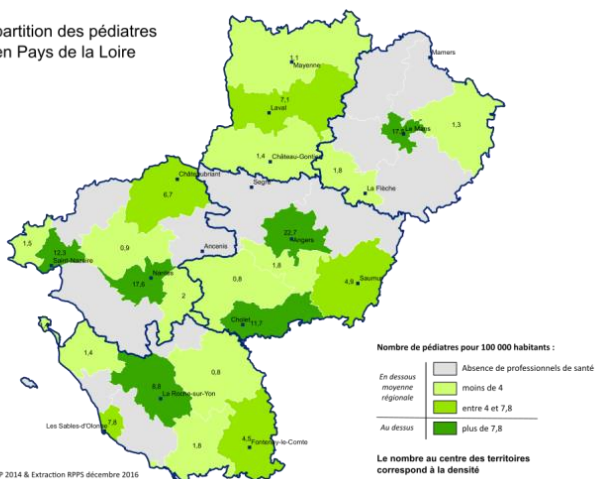
*Une présence insuffisante de professionnels :*

### Les pédiatres :

La densité de pédiatres de la région est inférieure à la densité de la France métropolitaine (37,1 versus 56,6 pédiatres pour 100 000 enfants de moins de 15 ans). Pour autant, la Mayenne et la Vendée ont une densité très inférieure par rapport à la région (13 pédiatres pour 100 000) et parmi les pédiatres vendéens 50 % ont plus de 55 ans (Sources : INSEE, RP 2014 et RPPS 2016 - DREES-RPPS 2016 et CNOM 2015).

En termes de formation, le nombre annuel de places des internes s'élève à 17 internes en pédiatrie.

Répartition des pédiatres en Pays de la Loire



Gynéco-obstétriciens	Effectifs	Densité*	Part salariés	Part 55 ans et +
<b>Loire-Atlantique</b>	93	7,00	48%	21,5%
<b>Maine-et-Loire</b>	53	6,62	26%	30,2%
<b>Mayenne</b>	9	2,93	89%	22,2%
<b>Sarthe</b>	35	6,15	34%	45,7%
<b>Vendée</b>	31	4,73	52%	29,0%
<b>Région</b>	221	6,04	48%	27,1%
<b>France</b>	/	18,60**	/	/

En termes de formation, le nombre annuel de places s'élève à 13 internes en Gynéco- obstétrique.

### Les médecins anesthésistes réanimateurs :

Leur densité est inférieure de moitié en Pays de la Loire par rapport à la France entière pour 3 départements (Mayenne, Sarthe et Vendée). A l'inverse, la Loire-Atlantique et le Maine et Loire sont très attractifs, la densité y est supérieure à celle de la France entière.

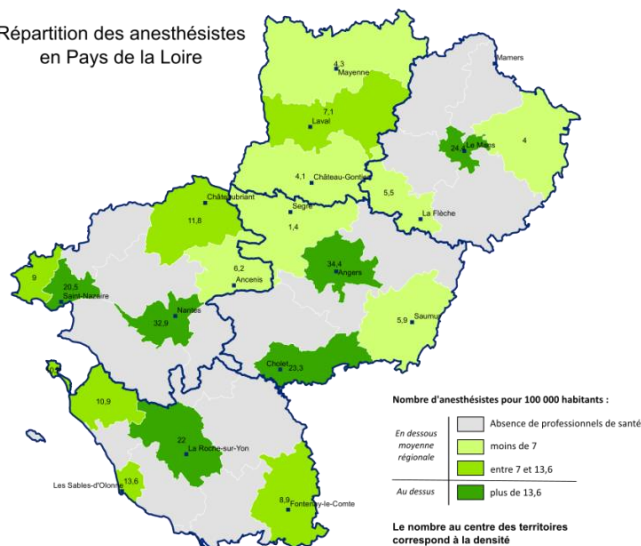
Pédiatres	Effectif	densité*	part des 55 ans et plus	part de salariés
Loire-Atlantique (44)	132	48,9	30,3	71,2
Maine-et-Loire (49)	85	49,5	25,9	69,4
Mayenne (53)	12	12,6	33,3	75,0
Sarthe (72)	38	31,5	55,3	68,4
Vendée (85)	22	13,5	50,0	77,3
<b>Région des Pays de la Loire</b>	<b>289</b>	<b>37,1</b>	<b>33,9</b>	<b>70,9</b>
<b>France entière</b>	<b>/</b>	<b>56,6</b>	<b>41,0</b>	<b>/</b>

\* pour 100 000 enfants de - de 15 ans, au recensement Insee 2014

Source : Insee, RP 2014 & RPPS, extraction décembre 2016

Source France : DREES - RPPS 2016 pour les 55 ans et plus & CNOM Atlas 2015 pour la densité

