

Chapitre XIII

L'assurance maternité : une place à clarifier

PRESENTATION

La maternité bénéficie en France, depuis la mise en place de la sécurité sociale, d'un régime de protection particulier dans un triple objectif sanitaire, social et nataliste.

Distincte de l'assurance maladie mais gérée pour leurs bénéficiaires respectifs par les différents régimes d'assurance maladie sans avoir été constituée en branche autonome, l'assurance maternité offre une couverture plus favorable que cette dernière.

Elle assure en effet, quel que soit le régime de rattachement, la prise en charge à 100 % de l'ensemble des soins médicaux pendant la majeure partie de la grossesse, l'accouchement et ses suites. Pour les ressortissantes du régime général, elle compense la perte du salaire pendant le congé de maternité par le versement d'indemnités journalières, à un taux égal à 100 % du salaire net. Pour celles qui appartiennent à d'autres régimes, des dispositions particulières les ont fait bénéficier également d'indemnités de repos.

La Cour a cherché à analyser ce champ de dépenses à la fois important – le total des dépenses de l'assurance maternité, tous régimes, s'est élevé à 7,3 Md€ en 2013 - et paradoxalement mal identifié⁴⁴³.

Elle a constaté l'élargissement progressif de ce dispositif de protection spécifique et au périmètre peu cohérent (I). La dynamique rapide d'augmentation de la dépense lui est apparue insuffisamment analysée (II). La recherche d'une meilleure efficacité nécessite ainsi de mettre en place une régulation adaptée dans un cadre clarifié (III).

443. La Cour complètera cette approche dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2015 dont elle consacrera un chapitre à la problématique de l'organisation des maternités à partir de l'enquête qui lui a été demandée à ce sujet par la commission des affaires sociales du Sénat.

I - Une protection spécifique au champ de plus en plus large mais peu cohérent

A - Une couverture en développement continu

1 - Une prise en charge de soins non uniquement liés à la grossesse

Les prestations en nature de l'assurance maternité couvrent traditionnellement l'ensemble des frais médicaux, pharmaceutiques, d'analyses et d'examen de laboratoires, d'appareils et d'hospitalisation directement liés à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites.

Ce champ d'application s'est progressivement élargi au fil du temps avec la prise en charge de l'accouchement sans douleur (loi du 1^{er} juillet 1956), de quatre consultations obligatoires (arrêté du 27 août 1971), du dépistage de la toxoplasmose, de la rubéole et de l'immunisation foeto-maternelle (décret du 17 mars 1978) et en 1996 de l'examen médical du futur père si l'examen de la mère ou les antécédents familiaux le rendent nécessaire.

En 1989, la prise en charge à 100 % par l'assurance maternité des examens obligatoires des enfants de moins de six ans⁴⁴⁴ a fait sortir l'assurance maternité de son périmètre initial pour la faire contribuer à la politique de périnatalité.

L'ordonnance n° 2004-1455 du 15 avril 2004 et le décret et l'arrêté du 23 décembre 2004 pris pour son application ont étendu encore le champ de l'assurance maternité. Elle est désormais définie par rapport à deux critères : d'une part une période, qui va du quatrième mois précédant la date présumée de l'accouchement à 12 jours après ce dernier, pendant laquelle relèvent de l'assurance maternité l'ensemble des soins dont bénéficie une femme enceinte, qu'ils soient désormais ou non en

444. Article L. 2132-2 du code de la santé publique. Ces examens sont au nombre de neuf la première année, trois la deuxième année puis de deux par an jusqu'à l'âge de six ans.

relation directe avec son état ; d'autre part une série de prestations spécifiques⁴⁴⁵.

2 - Une extension des dispositifs d'indemnisation des congés liés à la maternité

Les salariées bénéficient d'indemnités journalières dites de repos pendant leurs congés de maternité depuis la création du régime général. Si un arrêt de travail obligatoire minimum de huit semaines est imposé, la salariée enceinte a droit à un congé de maternité indemnisé beaucoup plus long, variant de 16 à 26 semaines selon le nombre d'enfants déjà à charge et jusqu'à 46 semaines en cas de naissances multiples.

Tableau n° 72 : durée du congé maternité (cas des salariées)

	Avant la date prévue d'accouchement	Après la date prévue d'accouchement	Total
Naissance unique portant à 1 ou 2 le nombre d'enfants à charge	6 semaines	10 semaines	16 semaines
Naissance unique portant à 3 ou plus le nombre d'enfants à charge (ou lorsque l'assurée a déjà mis au monde au moins 2 enfants nés viables)	8 semaines	18 semaines	26 semaines
Naissance de jumeaux	12 semaines	22 semaines	34 semaines
Naissance de triplés ou plus	24 semaines	22 semaines	46 semaines

Source : Cour des comptes

Un congé supplémentaire de 14 jours également indemnisé à 100 % du salaire net pris en charge par l'assurance maternité dit « congé pathologique » peut être accordé sur prescription médicale.

445. Outre les soins obligatoires pris en charge au cours des quatre premiers mois (7 examens médicaux), ces soins comprennent : caryotype fœtal et amniocentèse, dépistage du VIH, dosage de la glycémie, séances de préparation à l'accouchement psycho-prophylactique, IVG thérapeutique ou non volontaire, séances de rééducation abdominale et périnéo-sphinctérienne.

La problématique de l'allongement du congé maternité

En 2008, la Commission européenne a proposé de porter la durée du congé maternité fixée au plan européen de 14 à 18 semaines. En effet, en Europe, si un certain nombre de pays offrent un congé maternité d'une durée égale aux 16 semaines dont bénéficient les salariées en France (l'Espagne, l'Autriche ou les Pays-Bas), d'autres accordent un congé plus court, comme l'Allemagne (14 semaines) et la Belgique (15 semaines). En revanche, les congés indemnisés sont plus généreux dans un nombre significatif de pays, notamment le Danemark (18 semaines), l'Italie (5 mois), le Royaume-Uni (39 semaines), la Suède (inclus dans le congé parental de 480 jours à partager entre parents). Le taux d'indemnisation du congé maternité varie selon les pays.

La France avait annoncé qu'elle ne s'opposerait pas à une telle proposition en dépit du coût évalué à l'époque à 250 M€. Le Parlement européen ayant demandé de porter la durée du congé à 20 semaines et d'augmenter son indemnisation, ce qui aurait porté le coût pour la France à 1,3 Md€. Ce projet n'a pas abouti.

