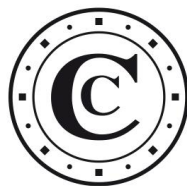


Cour des comptes



ENTITÉS ET POLITIQUES PUBLIQUES

LA POLITIQUE DE PÉRINATALITÉ

Des résultats sanitaires médiocres,
une mobilisation à amplifier

Rapport public thématique

Mai 2024

Sommaire

Procédures et méthodes	5
Synthèse	9
Récapitulatif des recommandations en réponse aux questions évaluatives.....	15
Introduction.....	17
Chapitre I Des indicateurs de santé périnatale en aggravation, marqués par de fortes inégalités	21
I - Des facteurs de risques périnataux dont la prévalence augmente	22
A - Une progression globale des risques périnataux	22
B - Des risques périnataux plus élevés pour les mères de catégories sociales défavorisées, nées à l'étranger ou vivant outre-mer	29
II - Des résultats nettement en-dessous de la moyenne européenne.....	34
A - Une convergence d'indicateurs défavorables	34
B - Des résultats contrastés selon les territoires et situations sociales	40
III - Des instruments d'analyse épidémiologique à améliorer pour orienter l'action publique	41
A - Une organisation et un contenu des données de santé périnatale imparfaits	42
B - Constituer un registre des naissances fondé sur le système national des données de santé (SNDS)	46
Chapitre II Une offre de soins inadaptée et peu efficiente	49
I - Une organisation coûteuse, qui ne garantit ni la disponibilité ni la qualité des soins	50
A - Un réseau de maternités présentant encore des faiblesses.....	51
B - Des tensions démographiques persistantes et une mauvaise répartition des moyens	57
C - Une offre de soins périnataux à planifier de façon globale.....	63
II - Une contribution insuffisante de la protection maternelle et infantile à la politique de périnatalité.....	69
A - Des fragilités connues aux conséquences défavorables pour la périnatalité	70
B - Des progrès récents mais encore insuffisants.....	71
III - Des moyens de coordination des soins périnataux à optimiser	73
A - Une adaptation nécessaire des structures de coordination	73
B - Des dispositifs perfectibles d'accompagnement individuel des patients.....	76

Chapitre III Une politique publique portant sur un domaine trop étroit	81
I - Un volontarisme renouvelé mais des écueils dans les stratégies récentes	82
A - Une moindre efficience de la dépense publique consacrée à la politique de périnatalité	82
B - De nouvelles ambitions au champ trop limité.....	84
C - Une politique de périnatalité moins structurée.....	87
II - Une portée insuffisante de la prévention périnatale.....	89
A - Un dépistage des risques psychiques encore fragile	90
B - Des mesures de prévention à l'efficacité encore réduite	92
III - Adapter la prévention et l'accompagnement parental.....	97
A - Concentrer la prévention sur les facteurs de risques les plus importants	97
B - Des dispositifs d'accompagnement parental à rendre plus compréhensibles et accessibles	99
Conclusion générale	105
Liste des abréviations	109
Annexes	113

Procédures et méthodes

En application de l'article L. 143-6 du code des juridictions financières, la Cour des comptes publie chaque année un rapport public annuel et des rapports publics thématiques.

Ces travaux et leurs suites sont réalisés par l'une des six chambres que comprend la Cour ou par une formation associant plusieurs chambres et/ou plusieurs chambres régionales ou territoriales des comptes.

Trois principes fondamentaux gouvernent l'organisation et l'activité de la Cour ainsi que des chambres régionales et territoriales des comptes, donc aussi bien l'exécution de leurs contrôles et enquêtes que l'élaboration des rapports publics : l'indépendance, la contradiction et la collégialité.

L'**indépendance** institutionnelle des juridictions financières et l'indépendance statutaire de leurs membres garantissent que les contrôles effectués et les conclusions tirées le sont en toute liberté d'appréciation.

La **contradiction** implique que toutes les constatations et appréciations faites lors d'un contrôle ou d'une enquête, de même que toutes les observations et recommandations formulées ensuite, sont systématiquement soumises aux responsables des administrations ou organismes concernés ; elles ne peuvent être rendues définitives qu'après prise en compte des réponses reçues et, s'il y a lieu, après audition des responsables concernés.

Sauf pour les rapports réalisés à la demande du Parlement ou du Gouvernement, la publication d'un rapport est nécessairement précédée par la communication du projet de texte, que la Cour se propose de publier, aux ministres et aux responsables des organismes concernés, ainsi qu'aux autres personnes morales ou physiques directement intéressées. Dans le rapport publié, leurs réponses sont présentées en annexe du texte de la Cour.

La **collégialité** intervient pour conclure les principales étapes des procédures de contrôle et de publication. Tout contrôle ou enquête est confié à un ou plusieurs rapporteurs. Le rapport d'instruction, comme les projets ultérieurs d'observations et de recommandations, provisoires et définitives, sont examinés et délibérés de façon collégiale, par une formation comprenant au moins trois magistrats. L'un des magistrats assure le rôle de contre-rapporteur et veille à la qualité des contrôles.

*
**

Le présent rapport d'évaluation est issu d'une enquête conduite sur le fondement de l'article L. 143-6 du code des juridictions financières qui permet à la Cour des comptes de mener des enquêtes thématiques et de l'article L. 111-13 du même code, selon lequel la Cour des comptes contribue à l'évaluation des politiques publiques.

Dans ses évaluations, la Cour s'attache notamment à apprécier les résultats de la politique publique examinée au regard à la fois des objectifs poursuivis (efficacité) et des moyens mis en œuvre (efficience). Ce rapport a été préparé par la deuxième section « Politiques et dépenses de santé » de la Sixième chambre.

Le lancement des travaux de la Cour a été notifié aux administrations et organismes publics concernés par lettres en date du 8 septembre 2022, du 26 octobre 2022, du 21 novembre 2022 et du 10 février 2023.

Les rapporteurs ont conduit une centaine d'entretiens auprès des administrations concernées, au premier rang desquelles le ministère chargé de la santé, l'assurance maladie, les agences et autorités sanitaires. Ont également été sollicités les représentants ordinaires, professionnels et syndicaux des professions de santé impliquées dans la santé périnatale, les représentants des principales sociétés savantes et associations œuvrant en la matière, de même que les principales fédérations d'établissements de santé.