Répartition des anesthésistes en Pays de la Loire

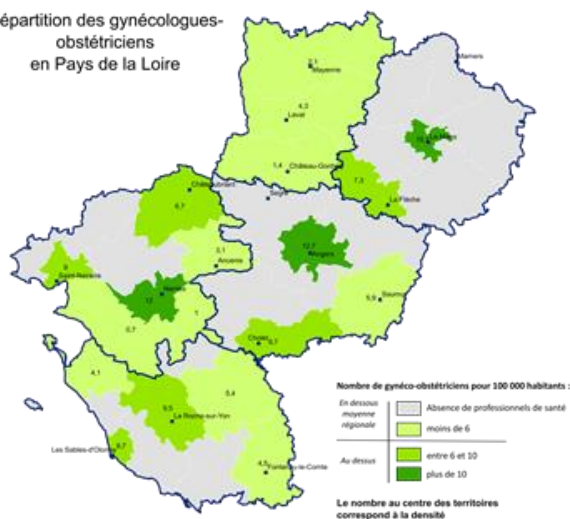


Source : Insee, RP 2014 & Extraction RPPS janvier 2017

### Les gynéco-obstétriciens :

La région souffre globalement d'un manque très significatif de gynéco-obstétriciens. En 2015, le déficit est trois fois plus important dans la région par rapport à la France métropolitaine. Il est majeur pour 2 départements, la Mayenne puis la Vendée.

Répartition des gynécologues-obstétriciens en Pays de la Loire



Source : Insee, RP 2014 & Extraction RPPS septembre 2016

Anesthésistes-Réanimateurs	Effectif	densité*	part des 55 ans et plus	part de salariés
Loire-Atlantique (44)	246	18,3	44,3	58,1
Maine-et-Loire (49)	131	16,3	35,9	58,0
Mayenne (53)	17	5,5	58,8	52,9
Sarthe (72)	56	9,8	41,1	46,4
Vendée (85)	51	7,7	45,1	49,0
<b>Région des Pays de la Loire</b>	<b>501</b>	<b>13,6</b>	<b>42,3</b>	<b>55,7</b>
<b>France entière</b>	<b>/</b>	<b>14,9</b>	<b>45,0</b>	<b>/</b>

\* pour 100 000 habitants, au recensement Insee 2014

Source : Insee, RP 2014 & RPPS, extraction septembre 2016

Source France : DREES - RPPS 2016 pour les 55 ans et plus & CNOM Atlas 2015 pour la densité

## Evolution 2 : Le maillage de l'offre et l'accès aux soins

L'objectif du PRS1 à savoir le maintien du maillage, le respect de la graduation des soins, et la bonne organisation des transferts pour garantir un bon accès aux soins est-il atteint ?

L'implantation des 23 maternités avec la répartition suivante des types 1, 2A, 2B et 3 dans chaque département répond à l'objectif d'accessibilité. 85 % des femmes en âge de procréer sont à moins de 30 minutes de la maternité la plus proche.

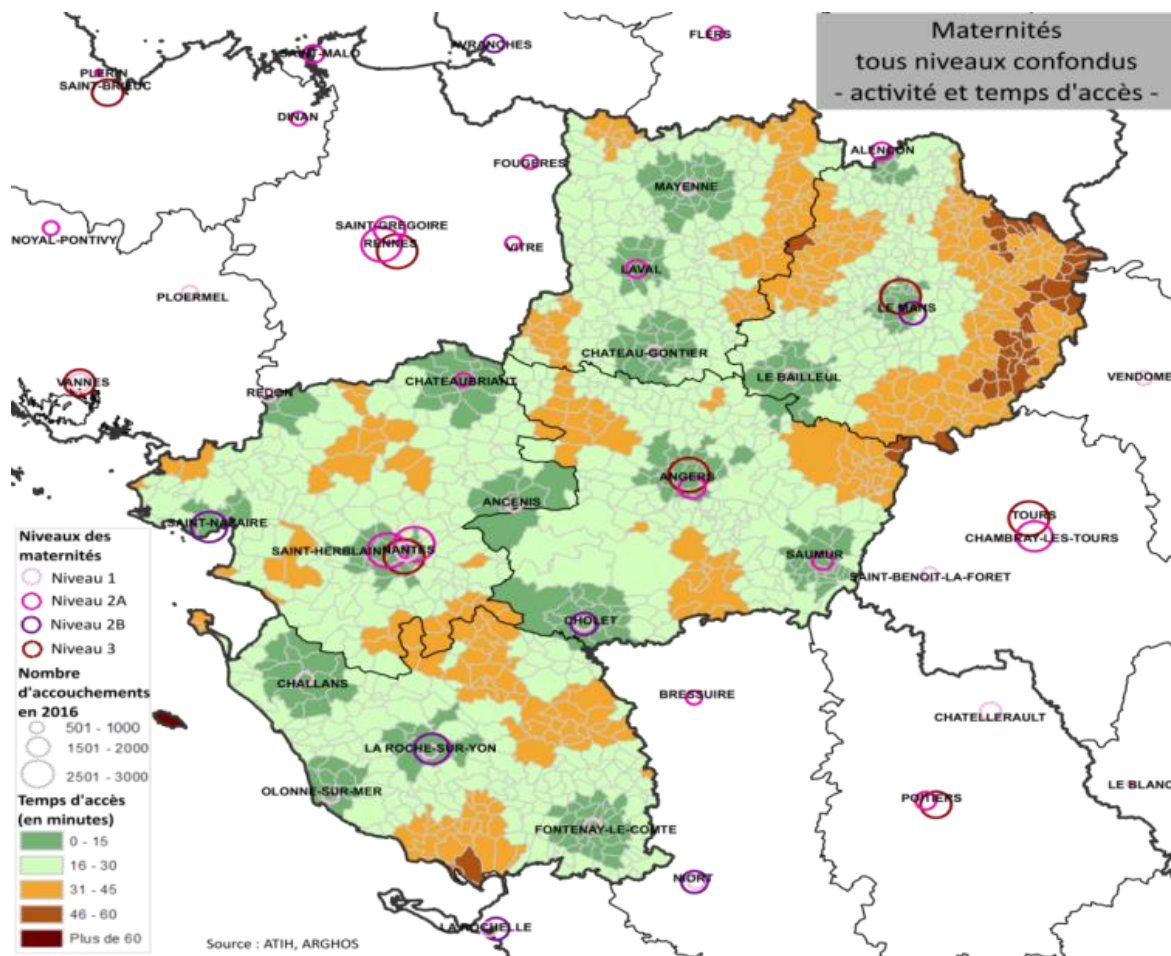
Les zones en orange sur la carte concernent les maternités pour lesquelles le temps d'accès est à plus de 30 minutes.