Sous des formes spécifiques, des modes d'indemnisation ont été plus récemment mis en place pour d'autres catégories. Les exploitantes agricoles peuvent recevoir une allocation de remplacement, versée directement par l'assurance maternité du régime agricole à un service de remplacement ou sur présentation du contrat de travail et des bulletins de salaires du salarié embauché à cette fin⁴⁴⁶. Les travailleurs indépendants affiliés au régime social des indépendants (RSI) bénéficient d'une allocation forfaitaire de repos maternel (3 086 € en 2013), sans lien avec l'arrêt d'une activité professionnelle et à la condition d'une cessation de travail d'au moins 44 jours consécutifs, d'une indemnité journalière forfaitaire (2 231,68 € en 2013 et 3 753,28 € pour une interruption de 74 jours, durée maximale d'indemnisation). Les professionnels de santé relevant du régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés bénéficient pour leur part sous réserve de cesser toute activité professionnelle non pas d'une allocation forfaitaire mais d'indemnités journalières (50,72 € en 2013) sur une durée plus longue, alignée depuis 2006 sur celle du régime général.

Cette extension progressive a été complétée par l'institution en 2002 au bénéfice des pères, sous condition de cessation effective d'activité, d'un congé de paternité⁴⁴⁷ de 11 jours, s'ajoutant aux trois

446. En 2011, seules 53 % des femmes éligibles y ont eu recours.

447. Prévus à l'article L. 331-8 du code de la sécurité sociale, il a été rebaptisé au 1^{er} janvier 2013 « congé de paternité et d'accueil de l'enfant » par la loi de financement pour 2013.

jours de congé de naissance prévus par le droit du travail et indemnisé dans les mêmes conditions que le congé de maternité.

B - Des prestations plus favorables que celles de l'assurance maladie

1 - Une prise en charge intégrale des soins

La prise en charge à 100 % des futures mères pour les soins liés ou non à leur état, quelle qu'en soit la cause, du sixième mois de leur grossesse au 12^{ème} jour qui suit l'accouchement, la période de grossesse antérieure étant prise en charge au titre de l'assurance maladie dans les conditions de droit commun, n'inclut pas seulement la suppression complète de tout ticket modérateur, mais également l'exonération de la participation forfaitaire d'un euro, de la franchise, du forfait de 18 € et du forfait hospitalier. Seuls les dépassements d'honoraires éventuels restent à la charge de l'assurée ou de sa couverture complémentaire.

Tableau n° 73 : répartition entre l'assurance maternité et l'assurance maladie en fonction de la date théorique d'accouchement (J)

J-9 mois à J-4 mois	J-4 mois à J	J à J+12	J+13 et +
Assurance maladie pour toutes les prestations sauf :	Prise en charge par l'assurance maternité à 100 % de tous les soins même sans rapport avec la grossesse		Assurance maladie pour toutes les prestations sauf :
prise en charge par l'assurance maternité des soins « obligatoires » (à 100 %)			prise en charge par l'assurance maternité de la rééducation abdominale et périnéo-sphinctérienne (à 100 %)

Assurance maternité Assurance maladie

Source : Cour des comptes

Comme la Cour l'a précédemment relevé⁴⁴⁸, l'assurance maternité assure ainsi une prise en charge particulièrement étendue. Ce dispositif apparaît au demeurant spécifique à la France, puisque selon la direction de la sécurité sociale, le suivi médical de la grossesse est pris en charge

448. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011*, chapitre X : la prise en charge à 100 % de dépenses de santé par la sécurité sociale, La Documentation française, septembre 2011, p. 304, disponible sur www.ccomptes.fr.

ailleurs en Europe dans les mêmes conditions que les autres prestations de santé.

2 - Des prestations en espèces plus élevées

Le taux de remplacement pour les ressortissants du régime général est nettement plus favorable en matière d'assurance maternité que d'assurance maladie. Il est en effet de 100 % du salaire net moyen des trois derniers mois pour les indemnités journalières maternité contre 50 % du salaire brut pour les indemnités journalières maladie. Leur plafond est également plus élevé : il reste égal au plafond de la sécurité sociale (soit 3 129 € nets par mois en 2014), alors que celui des IJ maladie a été ramené à 1,8 fois le SMIC en 2012 (soit 2 039 € nets par mois).

Pour ce qui est des travailleurs indépendants, le dispositif d'indemnisation des arrêts de travail pour maternité est également plus favorable que celui des indemnités journalières pour maladie. S'agissant des exploitants agricoles, le dispositif d'allocation de remplacement en cas d'arrêt de travail pour grossesse a précédé l'institution d'indemnités journalières en cas d'arrêt maladie, qui n'a été mis en place que depuis le 1^{er} janvier 2014.

Le congé de paternité et d'accueil de l'enfant

Ouvert aux pères (et au conjoint de la mère depuis 2013) quel que soit leur régime d'appartenance sous réserve de leur arrêt de travail, il a bénéficié en 2012 à 432 139 personnes, pour un coût total de 280 M€⁴⁴⁹. Selon une étude de la DREES⁴⁵⁰ de 2005, près des deux tiers des pères (66,4 %) avaient alors pris leur congé de paternité, ceci d'autant plus fréquemment qu'ils sont plus jeunes (71 % des 25-34 ans contre 58 % des pères âgés de 35 ans et plus), que leur conjointe travaille (70 % des conjoints de femme active contre 59 % des conjoints de femmes au foyer et 58 % des conjoints de femmes au chômage), qu'ils travaillent dans le secteur public (87 % contre 68 % pour les salariés du privé et 22 % pour les travailleurs indépendants et les agriculteurs). Pour près de 95 % des pères en ayant bénéficié, le congé de paternité était pris pour la totalité de sa durée légale.

3 - Un effort financier supplémentaire dépassant 1,5 Md€

Par rapport à une prise en charge au titre de l'assurance maladie, selon les estimations de la CNAMTS, l'amélioration de la couverture

449. CNAF, données basées sur les remboursements effectifs, intégrant l'ensemble des régimes de sécurité sociale et les fonctionnaires.

450. DREES, Études et résultats, n° 442, Le congé de paternité, novembre 2005.

procurée par l'assurance maternité représente une dépense supplémentaire de 315 M€ au titre de la seule exonération de ticket modérateur (hors franchises) des soins de ville et 72 M€ du fait de l'exonération du forfait journalier lors d'une hospitalisation.

S'agissant des indemnités journalières, le montant estimé du différentiel induit par l'écart de taux de remplacement est estimé par la CNAMTS à environ 1,2 Md€.