Des analyses plus approfondies ont été menées dans quatre régions et sept départements ou collectivités : Île-de-France (Seine-Saint-Denis et Val-d'Oise), Auvergne-Rhône-Alpes (Cantal, Drôme et Isère), Guadeloupe et Guyane. Les rapporteurs se sont déplacés dans ces deux derniers territoires en avril 2023. Ont été rencontrés des représentants des ARS, des caisses primaires d'assurance maladie (ou des caisses générales de sécurité sociale), des caisses d'allocations familiales, des représentants des conseils départementaux pour les services spécialisés de la protection maternelle et infantile, des réseaux de santé en périnatalité, et ponctuellement, des associations de prévention ou de promotion de la santé et des structures de soins primaires (communautés professionnelles territoriales de santé, maisons de santé pluriprofessionnelles ou centres de santé).

Les comparaisons internationales ont été menées à partir d'une revue de la littérature scientifique. Les rapporteurs ont aussi bénéficié des informations consolidées, à leur demande, par la délégation aux affaires européennes et internationales au sein du secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, à partir des réponses transmises par le réseau des conseillers pour les affaires sociales des ambassades.

La Cour s'est dotée d'un comité d'accompagnement composé des personnalités suivantes (par ordre alphabétique) : Pierre-Yves Ancel (médecin et professeur de santé publique), Emmanuelle Bauchet (médecin de santé publique), Alexandra Benachi (gynécologue-obstétricien), Charlotte Bouvard (présidente de l'association SOS PREMA), Nicolas Brun (Union nationale des associations familiales), Isabelle Claudet, (pédiatre), Michel Dreyfus (gynécologue-obstétricien, président de la Société française de médecine périnatale), Michel Dugnat (pédopsychiatre), Charles Eury (infirmier puériculteur, président du Collège des infirmières puéricultrices), Anne Evrard (sage-femme, co-présidente du Collectif inter-associatif autour de la naissance), Adrien Gantois (sage-femme), Sophie Guillaume (sage-femme), Mayalen Iron (directrice de projet « 1 000 premiers jours », Secrétariat général des ministères sociaux), Michel Laforcade (ancien directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine), Israël Nisand (gynécologue-obstétricien), Sylvie Rey (médecin de santé publique), Sébastien Riquet (sage-femme), Jean-Christophe Rozé (pédiatre, président de la Société française de néonatalogie) et Jean Louis Simenel (gynécologue-obstétricien).

Le comité d'accompagnement a été consulté à trois reprises : au lancement de l'enquête, à la suite des entretiens nationaux et à l'achèvement du rapport.

Afin d'enrichir les indicateurs relatifs à la périnatalité, la Cour a conclu un partenariat avec l'équipe « Épidémiologie obstétricale périnatale et pédiatrique, UMR 1153 CRESS, Inserm, Université Paris Cité » (EPOPé Inserm UPC), équipe de référence en matière de santé périnatale en France. Ce partenariat fructueux a permis de disposer de données originales, reprises dans toutes les parties du rapport. Pour bénéficier d'un regard scientifique robuste sur les résultats ainsi produits, les rapporteurs ont sollicité l'appui du Dr Mathieu Levailant, médecin de santé publique ayant récemment conduit des travaux de recherche sur la santé périnatale.

*

**

Le projet de rapport a été délibéré le 2 février 2024 par la sixième chambre présidée par M. de la Guéronnière, président de section et conseiller maître, et composée de Mmes Soussia et Charolles, conseillères maître et MM. Machard, Burckel, Bizeul et Rabaté, conseillers maîtres, ainsi que, en tant que rapporteurs, M. Dorlhac, conseiller référendaire, M. Gonalons, conseiller référendaire en service extraordinaire, et en tant que contre-rapporteur M. Fourier, conseiller maître.

Il a été examiné le 12 mars 2024 par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé M. Moscovici, Premier président, M. Rolland, rapporteur général, M. Charpy, Mme Camby, Mme Hamayon, M. Bertucci, M. Meddah et Mme Mercereau, présidentes et présidents de chambre de la Cour, M. Oseredczuk, président de section, représentant la présidente de la cinquième chambre, M. Strassel, M. Lejeune, M. Serre, Mme Daussin-Charpantier, Mme Renet, présidentes et présidents de chambre régionale des comptes, M. Gautier, procureur général, entendu en ses avis.

*
**

Les rapports publics de la Cour des comptes sont accessibles en ligne sur le site internet de la Cour et des chambres régionales et territoriales des comptes : www.ccomptes.fr.

Ils sont diffusés par La Documentation Française.

Synthèse

La notion de périnatalité se rapporte aux circonstances entourant la naissance et recouvre des acceptions plus ou moins larges selon la définition retenue. Dans ce rapport, elle est définie par la période allant de la fin du premier trimestre de la grossesse jusqu'à l'âge d'un an de l'enfant.

La fin de la grossesse et les premiers mois après l'accouchement représentent une période sensible pour le développement de l'enfant. De nombreux facteurs déterminent son bien-être physique, psychique, et son développement émotionnel ou cognitif. Ils peuvent avoir des effets immédiats, mais aussi s'exprimer tout au long de la vie de l'individu, et avoir des conséquences considérables sur le niveau des dépenses de santé. Cette période présente également des défis spécifiques pour la santé des femmes en particulier et d'accompagnement parental en général, emportant des enjeux en matière de prévention, de prise en charge et de suivi.

Alors que les moyens consacrés à la politique de périnatalité sont toujours plus importants (9,3 Md€ en 2021, + 9 % par rapport à 2016) et que la natalité recule (- 5,3 % sur même la période), les résultats observés au plan sanitaire posent la question de l'efficience des moyens alloués.

Les principaux indicateurs de la santé périnatale – mortinatalité, mortalité néonatale et mortalité maternelle – mettent en évidence une performance médiocre de la France par rapport aux autres pays européens. Elle a, en outre, baissé dans la période récente.

Le taux de mortinatalité en France, correspondant au rapport entre le nombre d'enfants nés sans vie et le nombre de naissances totales, est, depuis vingt ans, parmi les plus élevés d'Europe (3,8 ‰ pour la période allant de 2015 à 2020). En outre, la France est l'un des seuls pays dans lesquels il ne s'est pas amélioré depuis 2000.

Pour la mortalité néonatale, correspondant aux décès d'enfants intervenus au cours du premier mois de vie, la France se situe au 22^e rang sur 34 pays européens, avec un taux de 2,7 ‰. La trajectoire est défavorable depuis 2012, après une amélioration constatée entre 2001 et 2011. Si le taux de mortalité néonatale français avait été identique à celui des meilleurs pays européens, près de 40 % des décès enregistrés en France entre 2015 et 2017 auraient pu être évités, soit 2 079 enfants.