L'évolution de l'activité des maternités est variable selon les départements, le niveau de soins et le statut :

Entre 2013 et 2016, en France, le nombre de naissances a diminué de 26 510 soit - 3,3 % (France entière données INSEE) contre 9 % en Pays de la Loire. Cette diminution est corrélée à la légère sous-représentation des 21-35 ans au regard de la France métropolitaine.

Territoires de santé	Part des communes		Part des femmes de 15-49 ans		Nombre de femmes de 15-49 ans	
	dont la maternité la + proche est à 30 minutes ou plus	dont la maternité la + proche est à moins de 30 minutes	dont la maternité la + proche est à 30 minutes ou plus	dont la maternité la + proche est à moins de 30 minutes	dont la maternité la + proche est à 30 minutes ou plus	dont la maternité la + proche est à moins de 30 minutes
Loire-Atlantique (44)	20%	80%	10%	90%	28 872	269 858
Maine-et-Loire (49)	20%	80%	8%	92%	13 295	162 931
Mayenne (53)	29%	71%	14%	86%	8 421	53 955
Sarthe (72)	54%	46%	28%	72%	33 420	85 963
Vendée (85)	30%	70%	26%	74%	33 006	96 271
<b>Région des Pays de la Loire</b>	<b>33%</b>	<b>67%</b>	<b>15%</b>	<b>85%</b>	<b>117 014</b>	<b>668 978</b>

Source : Insee, RP 2012



La Loire-Atlantique et le Maine et Loire sont moins impactés par rapport à la Mayenne, la Sarthe et la Vendée. Les établissements qui ont la plus forte diminution sont des maternités de type 1 publiques ou privées (6 sur 8), et parmi celles-ci, on retrouve 3 maternités (CH Ancenis, CH du Haut Anjou et CH Loire Vendée Océan) qui ont des difficultés d'effectifs (Cf. ci-dessous : Evolution des naissances entre 2013 et 2016 dans les maternités de la région des Pays de la Loire).

*2.2 L'objectif du PRS1, à savoir la création d'équipes de territoires de taille suffisante, constituées notamment de pédiatres afin d'assurer la continuité et la permanence des soins au sein de chaque maternité et service de néonatalogie est-il atteint ?*

Les difficultés de fonctionnement des maternités sont persistantes et s'aggravent.

Elles concernent cinq maternités publiques de type 1. Le recours à l'intérim pour les spécialistes gynécologues-obstétriciens, anesthésistes-réanimateurs et la présence pédiatrique insuffisante sont les problèmes majeurs. Celle-ci repose soit sur 1 ou 2 praticiens, soit sur le déplacement du SMUR. Néanmoins 4 maternités fonctionnent grâce à des conventions avec les maternités les plus proches de type supérieur pour la prise en charge en néonatalogie ou en réanimation. Dans l'attente, la sage-femme et le médecin anesthésiste réanimateur de la maternité de type 1, formés par la simulation à la réanimation du nouveau-né, interviennent sur le bébé.