L'effort financier global interrégimes dépasse ainsi 1,5 Md€, soit 22 % de l'ensemble de la dépense prise en compte par l'assurance maternité.

C - Un périmètre peu cohérent

La très grande proximité de l'assurance maternité et de l'assurance maladie, gérées par les mêmes organismes, a favorisé une répartition empirique des prises en charge entre les deux risques, avec pour conséquence un manque de cohérence de leurs périmètres respectifs.

Avant le 6^{ème} mois de grossesse, seuls les consultations et dépistages limitativement énumérés bénéficient de la couverture à 100 %. *A contrario*, à compter du début du 6^{ème} mois, tous les soins médicaux quels qu'ils soient sont couverts à 100 %, sans qu'il soit examiné s'ils ont ou non un lien avec la grossesse. Des anomalies existent, comme la prise en charge par l'assurance maladie des deux premières échographies de la grossesse qui constituent pourtant aujourd'hui des étapes obligées d'un suivi complet de la femme enceinte.

Les dépenses engagées à l'occasion de la naissance sont partagées entre assurance maternité et assurance maladie selon des règles peu logiques. Depuis la mise en place de la tarification à l'activité, la même hospitalisation d'une mère et de son enfant lors de la naissance fait ainsi l'objet de deux tarifications distinctes (deux « groupes homogènes de séjour » ou « GHS », appartenant à deux « catégories majeures de diagnostic »⁴⁵¹ différentes), l'une pour l'accouchement *stricto sensu* et l'hospitalisation de la mère, la seconde pour l'hospitalisation des nouveau-nés consécutivement à la naissance, cette dernière étant imputée à l'assurance maladie quel que soit l'état de santé de l'enfant, pathologique ou non. Un total d'environ 1,4 Md€ de dépense fonctionnellement indissociable de l'accouchement n'est par là même pas

451. Ou « CMD ». La CMD 14 couvre les « grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum » et la CMD 15 les « nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale ».

comptabilisé en assurance maternité, mais en maladie. Cette situation, neutre du point de vue de l'assuré qui bénéficie de l'exonération du ticket modérateur, ne permet pas d'avoir une vision complète de la prise en charge de la maternité.

A contrario, on peut s'interroger sur la prise en charge par l'assurance maternité des examens obligatoires dont bénéficient les enfants de moins de six ans (évaluée par la CNAMTS à un montant de 66 M€ en 2012, tous régimes). L'imputation à l'assurance maladie serait plus logique et contribuerait à permettre un suivi plus cohérent des dépenses véritablement imputables à la grossesse et à la naissance.

Enfin, les indemnités journalières de paternité sont prises en compte dans les charges de l'assurance maternité (280 M€ en 2012), bien qu'elles soient finalement remboursées aux régimes par la CNAF, étant considérées comme relevant en réalité de la politique familiale.

II - Une dépense en augmentation rapide et insuffisamment analysée

La dépense d'assurance maternité ne fait pas l'objet d'analyse régulière de ses déterminants, alors même que sa progression est dynamique.

A - Une hausse importante des dépenses déconnectée de la démographie

Les dépenses comptabilisées au titre de l'assurance maternité ont représenté en 2013 un total de 7,3 Md€ pour l'ensemble des régimes, dont 6,8 Md€ pour le seul régime général, qui représente à lui seul près de 93 % du total. Sur ce total, les prestations en espèces atteignaient 3,3 Md€ soit 45 % de la dépense, les soins en établissements de santé publics et privés 3 Md€ soit 41 % de la dépense et les soins de ville 1 Md€ soit 14 % du total.

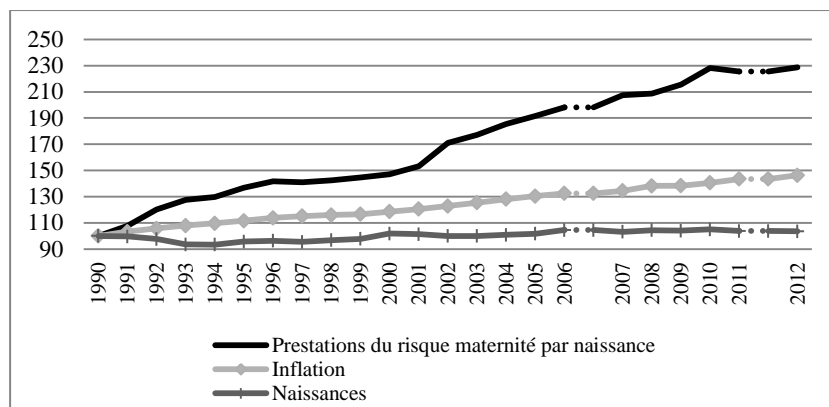
Des dépenses en établissements calculées de façon forfaitaire

Les dépenses en établissements de santé prises en compte dans l'assurance maternité connaissent une évolution erratique due aux modalités de répartition des dépenses en hôpitaux publics entre risques et entre régimes, réalisée de façon purement forfaitaire. Cette situation a justifié une réserve de la Cour dans le cadre de la certification des comptes 2012 de la CNAMTS⁴⁵². Les calculs de la Cour sur les données du PMSI 2012 montrent qu'en tenant compte de l'activité tarifée des établissements, ces dépenses se seraient élevées à 2,1 Md€ en 2012 et non à 2,5 Md€, comme l'indiquent les comptes 2012 des différents régimes (-378 M€). L'analyse présentée ci-après doit donc être examinée en tenant compte de cette incertitude portant sur 45 % du total de la dépense de l'assurance maternité. À partir des comptes 2014, cette anomalie devrait toutefois être corrigée⁴⁵³.

La dépense d'assurance maternité a été multipliée par 2,5 depuis 1990 (en euros courants). La natalité, dont la progression est beaucoup plus faible, ne peut pas en constituer l'explication sur le moyen terme (graphique n° 1). Comme le montre le tableau ci-après, l'augmentation des dépenses de maternité est en revanche corrélée à celle des prestations équivalentes servies par le risque maladie, donc aux coûts associés au fonctionnement du système de soins, d'une part et à la dynamique des indemnités journalières, d'autre part.

452. Cour des comptes, *Rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale exercice 2012* p. 30 à 33, La Documentation française, juin 2013, disponible sur www.ccomptes.fr.

453. L'article 45 de la LFSS pour 2014 fixe le principe d'une répartition des dépenses hospitalières sur la base des informations disponibles dans le PMSI de l'année précédente, à partir des comptes 2014.