Les décès maternels, enfin, sont des événements rares, 90 étant recensés en moyenne chaque année. Le taux de décès pendant la grossesse jusqu'au 42^e jour après la naissance, indicateur de référence international, s'élève en France à 8,5 pour 100 000 naissances vivantes. Il est comparable à la moyenne des pays européens. 60 % des décès maternels sont néanmoins considérés comme potentiellement évitables. Dans les deux tiers des cas, ils sont intervenus après des soins non-optimaux, en raison notamment de dysfonctionnements dans le système de prise en charge et dans les parcours de soins périnataux.

Au soutien des constats formulés par le présent rapport, la Cour a répondu à quatre questions évaluatives, déterminées préalablement à l'enquête.

Les facteurs explicatifs des résultats médiocres de la France en matière de santé périnatale sont-ils clairement identifiés et orientent-ils suffisamment les dispositifs de prévention et de prise en charge sanitaire de la grossesse, de l'accouchement et de la première année post-partum ?

Des risques importants et dont la prévalence progresse pour certains

L'obésité ou le surpoids des femmes avant la grossesse constituent des facteurs de risques, de même que les prises de poids inadaptées pendant la grossesse, qu'elles soient trop importantes ou, au contraire, insuffisantes. Les pratiques addictives et les consommations à risque de drogues, d'alcool ou de tabac, malgré des évolutions positives, demeurent à des niveaux élevés, en dépit de leur toxicité pour la mère et pour l'enfant.

La fréquence de la prématurité et du petit poids à la naissance (inférieur à 2 500 grammes) est stable depuis 2016, après une augmentation continue pendant la décennie précédente. Les taux de prématurité et de petit poids à la naissance atteignent, chacun, 7 %, ce qui situe la France à un niveau médian en Europe.

La part des grossesses tardives, intervenant après 35 ans, progresse et représente désormais près du quart des naissances en France. Elles sont associées à des risques majorés pour les mères comme pour les enfants, ainsi qu'à des complications obstétricales plus importantes.

Des inégalités sociales et territoriales de santé périnatale

L'état de santé périnatal est caractérisé par de fortes inégalités sociales et territoriales. La précarité des familles et des mères, évaluée par le niveau de revenu, de diplôme ou de l'accès à une couverture sociale, est associée à une morbidité maternelle et infantile plus importante et à des complications et issues négatives de la grossesse. Ces inégalités sont plus fortes pour les mères nées à l'étranger, dont les situations sociales sont

corrélées à des morbidités et à des risques plus importants, alors même que près du quart des naissances sont issues de mères étrangères. Enfin, les territoires outre-mer concentrent des difficultés particulières.

Un système de suivi épidémiologique lacunaire

Faute d'un système d'information périnatal unifié et malgré l'apport précieux des enquêtes périodiques existantes, le dispositif de surveillance et d'analyse épidémiologique ne permet pas d'identifier et de hiérarchiser les facteurs explicatifs des indicateurs de santé périnatale et, par conséquent, d'orienter utilement l'action publique.

La qualité du suivi de la santé périnatale pourrait être facilitée par la mise en place d'un système d'information plus performant, véritable registre des naissances à même de produire des données enrichies. Le système national des données de santé (SNDS) est susceptible, à condition d'être progressivement élargi, de constituer l'outil adéquat pour atteindre l'objectif, requis par les standards européens, de centralisation de la production des données. Les informations relatives à la naissance de l'enfant, issues de l'état civil, pourraient être ainsi appariées de façon pérenne au SNDS afin de produire des indicateurs de santé périnatale plus robustes.

Dans quelle mesure l'évolution de l'organisation des soins a-t-elle permis d'améliorer la sécurité et la qualité des prises en charge et donc de réduire la mortalité périnatale, la mortalité maternelle et la morbidité maternelle sévère de manière pérenne ?

Une offre de soins inadaptée aux enjeux actuels de la périnatalité

L'organisation des soins et la qualité des prises en charge jouent un rôle décisif dans la prévention des risques et des dommages en matière de santé périnatale, notamment lors de l'accouchement et des suites de la naissance. Or, la situation présente ne répond pas aux exigences de sécurité optimale ni d'efficience dans l'organisation de l'offre de soins.

La réglementation relative à l'organisation et aux conditions techniques de fonctionnement des maternités, inchangée depuis vingt-cinq ans, n'apparaît adaptée ni à l'évolution des prises en charge ni à la restructuration de l'offre de soins des dernières décennies.

L'évolution de l'offre de soins en matière de périnatalité est, par ailleurs, insuffisamment pilotée par les autorités sanitaires, dans un contexte de forte tension sur les ressources humaines. Une vingtaine de maternités déroge toujours au seuil minimal de 300 accouchements annuels, fixé en 1998 au regard d'exigences de qualité et de sécurité des soins. Le constat des difficultés croissantes des maternités assurant moins de 1 000 accouchements annuels

pour attirer et conserver des personnels qualifiés plaide par ailleurs pour une analyse au cas par cas des conditions d'exercice de leurs missions. Concernant les soins critiques néonataux, de fortes disparités sont constatées entre les régions et une réévaluation à la hausse de l'offre dans certains territoires apparaît souhaitable. Enfin, les femmes aux grossesses à risque devraient toujours être suivies dans des établissements en mesure de prendre en charge leurs possibles complications et celles pouvant affecter leurs nouveau-nés.

Ces constats plaident pour une révision de l'organisation de l'offre de soins périnatale, dans le but d'améliorer la sécurité des prises en charge, et de garantir une plus grande efficience des moyens alloués.

Afin de conforter l'équilibre démographique des métiers de la périnatalité, un effort dans l'offre de formation des professionnels de la naissance apparaît nécessaire, en tenant compte du lieu effectif et de la nature de l'exercice des professionnels en activité. Une amélioration de l'attractivité de ces professions à l'hôpital, dans les services de la protection maternelle et infantile (PMI) et en ville, notamment dans les territoires les moins bien dotés, devrait également être recherchée.

*La stratégie des « 1 000 premiers jours », une ambition renouvelée
mais un champ d'action trop limité*

La France s'est dotée de plans périnatalité structurés et mobilisateurs entre 1970 et 2007. La politique publique repose aujourd'hui sur une conception plus diffuse. Ainsi, les objectifs portés par la stratégie nationale de santé (SNS) 2018-2022 au titre de la périnatalité ont été repris, parfois de manière redondante, dans une dizaine de plans thématiques distincts.