Cette réponse partielle a été apportée sous l'impulsion du Réseau Sécurité Naissance (RSN). Les conventions inter établissements permettent une présence pédiatrique pour les soins programmés, les sorties des nouveau-nés, les consultations mais ne pallient pas à la demande de pédiatre en salle de naissance pour la prise en charge des nouveau-nés. Cette organisation ne supplée pas la continuité des soins et le transfert de nouveau-nés. Pour autant, les professionnels estiment que le dispositif d'astreintes partagées pour intervenir à la fois dans un établissement distant et sur celui où l'astreinte est effective, est non soutenable à long terme.

Evolution 3 Qualité et sécurité des prises en charges, recommandations de bonnes pratiques

*3.1 L'objectif du PRS sur l'organisation de la chirurgie et le développement de l'ambulatoire est-il atteint ?*

Le virage ambulatoire s'est mis en place avec le développement de l'hospitalisation à temps partiel dans les spécialités chirurgicales (gynécologie) qui se réalise dans le cadre de l'autorisation administrative de chirurgie ambulatoire.

En ce qui concerne l'obstétrique :

- 4 maternités sur 23 ont l'autorisation d'hospitalisation à temps partiel et pourtant 22 % des journées de tous les établissements sont des séjours qui relèvent de l'hospitalisation à temps partiel pour le suivi des grossesses pathologiques par exemple.
- le raccourcissement des durées moyennes de séjours en maternité et les sorties précoces ont été favorisés et soutenus par le programme d'accompagnement au retour à domicile (PRADO) après l'hospitalisation en maternité.

*3.2 L'objectif du PRS 1 de réduire la saturation des maternités avec réanimation néonatale est-il atteint ?*

Le PRS1 souhaitait réduire la saturation des maternités avec activité de réanimation néonatale. La mise à disposition de réanimateurs pédiatriques des maternités type 3 voire parfois de type 2B pour les « SMUR pédiatriques » fragilise la permanence des soins dans les maternités des CHU et CH de chef-lieu de département.

Par ailleurs, la permanence des soins qui repose sur les pédiatres pour l'activité de néonatalogie dans les maternités de type 2 est fragile en lien avec la ressource en pédiatres. A noter qu'un établissement a perdu son type 2B pendant 3 ans jusqu'au recrutement d'un 6ème pédiatre avec un recours à une maternité plus éloignée pour les soins intensifs.

Les cellules d'orientation ont pour mission de rechercher et de transférer la parturiente ou le nouveau-né dans le service adapté aux soins qu'ils requièrent. Dans les faits, ces cellules s'occupent des transferts vers les maternités de type 3 qui sont de façon continue à un taux d'occupation maximum, ce qui nécessite des organisations pour faciliter les parcours. Ils reposent sur un travail en réseau entre les maternités, qui est la mission de base du RSN (SRAE identifiée). Le fonctionnement actuel repose sur 2 hémi cellules l'une au CHU de Nantes (2/3 des transferts) et l'autre au CHU d'Angers (1/3 des transferts), qui toutes les 2 ne fonctionnent que le jour (pourtant 21 % des appels sont de nuit).

Enfin, l'activité du CHU de Nantes est saturée à certains moments de l'année car elle joue aussi le rôle de maternité de type 1 de son territoire. En 2015, le CHU de Nantes a un taux d'occupation de 97 % (SAE 2015).



### 3.3 L'objectif du PRS1 concernant les missions du Réseau Sécurité Naissance de coordinations des acteurs, d'évaluation des organisations et de la mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques est-il atteint ?

Les indicateurs de la qualité et l'efficacité évoluent et sont contrastés :

- Les Nouveau-nés nés au bon endroit dans la maternité adaptée au niveau des soins requis par la mère et l'enfant (les in born) s'améliorent par les transferts in utero et post natus. Le nombre de in born augmente en Pays de Loire entre 2013 et 2014 alors qu'il stagne pour la France métropolitaine (Sources : PSMI ATIH.)
- Les actes qui permettent de suivre la qualité de la prise en charge (déclenchement, césariennes, épisiotomie) montrent une différence en fonction du statut des maternités (public ou privé). La probabilité d'avoir une césarienne ou une épisiotomie est multipliée par 1,3 dans les maternités privées, et celle d'avoir un déclenchement ou une extraction instrumentale est respectivement multipliée par 1,4 et 1,5 (Sources : ÉTUDES et RÉSULTATS In° 897 décembre 2014 Grossesses à bas risque : interventions obstétricales selon les caractéristiques de la maternité en 2010)

## II. Problématiques actuelles et émergentes

Problématique 1 Comment assurer la sécurité et la qualité des maternités en stabilisant le maillage régional

*Comment respecter les normes réglementaires dans le contexte de pénurie de pédiatres ?*

- Faut-il poursuivre le déploiement des équipes territoriales de médecins spécialistes comme préconisé par le PRS1 ?
- Doit-on développer des actions de formations de réanimation des équipes soignantes pour pallier le déficit de pédiatres dans les maternités de type 1 ?
- En l'absence de pédiatres, faut-il envisager des fermetures des maternités de type 1 si le délai d'intervention est qualifié de non compatible avec l'impératif de sécurité ?