Graphique n° 21 : assurance maternité et démographie

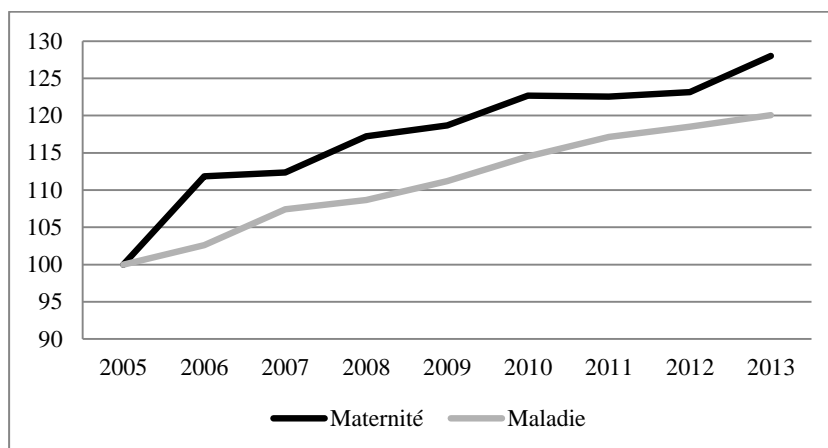
NB : rupture de série en 2006 et 2011.

Source : INSEE, DREES comptes de la protection sociale (prestations d'assurance maternité en euros courants hors accueil du jeune enfant), base 100 en 1990.

B - Une dynamique forte des soins de ville

1 - Des dépenses de soins de ville à la progression plus rapide que celles relevant de l'assurance maladie

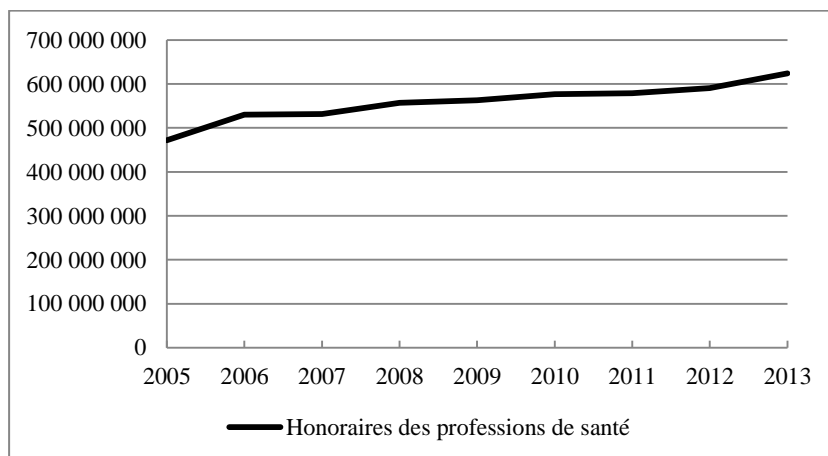
Depuis 2005, la hausse de la part des soins de ville dans la prise en charge au titre de la maternité est supérieure à celle constatée sur la même période pour le risque maladie. Cette dynamique différentielle semble s'accélérer en 2013 au vu des données disponibles qui portent sur le seul régime général (+4,4 % en un an).

Graphique n° 22 : dynamique des remboursements des soins de ville depuis 2005

Base 100 en 2005

Source : DSS (données tous régimes)

Près de 75 % de la hausse des remboursements de soins de ville constatée depuis 2005 (+181 M€) est imputable à celle des honoraires des professions de santé (hors dépassements), qui progressent de +26,5 % entre 2005 et 2012.

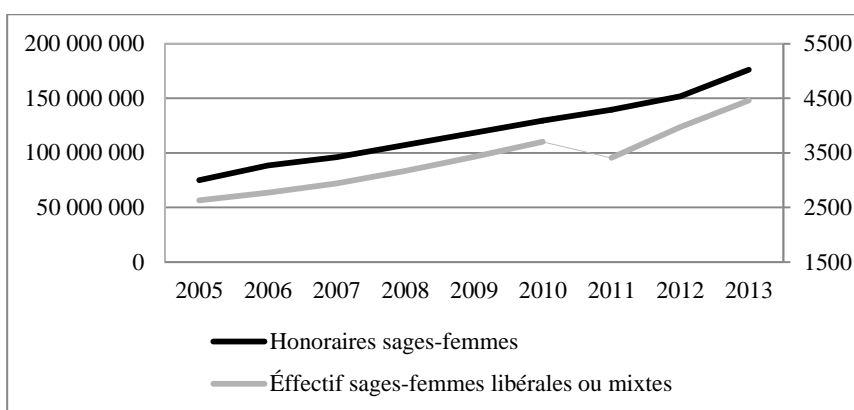
Graphique n° 23 : dépenses remboursées au titre des honoraires des professions libérales de santé en euros (régime général)

Source : données CNAMTS, calculs Cour des comptes

2 - Des honoraires de sages-femmes dont la hausse s'accélère

Plus de la moitié (55 %) de la progression des dépenses remboursées de soins de ville est imputable aux honoraires des sages-femmes, en forte progression (+135 % depuis 2005, passant de 75 à 176 M€, avec une accélération en 2013 : +16 %), en raison de la hausse très importante du nombre d'actes remboursés et, depuis 2012, de la revalorisation tarifaire alors intervenue, dans un contexte marqué par une augmentation rapide des effectifs des sages-femmes installées en libéral.

Graphique n° 24 : Honoraires en euros et effectifs des sages-femmes



Source : données DREES (France entière, rupture de série en 2011 due au changement de base de donnée ADELI-RPPS) et CNAMTS (dépense remboursée au titre des honoraires – régime général-).

La ventilation des honoraires des sages-femmes n'a que peu évolué depuis 2011⁴⁵⁴. La préparation à la naissance en représente la moitié (49 %) avec une croissance rapide de la dépense correspondante (81 M€ en 2012 contre 66 M€ en 2009, +23 %). La rééducation périnéale est à l'origine de 28 % des honoraires, les échographies 0,7 %, l'accouchement 1,3 %, les consultations et le suivi de grossesse 13,5 %.

3 - Des honoraires des médecins spécialistes en léger recul

Les remboursements au titre des honoraires des médecins spécialistes (gynécologues-obstétriciens et anesthésistes principalement),

454. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011*, chapitre VI : le rôle des sages-femmes dans le système de soins, La Documentation française, septembre 2011, p. 173 à 198, disponible sur www.ccomptes.fr.

qui représentent le tiers de la dépense de soins de ville et la moitié des honoraires, connaissent une baisse de -4 % depuis 2006, sans doute en lien avec le désengagement observé des cliniques privées de l'activité d'obstétrique⁴⁵⁵ et dans le contexte d'une absence de revalorisation des honoraires de ces professions.