Une ambition nouvelle s'est affirmée depuis 2021 à travers la stratégie des « 1 000 premiers jours », entendu comme la période allant du début de la grossesse aux deux ans de l'enfant. Ce plan porte des dispositifs structurants, comme le soutien à la généralisation des entretiens prénatal et postnatal précoces, le renforcement des équipes médico-psycho-sociales dans les maternités, ou encore l'expérimentation du référent parcours périnatalité (Répap), mais aussi des actions plus accessoires. Une place importante est laissée aux expérimentations, dont le caractère parfois éphémère peut entraîner l'essoufflement des acteurs qui s'y impliquent, avec le risque de perte de visibilité des objectifs à atteindre à long terme.

Cette nouvelle approche, davantage orientée vers la dimension préventive, témoigne d'un volontarisme bienvenu en faveur de l'appréhension des risques psychiques et développementaux liés à la périnatalité, et en faveur de la lutte contre les inégalités sociales et de santé. Néanmoins, elle est affaiblie par sa dimension trop partielle, avec une insuffisante prise en compte de la qualité et de la sécurité des soins périnataux,

qui participent des faibles performances de notre pays en la matière. Outre-mer, malgré une mobilisation importante, l'application du plan ne s'adapte pas aux vulnérabilités économiques particulières dont souffrent ces territoires, ni à leurs spécificités géographiques ou socio-culturelles.

Une gouvernance plus efficace pourrait découler d'un plan stratégique pluriannuel explicitement consacré à la périnatalité, couvrant à la fois les enjeux identifiés dans le cadre de la stratégie des « 1 000 premiers jours » et ceux liés à la qualité et à la sécurité des soins, insuffisamment pris en compte aujourd'hui. Dans ce cadre, des leviers d'actions spécifiques à l'outre-mer, voire à chacun de ses territoires, devraient être identifiés, de même qu'un soutien financier proportionné aux enjeux sanitaires et sociaux locaux. Pour assurer la gouvernance de ce plan et en renforcer la visibilité, il serait opportun de restaurer la commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant, de revoir sa composition et d'élargir son champ d'action à la santé des mères.

Des moyens de coordination des soins périnataux à optimiser

Compte tenu de la diversité et de la complexité des parcours que peuvent emprunter les femmes enceintes, les mères et leurs nouveau-nés selon le risque médical qu'ils encourent ou leur vulnérabilité, la coordination des professionnels de santé qui interviennent en ville, à l'hôpital ou en protection maternelle et infantile (PMI) constitue un enjeu central.

Il serait pertinent de clarifier les rôles, périmètres et responsabilités respectifs des structures contribuant à cette coordination (dispositifs d'appui à la coordination, communautés professionnelles territoriales de santé, etc.) et des acteurs proposant un accompagnement personnalisé aux patients (réfèrent parcours périnatalité, sage-femme référente).

En quoi les mesures de prévention primaire et secondaire des risques pouvant affecter la santé des mères et des enfants et le développement des enfants ont-elles effectivement permis de réduire les cas de morbidité grave et de mortalité à la naissance et au cours de la première année de vie ?

La prévention doit être renforcée afin de réduire durablement les facteurs de risques de la période périnatale et d'améliorer la santé de la femme et de l'enfant. Des évolutions positives ont été constatées, comme l'élargissement du nombre de maladies rares faisant l'objet d'un dépistage néonatal.

Des insuffisances perdurent toutefois. Des actions de dépistage ou de vaccination promues par les autorités sanitaires, malgré leur pertinence, ont une portée limitée. De surcroît, elles ne touchent pas efficacement les publics les plus à risque, notamment les femmes en situation précaire ou celles cumulant certaines pathologies, dans l'hexagone comme outre-mer.

Pour être plus efficace, l'action des pouvoirs publics devrait être ciblée sur les facteurs de risques de la mère, en s'efforçant de mieux diffuser les recommandations sanitaires auprès des professionnels de santé et des familles. Le renforcement de la prise en compte des situations individuelles des mères est nécessaire, en fonction de leurs parcours et des facteurs de risques connus. Le recours plus important aux entretiens prénatal et postnatal précoces, encore trop peu utilisés, pourrait y contribuer.

En quoi l'accompagnement des parents, avant ou après l'accouchement, permet-il une meilleure prévention de la souffrance psychique, en particulier de la dépression du post-partum, et des troubles de la relation entre les parents et les enfants, ainsi que des violences et maltraitances sur les enfants ?

La récente stratégie des « 1 000 premiers jours » est orientée vers la prévention des risques psychiques et développementaux liés à la période périnatale. Cependant, l'insuffisante portée de certaines mesures au cœur de cette stratégie, les carences de l'offre de soins en psychiatrie périnatale, tout comme au plan social, le foisonnement des mesures et structures d'accompagnement parental, limitent la prévention et la prise en charge des phénomènes de souffrance psychique et des troubles de la relation entre les parents et les enfants.

Dans ce cadre, il paraît préférable de surseoir au démantèlement en cours du service d'accompagnement du retour à domicile « Prado maternité » par l'assurance maladie. Celui-ci a démontré son efficacité et devrait être maintenu jusqu'à ce que d'autres leviers de coordination des parcours de soins périnataux aient démontré une égale pertinence.

Enfin, une mise en cohérence et une plus grande lisibilité des dispositifs de soutien à la parentalité (réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents – Reaap – et lieux d'accueil enfants-parents – Laep) serait opportune afin de concentrer l'effort sur les dispositifs les plus efficaces et de mieux coordonner les acteurs sociaux et les professionnels de santé intervenant dans ce domaine.

Les sept recommandations formulées par la Cour visent à dessiner des voies de progrès au titre des enjeux soulevés par chacune des quatre questions évaluatives.

Récapitulatif des recommandations en réponse aux questions évaluatives

Au titre de la première question

1. Enrichir le système national des données de santé (SNDS) avec les bases de données manquantes (bulletins de l'état civil, certificats de santé de l'enfant), de façon à aboutir à un registre unique des naissances (*ministère du travail, de la santé et des solidarités, Cnam*)*.