*Comment assurer une gradation adaptée du recours à la maternité au niveau de soins nécessités par le Nouveau-Né ou sa mère ?*

- Quel partenariat mettre en œuvre entre les maternités ?

- Comment assurer une couverture permanente jour et nuit toute l'année par les cellules d'orientation ?
- Comment poursuivre et amplifier le dépistage des grossesses à bas risques ?

*Faut-il soutenir l'installation des pédiatres vers les territoires déficitaires ?*

- Par le soutien d'un rôle de pédiatre référent libéral ou salarié ancré sur un territoire et rattaché ou en lien avec la maternité de son secteur ?
- Par des propositions financières attractives ?
- Par des temps de travail modulés, ... etc. ?

Problématique 2 : Comment diversifier l'offre pour répondre aux besoins des parturientes ?

*Comment développer l'obstétrique en hospitalisation à temps partiel pour répondre aux besoins des femmes enceintes ?*

*Comment répondre aux demandes de parturientes désirant bénéficier d'accouchements moins médicalisés ?*

- Faut-il soutenir l'ouverture des plateaux techniques aux sages-femmes libérales sachant que cette alternative semble plus réalisable dans un avenir proche qu'un projet de maison de naissances ?
- Faut-il soutenir un projet de maison de naissances ? (A titre d'information, actuellement 9 expérimentations sont en cours sur le territoire national.)

Problématique 3 : Comment améliorer la prise en charge et le suivi de la femme enceinte ?

*En amont, comment améliorer la prise en charge et le suivi de la femme enceinte concernée par les inégalités sociales de santé ?*

Le renforcement de la prise en charge des femmes et des couples les plus en difficultés, au regard de leur accès aux droits et aux soins a été très limité par rapport aux objectifs du plan 2005-2007 (Sources: La politique de périnatalité : l'urgence d'une remobilisation Cour des comptes Rapport public annuel 2012 – février 2012).

Pourtant, les 2 CHU ont ouvert des unités médico psychosociales pour l'accueil des femmes en situation de vulnérabilité ou socialement marginalisées.

- Comment repérer les difficultés sociales en amont pour adapter l'accompagnement alors que l'analyse des indicateurs PMSI montre une augmentation de 4 à 8 % entre 2013 et 2015 des accouchements avec diagnostics associés de précarité pour la Loire-Atlantique, et de 11 à 17 % pour la Sarthe ?

- Comment identifier et analyser les femmes à risque de naissance à domicile lorsque ce mode d'accouchement n'a pas été choisi mais est le résultat d'une difficulté de prise en charge (d'ordre financier, culturel, social...etc.) afin de mettre en place un accompagnement de la grossesse et de la naissance ?
- S'ajoutant à la création des équipes territoriales, développer la formation à la réanimation du nouveau-né des équipes des pédiatres, sages-femmes et médecins anesthésistes avec entraînement régulier dans ces maternités non conformes, dans l'attente de l'arrivée d'un « SMUR pédiatrique » de la maternité de référence située dans un périmètre lui permettant d'intervenir dans un délai d'arrivée compatible avec l'impératif de sécurité. Cette organisation permet un temps de pédiatre dans la maternité. Mais elle nécessite que :

#### Comment accompagner les parcours de soins et en particulier l'aval :

- Comment améliorer les services des cellules d'orientation et permettre une couverture en continu jour et nuit toute l'année ?
- Comment identifier ou diagnostiquer les fragilités des femmes enceintes le plus en amont possible afin de permettre une prise en charge adaptée le plus vite possible, pour désamorcer une situation susceptible de s'aggraver sans intervention ?
- Comment favoriser le travail partenarial dans le cadre du maillage réseau hôpital pour sécuriser les sorties après l'accouchement, les sorties précoces, les sorties PRADO, le suivi par les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMPS) des enfants en situation de handicap, le Réseau Grandir Ensemble pour le suivi des enfants nés prématurément, etc... par la complémentarité et le relais des intervenants que sont les médecins libéraux, les sages-femmes libérales et la protection maternelle et infantile ?
- Comment soutenir, développer le rôle des médecins traitants auprès des nouveau-nés quittant précocement les maternités ?

- L'intervention du SMUR avec un réanimateur pédiatrique soit conventionnée,
- Les formations à la réanimation néonatale des équipes de IADE, MAR, SF et pédiatres dans les maternités de type 1 ainsi que les sessions d'entraînement doivent être suivies.