Pour autant, les médecins spécialistes en charge de la maternité pratiquent des dépassements d'honoraires importants qui pèsent non sur l'assurance maternité mais sur les patientes, soit directement, soit par le biais des dispositifs d'assurance maladie complémentaire. Ainsi, en 2013, les gynécologues-obstétriciens connaissaient un taux de dépassement moyen de 76,1 %, par rapport aux honoraires conventionnels et réalisaient 24,9 % de leurs actes au tarif opposable, contre un taux de dépassement de 56,3 % et un taux d'actes au tarif opposable de 34,6 % pour la moyenne de l'ensemble des médecins spécialistes⁴⁵⁶.

C - Des indemnités journalières plus dynamiques qu'en matière de maladie

1 - Une hausse constante et linéaire

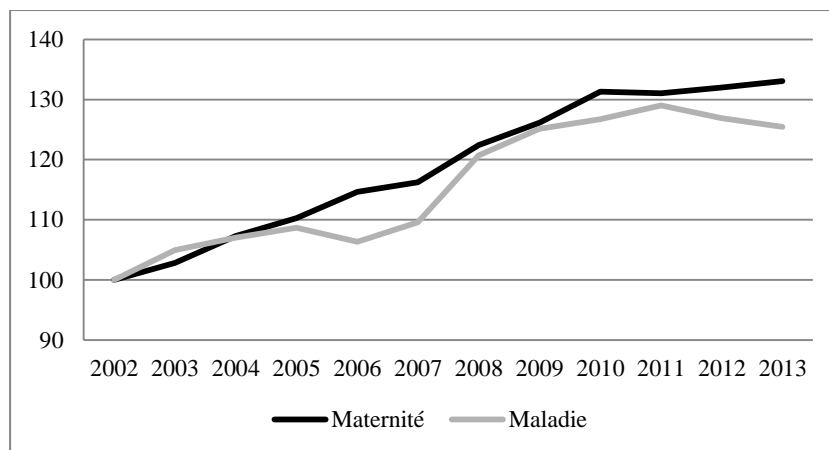
La masse des prestations en espèces de maternité est égale à la moitié du total des indemnités journalières maladie⁴⁵⁷. Leur hausse est constante et linéaire⁴⁵⁸, contrairement à l'évolution significativement plus heurtée de ces dernières.

455. Les honoraires des praticiens facturés dans le cadre de leur activité réalisée dans les cliniques privées sont imputés sur les dépenses de soins de ville.

456. Source : CNAMTS DCIR 2013 – tous régimes – France entière – tous actes (cliniques et techniques).

457. Alors que le total des prestations de l'assurance maternité ne représente que 4,4 % des dépenses du risque maladie, la masse des prestations en espèces de maternité représente 48 % de celle des prestations en espèces de maladie.

458. La mise en place du congé paternité en 2002 représentant alors une hausse de 6 % de la dépense.

Graphique n° 25 : les prestations en espèces (hors paternité)

Source : DSS (données tous régimes). Base 100 en 2002.

La dynamique d'augmentation des indemnités journalières maternité est sans doute entretenue par des facteurs objectifs comme la progression de l'emploi féminin⁴⁵⁹, voire pour partie par un effet de rattrapage très lent et progressif de leur rémunération sur les salaires masculins⁴⁶⁰. Mais aucune analyse précise n'est faite des déterminants de cette progression ni de son infléchissement récent⁴⁶¹.

2 - L'incidence des congés pathologiques

Le congé de maternité est significativement plus long que sa durée réglementaire, en raison de la possibilité de bénéficier d'un congé

459. INSEE Première, n° 1462 – août 2013 « Entre 2003 et 2011, le taux d'emploi en ETP des femmes augmente d'un point quand celui des hommes recule de trois points. ».

460. INSEE Première, n° 1436 – mars 2013 « Dans le secteur privé, l'écart de revenu salarial entre hommes et femmes a peu évolué de 1995 à 2008, passant de 34 % à 32 %. Avec la crise économique de 2008 et 2009, cet écart s'est contracté pour atteindre 28 % en 2010. En effet, la crise a touché tout particulièrement les secteurs d'activité à prédominance masculine (...). Par ailleurs, l'écart de salaire horaire entre hommes et femmes s'est amenuisé lentement entre 1995 et 2008 passant de 21 % à près de 19 %. Depuis 2008, il s'est réduit plus rapidement, atteignant moins de 18 % en 2010, suite à la stagnation du salaire horaire des hommes ».

461. Selon le rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale de juillet 2012, p. 108, ce ralentissement, moindre que celui des indemnités maladie, traduirait « un ajustement des comportements à la conjoncture et à la dégradation de l'emploi ».

pathologique accordé, obligatoirement, en cas de complications, dans la limite de deux semaines en une ou plusieurs fois pendant la période prénatale et indemnisé selon les règles du congé maternité. En pratique, 60 % des femmes enceintes en bénéficient selon une étude récente de la CNAMTS⁴⁶², pour un coût chiffré par celle-ci à la demande de la Cour à 124 M€ en 2011⁴⁶³, soit 4,5 % de la dépense totale d'indemnités journalières maternité.

Bien que ce congé soit accordé uniquement sur prescription médicale, la notion de « grossesse pathologique » semble toutefois parfois interprétée de manière très large. Ainsi, selon une enquête de la DREES remontant à 2006⁴⁶⁴, le bénéfice d'un congé pathologique paraît avant tout corrélé à la stabilité de la situation dans l'emploi, davantage qu'à l'âge de la mère, à la présence au foyer de jeunes enfants, au temps de trajet élevé ou à la pénibilité du travail.

Alors que les prestations prises en charge par l'assurance maternité entrent comme celles de l'assurance maladie dans le champ du contrôle médical, ainsi que le précise expressément le code de la sécurité sociale, la pertinence du congé pathologique de maternité ne fait l'objet d'aucun contrôle par les médecins conseils de la CNAMTS.