Au titre de la deuxième question

2. Pour chacune des maternités pratiquant moins de 1 000 accouchements par an, conduire au niveau régional une revue périodique de l'activité, prenant en compte la qualité et la sécurité des soins et en tirer des conséquences sur l'opportunité et les conditions de la poursuite de leur activité (*ministère du travail, de la santé et des solidarités*)**.
3. Revoir les décrets fixant les normes de fonctionnement des unités d'obstétrique et de néonatalogie afin de mieux prendre en compte la concentration de l'activité dans les plus importantes d'entre elles dans un cadre de gradation des soins, ainsi que les conséquences d'une prise en charge plus précoce des prématurés (*ministère du travail, de la santé et des solidarités*)**.
5. Intégrer dans la stratégie périnatale, dite des « 1 000 premiers jours », les enjeux liés à la qualité et à la sécurité des soins (*ministère du travail, de la santé et des solidarités*)**.
6. Identifier et mettre en place des actions spécifiques pour améliorer la périnatalité outre-mer (*ministère du travail, de la santé et des solidarités, ministère de l'intérieur et des outre-mer, Cnam*)**.

Au titre de la troisième question

7. Renforcer l'effectivité de la prévention périnatale, en particulier s'agissant de l'entretien prénatal précoce et des suites qui y sont données. À cette fin, développer la formation aux enjeux et à la conduite de cet entretien et préciser le protocole de communication des résultats aux professionnels de santé intervenant dans la suite du parcours de soins (*ministère du travail, de la santé et des solidarités, Cnam, Santé publique France*)**.

Au titre de la quatrième question :

4. Conforter le programme d'accompagnement du retour à domicile consacré à l'obstétrique (Prado « maternité ») tant que des dispositifs alternatifs plus efficaces n'auront pas été déployés, notamment en faveur des femmes les plus vulnérables (*Cnam*)**.

* Recommandation de gestion.

** Recommandation de politique publique.

Introduction

La notion de périnatalité se rapporte aux circonstances entourant la naissance et recouvre des acceptions plus ou moins larges selon la définition retenue. Dans ce rapport, elle est définie par la période allant de la fin du premier trimestre de la grossesse jusqu'à l'âge d'un an de l'enfant.

L'évaluation de la politique publique relative à la périnatalité poursuit et approfondit les précédents travaux des de la Cour des comptes en matière de santé de la femme et de l'enfant et de l'organisation des soins afférente. La politique de périnatalité a déjà été examinée en tant que telle par la Cour en 2012¹ faisant suite à une première analyse en 2006². La Cour a de plus traité de certains aspects de la périnatalité à travers des enquêtes sur les acteurs de santé impliqués dans la prise en charge de la grossesse – sages-femmes en 2011 et maternités en 2014 et 2015 –, ou celles concernant les principaux facteurs de risque (tabac³, alcool⁴, obésité⁵, et prévention des grandes pathologies⁶). Plus récemment, une communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale étudiait la santé des enfants⁷.

La mère entre dans un parcours de suivi avec la déclaration obligatoire de grossesse, signée par un médecin ou une sage-femme, le plus souvent après une première échographie. Le délai d'un an après la naissance permet d'analyser la mortalité survenant dans les premiers mois de vie de l'enfant, la mortalité et la morbidité maternelles dans l'année suivant l'accouchement, ainsi que les instruments d'accompagnement à la parentalité. Les questions de contraception, d'interruption volontaire de grossesse, d'accompagnement pré-conceptionnel et d'assistance médicale à la procréation constituent des enjeux spécifiques et n'ont pas été abordées.

¹ Cour des comptes, *La politique de périnatalité : l'urgence d'une remobilisation*, rapport public annuel 2012.

² Cour des comptes, *La politique de périnatalité*, rapport public annuel 2006.

³ Cour des comptes, *Les politiques de lutte contre le tabagisme*, , décembre 2012.

⁴ Cour des comptes, *Les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool*, juin 2016.

⁵ Cour des comptes, *La prévention et la prise en charge de l'obésité*, , novembre 2019.

⁶ Cour des comptes, *La politique de prévention en santé : les enseignements tirés de l'analyse de trois grandes pathologies* », novembre 2021.

⁷ Cour des comptes, *La santé des enfants : une politique à refonder pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé*, décembre 2021.

La fin de la grossesse et les premiers mois après l'accouchement représentent une période sensible pour le développement de l'enfant. De nombreux facteurs déterminent son bien-être physique, psychique, et son développement émotionnel ou cognitif. Ils peuvent avoir des effets immédiats, mais aussi s'exprimer tout au long de la vie de l'individu, et avoir des conséquences considérables sur le niveau des dépenses de santé.

Alors que la France consacre toujours plus de moyens à sa politique de périnatalité (9,3 Md€ en 2021 contre 8,5 Md€ en 2016 malgré une réduction des naissances de 5,3 % entre ces deux années), les pouvoirs publics ne parviennent pas à faire reculer la part d'enfants nés sans vie et la mortalité infantile. Les causes d'un tel constat restent toutefois difficiles à caractériser. Plusieurs professions médicales (médecins généralistes, gynécologues médicaux ou obstétriciens, pédiatres, chirurgiens pédiatres, anesthésistes-réanimateurs, psychiatres, sages-femmes, dentistes) et paramédicales (infirmiers généraux et spécialisés, essentiellement) interviennent pour prendre en charge le suivi de la grossesse, l'accouchement et le suivi postnatal. Ces professionnels peuvent exercer en ville, dans des services de protection maternelle et infantile (PMI) ou dans des établissements de santé, publics ou privés. Les données dont ils disposent, nécessaires à l'analyse de la situation, ne sont pas consolidées.

Compte tenu de ces enjeux, la démarche évaluative adoptée par la Cour a été fondée sur une analyse préalable des logiques d'action mises en œuvre par les pouvoirs publics en matière de périnatalité. Elle a conduit à l'identification des quatre questions suivantes :

1. Les facteurs explicatifs des résultats médiocres de la France en matière de santé périnatale sont-ils clairement identifiés et orientent-ils suffisamment les dispositifs de prévention et de prise en charge sanitaire de la grossesse, de l'accouchement et de la première année *post-partum* ?
2. Dans quelle mesure l'évolution de l'organisation des soins a-t-elle permis d'améliorer la sécurité et la qualité des prises en charge et donc de réduire la mortalité périnatale, la mortalité maternelle et la morbidité maternelle sévère de manière pérenne ?
3. En quoi les mesures de prévention primaire et secondaire des risques pouvant affecter la santé des mères et des enfants et le développement des enfants ont-elles effectivement permis de réduire les cas de morbidité grave et de mortalité à la naissance et au cours de la première année de vie ?
4. En quoi l'accompagnement des parents, avant ou après l'accouchement, permet-il une meilleure prévention de la souffrance psychique, en particulier de la dépression du *post-partum*, et des troubles de la relation entre les parents et les enfants, ainsi que des violences et maltraitements sur les enfants ?