#### Préconisation 2 Encourager la qualité de prise en charge des nouveaux nés et des parturientes

- Veiller à ce que le Réseau Sécurité Naissance en tant que Structure Régionale d'Appui et d'Expertise, en concertation avec les acteurs de la région, décline les recommandations de bonnes pratiques nationales et forme les professionnels du secteur pour assurer la qualité des prises en charge.
- Rationaliser et harmoniser le fonctionnement des transferts maternels pour assurer une permanence en continu tous les jours de l'année.
- Poursuivre le développement de l'hospitalisation à temps partiel d'obstétrique pour optimiser l'offre et la rendre plus efficace.
- Soutenir la diversification des prises en charge par la mise en place des conventions entre maternités et sages-femmes libérales afin de mettre à disposition les plateaux techniques, et soutenir un projet de Maison De Naissance aux portes d'une maternité de type 2 ou 3.
- Intégrer dans le parcours de formation des internes en médecine et des médecins traitants un axe sur le suivi médical des nouveau-nés.

### **III. Préconisations d'évolutions à conduire dans le prochain PRS**

#### Préconisation 1 Assurer la sécurité des naissances et le respect des décrets de périnatalité

- Créer des équipes territoriales de médecins spécialistes (éventuellement dans le cadre des GHT ou de partenariat public-privé), avec des postes partagés et des missions pour la permanence de soins sur un établissement ou sur un territoire. Cette organisation permet l'examen du nouveau-né avant la sortie, les dépistages néonataux et la réponse aux urgences en salle de naissances réalisés par le pédiatre à temps partagé pendant son temps de présence dans la maternité de type 1. Néanmoins, dans un contexte de démographie de pédiatres défavorable, il existe un risque de désorganiser la qualité des soins dans la maternité prenant en charge des nouveau-nés nécessitant des soins plus importants.

#### Préconisation 3 Renforcer les actions en faveur des familles pour lutter contre les inégalités de santé et en particulier les plus vulnérables

- Favoriser le travail partenarial dans le cadre du maillage réseau hôpital pour sécuriser les sorties après l'accouchement, les sorties précoces, les sorties PRADO, le suivi par les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMPS) des enfants en situation de handicap, le Réseau Grandir Ensemble pour le suivi des enfants nés prématurément, etc...

par la complémentarité et le relais des intervenants que sont les médecins libéraux, les sages-femmes libérales et la protection maternelle et infantile

- Développer le soutien à la parentalité avant, pendant et après la naissance, en s'appuyant sur les dispositifs existants et particulièrement en généralisant sur la région le dispositif expérimental PANJO dans le cadre
- du partenariat avec la Protection Maternelle et Infantile.

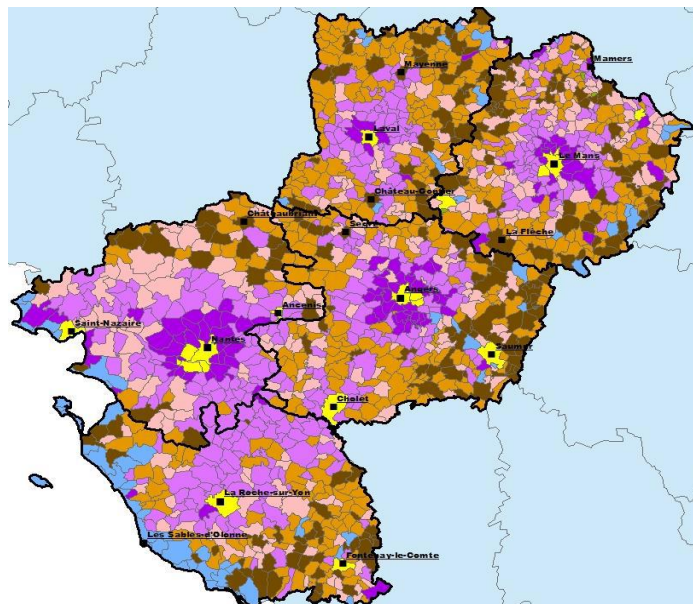
C'est un socle qui permet d'intégrer différentes priorités de prévention. Actuellement, le choix porte sur l'information relative aux pleurs incessants du nourrisson et la prévention des bébés secoués, le repérage des troubles sensoriels et du comportement. Un travail sur la vaccination, sur l'environnement de la femme enceinte et du bébé (air intérieur, produits ménagers et cosmétiques, jouets ...) est en préparation.

Cette démarche pourrait être accompagnée d'une proposition aux mères, d'ateliers collectifs leur permettant :

- de se constituer un réseau qui perdurerait au-delà des prises en charge de la protection maternelle et infantile
  - d'organiser un accompagnement sur la parentalité si nécessaire (addictions...)
- Créer une 3ème unité médico psychosociale dans le département de la Sarthe, département de la région où le taux de pauvreté est élevé, particulièrement pour la tranche des moins de 30 ans.