D - Une durée moyenne de séjour en maternité atypique et coûteuse

1 - Une baisse très progressive de la durée de séjour sans impact pour l'assurance maladie-maternité

En France, la durée moyenne de séjour (DMS) pour un accouchement normal a diminué de 6,2 jours en 1995 à 4,2 jours en 2011. Toutefois, elle a baissé de façon équivalente dans l'ensemble des pays de l'OCDE⁴⁶⁵, passant en moyenne de 4,3 jours en 1995 à 3 jours en 2011. La DMS en France reste ainsi supérieure d'un tiers à celle des autres pays de l'OCDE : elle est en Italie est de 3,4 jours, en Allemagne de 3,1 jours, au Royaume-Uni de 1,6 jour.

462. Étude de la CNAMTS portant sur 318 000 patientes du régime général hors SLM ayant accouché en 2011.

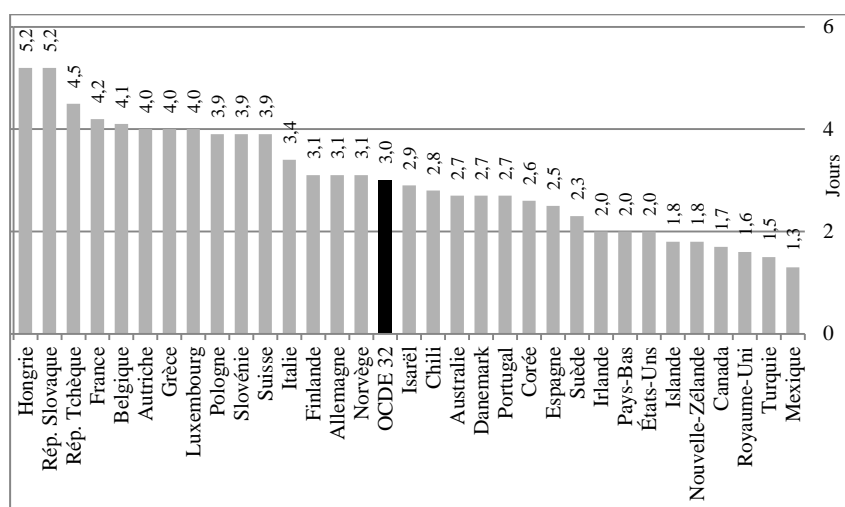
463. Année peu propice à l'allongement des congés au regard de la conjoncture.

464. DREES, *Études et résultats*, n° 531, Le congé de maternité, octobre 2006.

465. Panoramas de la santé 2013, les indicateurs de l'OCDE.

Depuis 2005, la baisse de la durée de séjour pour l'accouchement normal en France est extrêmement progressive : environ -1 % par an en moyenne (environ -8,5 % entre 2005 et 2013).

Graphique n° 26 : durée moyenne de séjour pour accouchement normal dans l'OCDE



Source : statistiques de l'OCDE sur la santé 2013 - durée moyenne de séjour pour un accouchement normal, 2011 (ou année la plus proche)

La baisse de la durée moyenne de séjour permet une réduction des coûts pour les établissements mais les tarifs facturés à l'assurance maternité (ou à l'assurance maladie pour les nouveau-nés) restent identiques tant que la durée d'hospitalisation reste comprise entre deux et sept jours. En conséquence, les établissements ont intérêt à réduire la durée moyenne de séjour, mais l'assurance maladie-maternité n'en tire aucun bénéfice. Une telle tarification, forfaitaire et insuffisamment dégressive, devrait être adaptée pour mieux concourir à la maîtrise de la dépense.

Sur la base d'un chiffrage par la CNAMTS du coût marginal de la dernière journée d'hospitalisation à 482 €⁴⁶⁶, si la durée moyenne de séjour de la France pour un accouchement sans complication (4,2 jours) rejoignait la moyenne de l'OCDE (trois jours), il en résulterait une économie théorique brute (avant financement des nécessaires mesures d'accompagnement) de 318 M€.

466. Calcul CNAMTS à partir des données de l'enquête nationale sur les coûts à méthodologie commune, sur les tarifs en vigueur au 1^{er} mars 2011.

2 - Le programme d'accompagnement du retour à domicile : un dispositif dont l'intérêt économique reste à démontrer

Le programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO) constitue l'action principale conduite par la CNAMTS dans le secteur de la périnatalité.

Le programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO)

Le principe du programme PRADO, développé par la CNAMTS depuis 2010 jusqu'à sa généralisation en 2013, est de faciliter le retour au domicile après la naissance, grâce à un accompagnement effectué par une sage-femme libérale. Après avis de l'équipe médicale, un conseiller de l'assurance maladie (personnel administratif) rend visite à la mère à la maternité le lendemain de son accouchement pour présenter le dispositif et recueillir son éventuelle adhésion. Le conseiller convient avec elle d'un rendez-vous avec une sage-femme (choisie par la mère) pour deux visites au domicile. La première visite a normalement lieu dans les 48h suivant la sortie de maternité (et au plus tard dans la semaine) et la deuxième visite est recommandée et planifiée selon l'appréciation de la sage-femme assurant le suivi.

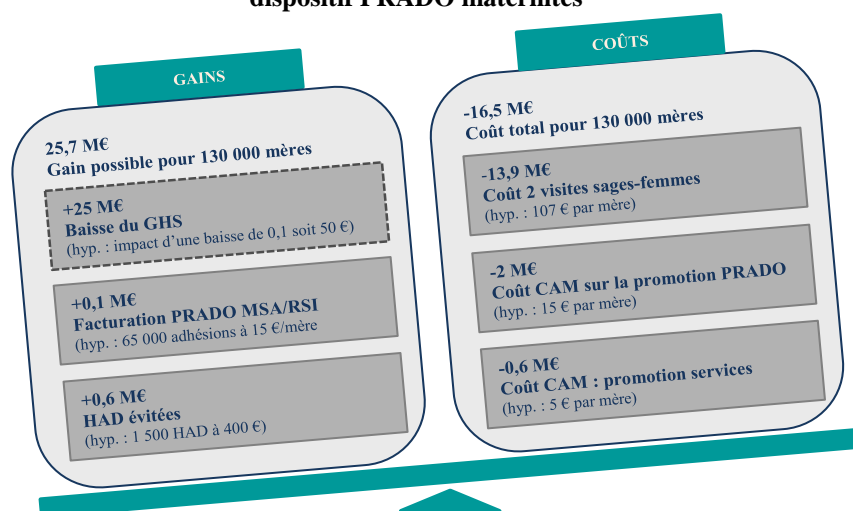
En 2013, pour 130 000 bénéficiaires, le coût total du programme est estimé à environ 16,5 M€ dont 13 M€ au titre des honoraires de sages-femmes⁴⁶⁷, ce qui a contribué à la hausse importante de ces derniers (cf. *supra*).