La première question est évaluée principalement dans le chapitre I, la deuxième aux chapitres II et III, et les deux dernières au chapitre III. Comme décrit dans l'encadré « procédures et méthodes » *supra*, un comité composé de personnalités qualifiées a guidé l'instruction du rapport au lancement de l'enquête, à la suite des entretiens nationaux et à son achèvement. Le rapport a été adopté selon les procédures de collégialité et de contradiction propres à la Cour des comptes.

Les investigations conduites ont permis de constater que l'état de santé périnatale en France, durablement médiocre, s'inscrit dans un contexte de facteurs de risques élevés, marqué par de fortes inégalités sociales et territoriales (chapitre I). Le caractère inadapté de l'offre de soins aux enjeux actuels de la périnatalité, notamment en termes de sécurité des prises en charge et d'efficacité de l'organisation, constitue un aspect essentiel de cette situation (chapitre II). Pour autant, les récents développements des politiques publiques conduites se concentrent moins sur ces aspects que sur la prévention, avec des résultats variables (chapitre III).

Définitions de la période périnatale

La définition la plus restrictive est celle adoptée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui va de 22 semaines d'aménorrhée⁸ (au moment où le poids de naissance est normalement de 500 g) à sept jours révolus après la naissance.

Le ministère chargé de la santé retient une acception plus large, fondée sur « *l'ensemble des processus liés à la naissance, depuis la contraception jusqu'aux premiers mois de la vie du nourrisson, en passant par le désir d'enfant, le diagnostic anténatal, la grossesse, l'interruption volontaire de grossesse, l'accouchement ou l'allaitement* ».

La période périnatale suivant l'accouchement peut être aussi envisagée au-delà de la première année de vie du nourrisson. La commission dite des « *1 000 premiers jours* » a retenu une durée pouvant aller jusqu'aux trois ans de l'enfant.

⁸ Le terme, ou âge gestationnel, qui enseigne sur l'avancée d'une grossesse, est calculé à partir de la date des dernières règles, l'aménorrhée correspondant à l'absence de règles (ou menstruations). En pratique clinique, le terme est toujours exprimé en semaines d'aménorrhées (SA) et jours (ex. : 37 SA + 4 j). À partir de 37 SA, le fœtus est considéré comme mature, la grande majorité des naissances intervenant après ce terme. La prématurité est définie par une naissance intervenant avant ce terme, la grande prématurité et la prématurité extrême correspondant à des naissances intervenant respectivement avant 32 et 28 SA.

Chapitre I

Des indicateurs de santé

périnatale en aggravation, marqués

par de fortes inégalités

Depuis plusieurs décennies, la situation de la France en matière de santé périnatale est parmi les plus préoccupantes d'Europe, tout en recouvrant d'importantes disparités sociales et territoriales. Ces mauvais résultats se sont à nouveau dégradés depuis 2019, en particulier pour les enfants. L'accroissement de certains facteurs de risques explique en partie cette situation. Toutefois, les insuffisances du dispositif de surveillance épidémiologique empêchent d'en suivre régulièrement l'évolution et d'orienter l'action des pouvoirs publics.

Ce chapitre répond principalement à la première question évaluative présentée en introduction du rapport : *« Les facteurs explicatifs des résultats médiocres de la France en matière de santé périnatale sont-ils clairement identifiés et orientent-ils suffisamment les dispositifs de prévention et de prise en charge sanitaire de la grossesse, de l'accouchement et de la première année post-partum ? »*.

Ce chapitre souligne la prévalence importante des facteurs de risques périnataux, dont certains sont en progression (I). Les résultats de la santé périnatale se situent, au regard des indicateurs retenus, en dessous de la moyenne européenne, et ce de façon durable (II). Les données manquent cependant pour expliciter précisément la situation de la santé périnatale et ses causes en France, les outils de suivi épidémiologiques actuels apparaissant insuffisants (III).

I - Des facteurs de risques périnatals dont la prévalence augmente

Les facteurs de risques peuvent être définis comme toute « *situation sociale ou économique, état biologique, comportement ou environnement qui est lié, éventuellement par une relation de cause à effet, à une vulnérabilité accrue à une maladie, à des problèmes de santé ou à des traumatismes déterminés* »⁹. Ils peuvent être de différentes natures - sanitaires, sociaux ou environnementaux -, et sont susceptibles d'avoir une action cumulative ou indépendante les uns des autres dans la survenance d'un dommage de santé au cours de la période périnatale.

Selon l'Inserm¹⁰, leur augmentation en France relève de raisons objectives, telles que l'évolution des caractéristiques des femmes enceintes, l'importance des inégalités sociales de santé ou les difficultés dans l'accès aux soins périnataux. Ils n'expliquent toutefois pas complètement les mauvais indicateurs de santé périnatale en France. Ceux-ci sont également dus à des changements dans les pratiques d'enregistrement et la prise en charge médicale pour les situations d'extrême prématurité, aux limites de la viabilité de l'enfant, mais aussi aux conditions de prise en charge des patients et d'organisation de l'offre de soins, traitées dans le chapitre II.

A - Une progression globale des risques périnataux

1 - Des facteurs de risques liés à des pathologies ou à des pratiques addictives

a) Obésité et surpoids

L'obésité ou le surpoids se définissent, selon l'OMS, comme une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle, qui peut nuire à la santé. L'indice de masse corporelle (IMC), qui rapporte le poids d'un individu à sa taille, est couramment utilisé pour identifier les situations de surpoids et d'obésité chez l'adulte. Ces dernières sont caractérisées lorsque l'IMC est égal ou supérieur à 25 ou 30, respectivement.

⁹ Glossaire de la promotion de la santé, OMS, Genève, 1999, p. 20.

¹⁰ Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). J. Zeitlin, B. Blondel et J. Fresson, *Le système d'information périnatal en France*, Équipe EPOPé Inserm UPC, étude réalisée pour la Cour des comptes, 2023.

L'obésité et le surpoids maternels constituent des facteurs de risques pour la femme comme pour l'enfant. Au cours de la grossesse, l'obésité maternelle augmente le risque de complications maternelles (hypertension, diabète gestationnel) et fœtales (malformations, poids à la naissance du nouveau-né supérieur à 4 kg). Les conditions de l'accouchement sont également rendues plus difficiles, avec davantage de césariennes ainsi que des échecs d'anesthésie¹¹.

L'obésité et le surpoids des femmes enceintes ont augmenté continûment au cours des dernières décennies. En 2021, ils concernaient 37,2 % d'entre elles (31,8 % en 2016, 27,3 % en 2010), avec un IMC maternel moyen de 24,6¹². Cette augmentation est corrélée à celle du diabète gestationnel sur la même période (7,2 % en 2012, 10,8 % en 2016, 16,4 % en 2021), lui-même facteur de risques de complications pour la parturiente.