Classe
A
B
C
D
E
F
G

A Centres agglomérations. Fortes inégalités  
 B Communes peu denses population fragilisée  
 C Communes dominante littorale, population âgée et emploi précaire  
 D Communes peu denses préservées  
 E Périurbain fin  
 F Périurbain aisé peu d'inégalités  
 G Premières couronnes aisées des agglomérations



La typologie sociale des communes ci-dessous montre les inégalités.

## IV. Zonage de l'activité Gynéco-obstétrique

Argumentaires :

Le PRS 1 a stabilisé le maillage territorial des maternités, en volume d'activité et en professionnels. L'implantation des 23 maternités répond à l'objectif d'accessibilité au sein de chaque département.

La distance d'accès est de moins de 30 minutes pour 85 % des femmes en âge de procréer. Pour les 15 % de femmes à plus de 30 minutes, situés en zone peu dense, les services d'urgence de la région sont organisés pour pallier cette accessibilité.

La gradation des soins est organisée pour chaque département. L'ensemble des départements est couvert par des maternités de type 1 et 2 pour répondre à une offre de soins de proximité complète. Le lien avec les maternités de type 3 est organisé au sein de chaque département (maternité de type 3 de référence) dans le cadre du partenariat avec la SRAE « Réseau Sécurité Naissance ».

## Proposition zone : Le territoire de démocratie sanitaire

### Evolution des naissances entre 2013 et 2016 dans les maternités de la région des Pays de la Loire

Type	Raison sociale	Commune	Nb séjours avec accouchement 2013	Nb séjours avec accouchement 2016	Evolution %
2B	CH	St Nazaire	2870	2 470	-16%
3	CHU	Nantes	3832	3 824	0%
1	CH	Ancenis	859	590	-46%
2A	CH	Châteaubriant	673	594	-13%
1	Clinique Brétéché	Nantes	1433	1 455	2%
2A	Clinique Mutualiste Jules Verne	Nantes	3244	3 318	2%
2A	Polyclinique de l'Atlantique	St Herblain	4674	4 328	-8%
	Loire-Atlantique		17 585	16 579	-6%
3	CHU	Angers	3978	3 921	-1%
2B	CH	Cholet	2026	2 043	1%
1	Polyclinique du Parc	Cholet	1081	852	-27%
2A	Clinique de l'Anjou	Angers	2199	1 930	-14%
2A	CH	Saumur	1316	1 069	-23%
	Maine et Loire		10 600	9 815	-8%
1	CHI du Haut Anjou	Château Gontier	964	758	-27%
1	CH du Nord Mayenne	Mayenne	760	740	-3%
2B	CH	Laval	1622	1 335	-21%
	Mayenne		3 346	2 833	-18%
3	CH	Le Mans	3901	3 721	-5%
2B	Clinique Le Tertre rouge	Le Mans	1905	1 605	-19%
1	Pôle Santé Sarthe et Loir	Sablé Sur Sarthe	613	522	-17%
	Sarthe		6 419	5 848	-10%
2B	CH Les Oudairies	La Roche sur Yon	2627	2 470	-6%
1	CH	Fontenay Le Comte	831	783	-6%
1	CH	Les Sables d'Olonne	621	565	-9%
1	Clinique St Charles	La Roche sur Yon	791	593	-25%
1	CHI Loire Vendée Océan	Challans	872	714	-18%
	Vendée		5 742	5 125	-11%
	Région		43 692	40 200	-9%



**Listes des implantations :**

Arrêté n° ARS-PDL/DAS/ASR/n° 651/2016 du 3/10/2016 fixant le bilan quantifié de l'offre de soins pour les activités de soins

Territoire de santé	Activité	Implantations autorisées	Implantations prévues par le SROS	Demandes recevables en termes de nombre d'implantations
LOIRE-ATLANTIQUE	Gynécologie-obstétrique	2	2	NON
	Gynécologie-obstétrique et néonatalogie simple	3	3	NON
	Gynécologie-obstétrique et néonatalogie avec soins intensifs	1	1	NON
	Gynécologie-obstétrique et néonatalogie avec soins intensifs et réanimation néonatale	1	1	NON
MAINE-ET-LOIRE	Gynécologie-obstétrique	1	1	NON
	Gynécologie-obstétrique et néonatalogie simple	2	2	NON
	Gynécologie-obstétrique et néonatalogie avec soins intensifs	1	1	NON
	Gynécologie-obstétrique et néonatalogie avec soins intensifs et réanimation néonatale	1	1	NON
MAYENNE	Gynécologie-obstétrique	2	2	NON
	Gynécologie-obstétrique et néonatalogie simple	0	0	NON
	Gynécologie-obstétrique et néonatalogie avec soins intensifs	1	1	NON
	Gynécologie-obstétrique et néonatalogie avec soins intensifs et réanimation néonatale	0	0	NON
SARTHE	Gynécologie-obstétrique	1	1	NON
	Gynécologie-obstétrique et néonatalogie simple	0	0	NON
	Gynécologie-obstétrique et néonatalogie avec soins intensifs	1	1	NON
	Gynécologie-obstétrique et néonatalogie avec soins intensifs et réanimation néonatale	1	1	NON
VENDEE	Gynécologie-obstétrique	4	4	NON
	Gynécologie-obstétrique et néonatalogie simple	0	0	NON
	Gynécologie-obstétrique et néonatalogie avec soins intensifs	1	1	NON
	Gynécologie-obstétrique et néonatalogie avec soins intensifs et réanimation néonatale	0	0	NON