L'intérêt économique du dispositif n'est ainsi assuré que si la hausse des honoraires de sages-femmes est plus que compensée par des économies réalisées sur le coût de l'hospitalisation, comme l'indique le schéma prévisionnel de la CNAMTS reproduit ci-dessous. L'économie principale est constituée par la « baisse du GHS⁴⁶⁸ », c'est-à-dire la baisse des tarifs de l'acte d'accouchement et de la prise en charge des nouveau-nés, chiffrée par la CNAMTS dans la simulation *infra* à 25 M€.

467. Soit 107 € par bénéficiaire (deux visites de sage-femme à 44,80 €, plus des frais de déplacement).

468. Ou « groupe homogène de séjours », unité de tarification des actes hospitaliers.

Schéma n° 4 : justification par la CNAMTS de l'intérêt économique du dispositif PRADO maternités



L'équilibre économique du programme nécessite d'impacter à minima le GHS en fonction de l'évolution de la DMS constatée

Source : CNAMTS

L'effet du programme sur le retour plus précoce à domicile reste toutefois extrêmement faible : seulement 5 % des bénéficiaires sont rentrées chez elles un jour plus tôt et 95 % sont rentrées le jour initialement prévu⁴⁶⁹. Par ailleurs, aucune baisse des tarifs des groupes homogènes de séjours de l'accouchement ou du nouveau-né n'a été mise en œuvre, ni en 2013 ni en 2014. Le PRADO peut cependant avoir contribué à une baisse des hospitalisations à domicile mais pour une économie inférieure à 1 M€. Au total, seuls les coûts associés au programme PRADO ont effectivement été constatés, les économies restant à ce stade pour l'essentiel virtuelles.

Le programme PRADO doit viser beaucoup plus nettement à une accélération de la diminution de la durée moyenne de séjour tout en garantissant la santé des femmes et des nouveau-nés. Il est nécessaire pour cela que les femmes en bénéficiant sortent effectivement de la maternité de façon plus précoce, sous réserve d'appréciation médicale et que la tarification de la naissance permette la répercussion des économies engendrées de ce fait pour les établissements sur les charges de

469. La durée moyenne de séjour des 130 000 femmes bénéficiaires en 2013 était de 3,98 jours, contre 4,03 pour les femmes à qui le programme a été présenté et qui n'ont pas souhaité en bénéficier.

l'assurance maternité afin notamment de financer le surcoût associé au suivi par les sages-femmes.

III - Des clarifications indispensables

A - Un champ à réinvestir

1 - Une dépense à l'efficience insuffisante

La hausse importante des dépenses de maternité constatée depuis 15 ans n'a pas permis d'améliorer significativement l'état de santé des mères et de leurs enfants. Les résultats de la France en matière de périnatalité sont restés dégradés par rapport aux autres pays, comme la Cour l'a déjà souligné⁴⁷⁰. Ces mauvais résultats interrogent les conditions d'organisation des soins mais aussi la pertinence de l'allocation actuelle des ressources, comme la Cour l'a aussi mis en évidence⁴⁷¹.

La rareté des analyses sur un champ de dépenses aussi important apparaît à cet égard très préjudiciable à une évaluation de certaines prises en charge assurées par l'assurance maternité et à une réorientation de dépenses qui apparaîtraient alors peu efficaces et mal ciblées.

Comme l'avait noté la Cour en 2011 se pose notamment à cet égard la question des prestations assurées par les sages-femmes en matière de préparation à la naissance⁴⁷². Alors que la Haute autorité de

470. Cour des comptes, *Rapport public annuel 2012*, janvier 2012, Tome II p. 396 à 428, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

471. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011*, chapitre X : la prise en charge à 100 % de dépenses de santé par la sécurité sociale », La Documentation française, septembre 2011, p. 300, disponible sur www.ccomptes.fr.

472. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011*, chapitre VI : le rôle des sages-femmes dans le système de soins, La Documentation française, septembre 2011, p. 198, disponible sur www.ccomptes.fr.

santé a indiqué que l'utilité de ces séances n'est pas démontrée⁴⁷³, l'équilibre entre le dispositif de préparation prénatal⁴⁷⁴ et le renforcement du suivi post-natal⁴⁷⁵ mérite d'être réexaminé dans le double but d'amélioration du suivi des femmes et des nouveau-nés et de maîtrise des coûts.

2 - La nécessité d'une régulation adaptée

L'assurance maternité ne fait pas l'objet d'un pilotage spécifique de ses dépenses alors même que celles-ci sont importantes.

Depuis sa création, l'ONDAM intègre certes les dépenses de prestations en nature prises en charge de l'assurance maternité et à ce titre ces dernières sont régulées dans le cadre des différents sous-objectifs qui les incluent.

Pour autant, en matière d'hospitalisation, cette régulation n'est pas suffisamment sous tension, comme le montre la persistance d'écart importants en matière de durée moyenne de séjour entre la France et ses voisins. Plus généralement, aucune étude n'est disponible pour apprécier l'évolution de l'efficacité du dispositif de soins en maternités. Une première étude vient seulement d'être lancée à ce sujet par la DREES et la CNAMTS, dont les résultats seront connus seulement au début de l'année 2015. En tout état de cause, il n'est pas acquis que des gains d'efficacité aient été rétrocédés à l'assurance maternité. En effet, la baisse des tarifs appliquée ces dernières années aux CMD 14 et 15⁴⁷⁶, spécifiques de la prise en charge de la naissance (cf. *supra*), est strictement identique à celle connue par les autres activités des hôpitaux, qui n'ont pas fait l'objet d'une restructuration comparable.

Les indemnités journalières maternité/paternité ne sont pas pour leur part comprises dans le champ de l'ONDAM. Selon la commission des

473. « L'efficacité de la PNP (préparation à la naissance et à la parentalité) reste inconnue tant pour ses effets sur le déroulement de la naissance que sur la fonction parentale. (...) Il n'existe aucune preuve du bénéfice potentiel de ces différentes techniques pour faciliter la naissance et les relations avec l'enfant ». Recommandations pour la pratique clinique concernant la préparation à la naissance et à la parentalité, Haute Autorité de santé, novembre 2005.

474. Dans un contexte où selon la DREES « en sept ans, les accouchements avec péridurale ou rachianesthésie sont passés de 74,9 % à 81,4 %. » Enquête nationale périnatale, les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003, mai 2011.