L'augmentation de la prévalence de l'obésité maternelle et du surpoids concerne l'ensemble du territoire national mais certaines régions se distinguent par une situation plus aiguë. C'est le cas dans les Hauts-de-France, le Grand-Est et la Normandie, où la prévalence de ces facteurs de risques reste la plus élevée en 2021, comme dix ans auparavant. C'est aussi le cas des Pays de la Loire et de la Bretagne, alors que leur situation était plus favorable en 2010.

Les inégalités sociales ont un rôle important dans la prévalence des situations d'obésité ou de surpoids maternels. Ainsi, un gradient social très marqué de l'obésité maternelle est observé en fonction du niveau d'étude ou des revenus, avec un effet cumulatif lorsqu'ils s'additionnent. Cependant, l'accroissement de ces situations au cours de la dernière décennie concerne toutes les catégories de niveau d'étude et de revenus.

Les taux de surpoids et d'obésité des femmes en âge de procréer observés en France s'inscrivent cependant, selon Eurostat, parmi les plus faibles d'Europe¹³.

¹¹ P. Deruelle, *Complications liées à l'obésité au cours de la grossesse*, Revue de médecine périnatale, 8, 176-179, 2016.

¹² C. Deneux, E. Azria, M. Viaud, *Inégalités sociales d'IMC maternel, actualisation avec données de l'enquête nationale périnatale 2021*, Équipe EPOPé Inserm UPC, étude réalisée pour la Cour des comptes, 2023.

¹³ Commission Européenne, Eurostat. Femmes en âge de procréer entendues comme les femmes comprises entre 15 ans et 44 ans. Données pour l'année 2019.

b) Prise de poids inadéquate pendant la grossesse

L'accroissement de la masse corporelle pendant la grossesse est souhaitable pour assurer le bon développement du fœtus et pour prévenir d'éventuelles complications lors de l'accouchement. Lorsqu'il est excessif ou insuffisant, il constitue un facteur de risque pouvant conduire à des anomalies de poids fœtal de l'enfant ou favoriser des complications obstétricales, nécessitant le recours à une césarienne. C'est pourquoi les autorités sanitaires recommandent une évolution dite « adéquate », celle-ci étant déterminée à l'aune des IMC mesurés avant la grossesse, puis au terme de l'accouchement.

En 2021, les femmes ont vu croître leur masse corporelle de 12,4 kg en moyenne pendant leur grossesse. Ce résultat est stable sur la période récente¹⁴. Cette prise de poids n'est cependant jugée adéquate que pour 34,9 % d'entre elles, son caractère insuffisant ou excessif étant observé dans 28,6 % et 36,5 % des cas, respectivement. Depuis 2010, la part élevée des prises de poids jugées excessives est restée stable et celle relative aux prises de poids insuffisantes n'a cessé de s'accroître (elle était de 25,9 % en 2010).

c) Pratiques addictives et consommations à risque

Les pratiques addictives et les consommations à risques des femmes pendant leur grossesse sont identifiées de longue date comme des facteurs de risques pour leur propre santé mais aussi pour celle de l'enfant à naître.

S'agissant du tabac, 12,2 % des femmes ont déclaré en consommer au troisième trimestre de leur grossesse (16,3 % en 2016). Au-delà des risques pour la mère, le tabagisme pendant la grossesse peut entraîner un retard de croissance intra-utérin et augmente le risque de prématurité. Le tabagisme maternel pendant et après la grossesse, ainsi que l'exposition passive du nourrisson à la fumée, sont aussi associés au risque, pour ce dernier, de développer des troubles respiratoires ou d'être frappé par le syndrome de mort inattendue du nourrisson¹⁵. De surcroît, ces risques s'intensifient en fonction de la fréquence et de la durée de consommation de tabac par la mère durant la grossesse. Sur la base des données de comparaison disponibles, la consommation de tabac en France pendant la grossesse est l'une des plus élevées d'Europe, alors même que cette dernière est la région du monde où cette consommation est la plus fréquente pendant la grossesse¹⁶.

¹⁴ M. Viaud, C. Le Ray, N. Lelong, C. Deneux, J. Zeitlin, *Évolution de la prise de poids pendant la grossesse et déterminants : données de l'ENP 2021*, Inserm, étude réalisée pour la Cour des comptes, 2023.

¹⁵ Ministère de la santé et de la prévention, *Grossesse et tabac*, publié en ligne le 27 février 2015, mise à jour le 1^{er} juin 2022.

¹⁶ S. Lang et al., *National, regional, and global prevalence of smoking during pregnancy in the general population : a systematic review and meta-analysis*, The Lancet Global Health, juillet 2018.

Concernant l'alcool, 3 % des femmes déclarent en avoir consommé au moins une fois durant leur grossesse selon l'enquête nationale périnatale 2021, chiffre sans doute sous-déclaré. Cette situation concernerait entre 10 % et 30 % des femmes enceintes¹⁷. La consommation d'alcool est toxique pour l'enfant à naître, et peut entraîner des effets irréversibles sur son développement cérébral. Pendant toute la période de la gestation, et spécialement au cours du premier trimestre, l'embryon est, en effet, particulièrement vulnérable aux effets nocifs de la consommation d'alcool, qui est susceptible de causer des troubles, voire d'entraîner l'apparition d'un syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF), avec des anomalies faciales, des troubles cognitifs et comportementaux, et un retard de croissance intra-utérin. Selon une étude de Santé publique France, portant sur la période 2006-2013, le taux de troubles causés par la consommation d'alcool (TCAF) en France est de 0,48 pour 1 000 naissances, dont 0,07 ‰ de syndrome d'alcoolisation fœtale. Les auteurs de cette étude estiment néanmoins que la prévalence de ces troubles est probablement sous-estimée, du fait de la difficulté de repérage des enfants qui en sont atteints¹⁸. Une étude de 2017, réalisant une revue de littérature internationale sur des données de 1973 à 2015, suggère une prévalence de TCAF de l'ordre de 10,4 ‰¹⁹ en France. La consommation d'alcool pendant la grossesse en France est supérieure à celle observée dans de nombreux pays d'Europe de l'Ouest et du Nord²⁰.