## INSEE Bilan démographique 2015

	PAYS DE LA LOIRE	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	France métropolitaine
Femmes de 15 ans à 49 ans	786 445	301 256	175 352	61 792	118 437	129 608	14 130 491
Naissances domiciliées 2012 définitives	44 771	16 821	10 061	3 750	6 703	7 436	788 603
Naissances domiciliées 2013 définitives	44 303	16 822	10 016	3 656	6 645	7 164	779 883
Taux de natalité en 2013 - Naissances domiciliées pour 1 000 habitants	12.0	12.5	12.4	11.9	11.6	10.8	12.2
Taux de fécondité en 2013 - Naissances pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans	56.3	55.8	57.1	59.2	56.1	55.3	55.2
<i>Source STATISS 2015</i>							
	PAYS DE LA LOIRE	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	France métropolitaine
Nés vivants 2014	43 671	16 700	9 781	3 456	6 664	7 070	781 167
Décédés de moins d'un an	122	46	22	7	23	24	2 598
Décédés de moins de 7 jours	66	22	12	5	16	11	1 263
Décédés de moins de 28 jours	85	27	15	6	19	18	1 798
Taux de mortalité Infantile	2.8	2.8	2.2	2.0	3.5	3.4	3.3
Taux de mortalité Néonatale	1.9	1.6	1.5	1.7	2.9	2.5	2.3
<i>Source INED données 2014</i>							

### **Méthodologie des travaux**

- Bilan PRS 1 sur les 3 axes (offre, qualité et attente des patientes) :
  - ✓ Etude épidémiologique nationale sur les petits âges gestationnels de l'INSERM pour mieux connaître le devenir des enfants prématurés 2011 résultats en 2016
  - ✓ A partir des dossiers de renouvellement d'autorisations des maternités PdL
  - ✓ Enquête de la Cour des comptes sur les maternités Janvier 2015
  - ✓ Certification de la HAS
- Concertation externe avec Structure Régionale d'Expertise et d'Appui Réseau Sécurité Naissance auquel adhèrent toutes les maternités de la région : 2 réunions
- Consultations des instances de démocratie sanitaire : CSOS, CRSA

### **Sources bibliographiques**

- Etudes et Résultats | n° 814 - octobre 2012 Audrey Baillot, Franck Evain Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) : Les maternités : un temps d'accès stable malgré les fermetures
- INSTRUCTION N°DGOS/R2120121267 du 3 juillet 2012 relative au temps d'accès en moins de trente minutes à des soins urgents : Accessibilité aux soins urgents en moins de trente minutes :
- Niveaux maternité selon référentiel RSN des Pays de Loire
- Évaluation du plan périnatalité 2005 – 2007 Rapport final : Ministère de la santé et des sports Direction Générale de la Santé mai 2010
- RAPPORT D'INFORMATION fait au nom de la commission des affaires sociales (1) sur l'enquête de la Cour des comptes relative aux maternités, Par M. Jean-Marie VANLERENBERGHE 21 janvier 2015
- La politique de périnatalité : l'urgence d'une remobilisation Cour des comptes Rapport public annuel 2012 – février 2012
- CIRCULAIRE N° DGOS/RH4/2014/92 du 10 avril 2014 relative à la mise en œuvre des mesures prises en faveur de la reconnaissance des sages-femmes hospitalières et à l'application de certaines dispositions du décret n° 2013-841 du 20 septembre 2013 modifiant les dispositions relatives à la commission médicale d'établissement et aux transformations des établissements publics de santé et à la politique du médicament dans les établissements de santé : Unité physiologique
- LOI n° 2013-1118 du 6 décembre 2013 autorisant l'expérimentation des maisons de naissance
- HAS le cahier des charges relatif à l'expérimentation des maisons de naissance septembre 2014
- ÉTUDES et RÉSULTATS In° 897 - décembre 2014 Grossesses à bas risque : interventions obstétricales selon les caractéristiques de la maternité en 2010
- Atlas de la démographie médicale CNOM 2016

# Les livrets du PRS