475. Notamment au vu du développement du programme PRADO.

476. Définies *supra* note 8.

comptes de la sécurité sociale⁴⁷⁷, elles représentaient en 2013 19 % du total des prestations qui ne sont pas prises en compte par ce dernier.

Il convient dorénavant de reconsidérer le choix fait en 1996 lors de la définition de l'ONDAM de ne pas y inclure les prestations en espèces de l'assurance maternité. Cette mesure de compromis reflétait à la fois la réticence à soumettre l'assurance maternité à une quelconque régulation et l'incapacité à isoler les prestations en nature relevant de l'assurance maternité de celles relevant de l'assurance maladie.

Les masses financières en jeu, la dynamique forte de la dépense, l'impératif d'amélioration de l'efficacité de celle-ci en termes de santé publique imposent en effet une information plus complète du Parlement et doivent inciter à rechercher sous des formes adaptées une meilleure maîtrise de dépenses auxquelles il n'a été jusqu'ici prêté que peu d'attention⁴⁷⁸. L'inclusion des indemnités journalières maternité dans l'ONDAM serait de nature notamment à favoriser une démarche de maîtrise du congé pathologique. Surtout, elle empêcherait que la progression des indemnités journalières de maternité ne se traduise automatiquement par une aggravation du déficit et de la dette sociale puisqu'elle devrait être compensée par de moindres augmentations d'autres dépenses dans la logique d'enveloppe globale qui est celle de l'ONDAM.

B - Une place à clarifier

À certains égards, l'assurance maternité n'a aujourd'hui d'unité propre que parce qu'elle est identifiée distinctement dans les comptes de la caisse nationale d'assurance maladie. Mais la cohérence de son champ est contestable et son intégration seulement partielle à l'ONDAM, ne permet pas un véritable pilotage.

En complément d'une inclusion de la totalité de la dépense de maternité à l'ONDAM, y compris les indemnités journalières, qui s'impose indépendamment de toute autre évolution plus structurelle, deux voies alternatives pourraient permettre de progresser vers un pilotage plus affirmé.

La première consisterait en une complète intégration des dépenses de maternité dans l'assurance maladie, qui deviendrait ainsi une

477. Rapport à la *Commission des comptes de la sécurité sociale*, septembre 2013, p. 151.

478. Ainsi que l'a reconnu un groupe de travail inter-administratif dans son rapport « Scénarios d'évolution de l'ONDAM », mars 2013.

assurance « santé », tout en maintenant le caractère plus favorable de la prise en charge, là où cette dernière apparaîtrait justifiée.

L'autre option conduirait plutôt à renforcer la spécificité de l'assurance maternité en tant que risque particulier et distinct en lui conférant la cohérence qui lui manque : clarification du périmètre (intégration à l'assurance maternité de la part « nouveau-né » des soins associés directement à la naissance et réintégration dans l'assurance maladie des examens obligatoires des enfants de moins de six ans) et, d'autre part, mise en place d'un véritable pilotage à même de permettre une réelle gestion du risque, de suivre plus rigoureusement la dépense de maternité et d'évaluer plus finement et plus complètement son efficacité dans une enveloppe globale mieux régulée, conformément à la recommandation déjà formulée par la Cour en 2011⁴⁷⁹.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Au sein du système de protection sociale, le régime d'assurance maternité est le dispositif de prise en charge à la fois le plus favorable, le plus mal cerné et le moins piloté.

Les différentes composantes de la dépense progressent à un rythme soutenu, qu'il s'agisse des soins de ville, des indemnités journalières, ou des prises en charge hospitalières pour des résultats de santé publique qui ne sont pas à la hauteur de l'effort financier complémentaire considérable qu'il entraîne et qui dépasse 1,5 Md€.

Tenir compte de la nature particulière de la maternité et de la protection nécessaire de la grossesse et de l'enfant à naître ne saurait empêcher, bien au contraire, de rechercher une plus grande efficacité par une régulation adaptée et un meilleur ciblage de cette dépense.

Il importe notamment à cet égard d'amplifier la baisse de la durée moyenne de séjour en maternité, nettement supérieure à ce qui est constaté chez nos voisins, en mettant beaucoup plus nettement au service de cet objectif le programme PRADO d'accompagnement du retour à domicile des femmes venant d'accoucher qui s'avère à ce stade coûteux pour des résultats très limités.

479. « Recommandation n° 53 : se doter des outils permettant le suivi en continu des coûts induits par les prises en charges intégrales, notamment à l'hôpital » Cour des comptes *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011*, chapitre X : la prise en charge à 100 % de dépenses de santé par la sécurité sociale, La Documentation française, septembre 2012, p. 319, disponible sur www.ccomptes.fr.

Dans le même sens, en matière de soins de ville, un meilleur équilibre est à rechercher entre le dispositif de préparation pré-natal et le renforcement du suivi post-natal dans le double objectif d'amélioration du suivi des femmes et des nouveau-nés et de meilleure maîtrise des dépenses.

Pour garantir l'effectivité du pilotage du parcours de soins associé à la grossesse et à la naissance, la totalité de la dépense de maternité, y compris les indemnités journalières, doit désormais être incluse dans l'ONDAM.

Plus fondamentalement, la place de l'assurance maternité doit être clarifiée.

Deux voies d'évolution sont à cet égard envisageables, soit son intégration, à garanties maintenues, au sein du risque maladie, soit la constitution à côté de l'assurance maladie d'une assurance maternité plus cohérente et plus complète axée sur une véritable gestion du risque et une évaluation continue de l'efficacité au regard des problématiques de périnatalité comme de maîtrise des comptes sociaux.

La Cour formule les recommandations suivantes :

64. intégrer les indemnités journalières maternité dans l'ONDAM ;

65. redéfinir la place et le périmètre de l'assurance maternité, soit par intégration à garanties inchangées au sein du risque maladie, soit par constitution à côté de l'assurance maladie d'une assurance maternité plus cohérente, plus complète et plus fermement pilotée ;

66. dans les établissements de santé, accélérer la diminution de la durée moyenne de séjour pour la faire converger avec celle constatée à l'étranger et redéfinir en conséquence les modalités de tarification de l'accouchement et de la naissance pour faire bénéficier l'assurance maladie des économies en résultant ;

67. conditionner à cette fin le déploiement du programme PRADO à l'identification précise des économies qui pourront être dégagées ;

68. modifier la nomenclature des actes professionnels des sages-femmes libérales pour réorienter, à enveloppe constante, leur activité vers des actes à plus forte responsabilité, notamment le suivi post-natal (recommandation réitérée).