¹⁷ En France, selon le Baromètre santé 2017 concernant les consommations d'alcool et de tabac de la grossesse réalisé par Santé publique France, parmi les mères d'enfants de cinq ans ou moins, 11,7 % déclaraient avoir consommé de l'alcool au cours de leur dernière grossesse. En 2011, dans l'étude Elfe, la proportion de femmes déclarant avoir bu de l'alcool pendant la grossesse était de 27,6 % avant de se savoir enceinte et de 21,2 % une fois la grossesse connue.

¹⁸ S. Laporal, V. Demiguel, C. Cogordan, Y. Barry, I. Guseva Canu, V. Goulet, N. Regnault, *Surveillance des troubles causés par l'alcoolisation fœtale : analyse des données du programme de médicalisation des systèmes d'information en France entre 2006 et 2013*, Synthèse, Santé publique France, 2018.

¹⁹ S. Lange, C. Probst, G. Gmel, J. Rehm, L. Burd, S. Popova, *Global Prevalence of Fetal Alcohol Spectrum Disorder Among Children and Youth: A Systematic Review and Meta-analysis*, JAMA Pediatr. 2017 Oct 1 ; 171(10):948-956.

²⁰ Une étude publiée en 2017, sur la base d'une revue de la littérature disponible entre 1984 et 2014, estime que la consommation d'alcool en France s'élève à 27 %, supérieure à des pays d'Europe de l'Ouest tels que le Luxembourg (2,1 %), la Belgique (14,9 %), l'Espagne (15 %), les Pays Bas (18 %), l'Allemagne (25,8 %) ainsi que d'Europe du Nord comme la Suède (9,4 %), la Finlande (15,7 %) ou la Norvège (22,6 %). Voir S. Popova, S. Lange, C. Probst, G. Gmel, J. Rehm J., *Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis*, Lancet Global Health., 2017.

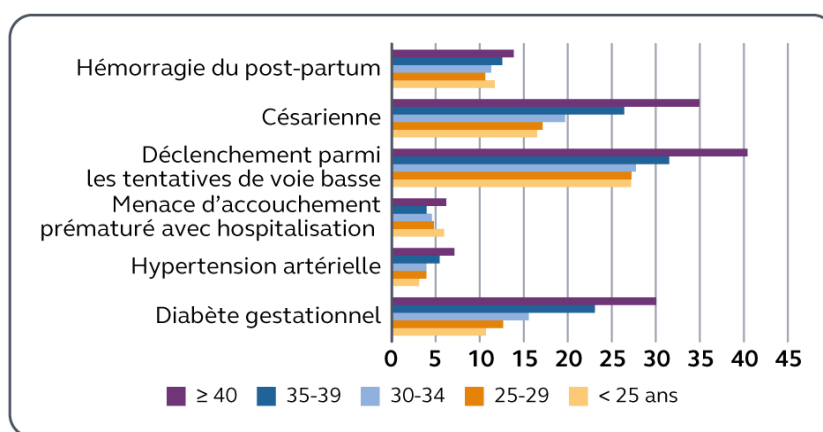
L'usage de drogues pendant la grossesse peut également avoir des effets néfastes sur le développement de l'enfant, risques majorés du fait de l'association fréquente de cette pratique à d'autres types de consommations (alcool, tabac). Les effets varient selon la nature du stupéfiant consommé. S'agissant du cannabis, drogue la plus consommée en France, son principe actif, le tétrahydrocannabinol (THC), traverse aisément la barrière placentaire et pénètre le système sanguin du fœtus. Une consommation régulière et significative de cannabis peut entraîner, selon la dose ingérée, une naissance prématurée, un retard de croissance intra-utérin, des tremblements néonataux ou, à plus long terme, des troubles du comportement chez l'enfant. Selon l'enquête nationale périnatale (ENP) 2021, 6 % des femmes déclarent avoir fumé du cannabis un an avant d'être tombées enceintes ; elles ne sont plus que 1,1 % à déclarer le faire au cours de la grossesse, ces estimations pouvant être sous-évaluées. La France figure parmi les pays d'Europe où la prévalence des femmes ayant une consommation quotidienne ou quasi quotidienne de cannabis est la plus importante. Concernant les segments de population de femmes de 15-34 ans et 15-64 ans, respectivement, la prévalence de consommation de cannabis parmi l'ensemble des femmes est estimée à 3,1 % (3^e rang européen) et 1,8 % (4^e rang européen)²¹.

2 - Des facteurs de risques liés aux évolutions de la société et des pratiques médicales

a) L'importance croissante des grossesses tardives

Les grossesses tardives sont relatives aux accouchements intervenus après 35 ans. Leur part s'est sensiblement accrue au cours des dernières décennies. En 2021, selon l'Inserm, elles concernaient 24,6 % des parturientes, contre 19,2 % en 2010 et 12,4 % en 1995. Or, le dépassement de ce seuil favorise l'apparition de certaines pathologies maternelles lors de la grossesse (hypertension, diabète gestationnel, notamment) et accroît la fréquence des complications à l'accouchement (césariennes, complications obstétricales ou fausses couches). Les phénomènes de naissance prématurée, de petit poids à la naissance de l'enfant ou de transfert du nouveau-né d'un établissement à un autre, généralement plus spécialisé, sont également plus fréquents en cas de grossesse tardive.

²¹ Observatoire européen des drogues et toxicomanies, *Prévalence des consommations de drogue*, Bulletin statistique, 2023.

Graphique n° 1 : complications durant la grossesse et caractéristiques de l'accouchement selon l'âge des femmes à la délivrance (en %)

Source : Inserm, pour Cour des comptes

Même s'il a tendance à augmenter progressivement, l'âge maternel moyen des mères en France se situe toutefois dans la moyenne européenne. Ce taux reste très inférieur à celui des pays du sud de l'Europe (Italie, Espagne et Grèce), où près d'une mère sur trois a plus de 35 ans au terme de la grossesse²².

b) Des prématurités et des petits poids à la naissance plus fréquents

La prématurité, ainsi que le petit poids à la naissance de l'enfant, constituent des facteurs de risques importants pour la santé de l'enfant. Le terme normal de la grossesse intervenant entre 37 et 41 semaines d'aménorrhée, la prématurité est entendue comme une naissance de l'enfant avant 37 semaines d'aménorrhée (soit avant le début du neuvième mois de la grossesse). La prématurité présente des risques de décès ou de handicap pour l'enfant du fait de l'immaturité et de la sensibilité de ses organes²³. Ainsi, environ deux-tiers des décès recensés chez les enfants concernent ceux nés prématurément ou avec un faible poids de naissance. Ce taux de décès est très variable selon le niveau de la prématurité : allant de 60 % à 70 % pour les très grands prématurés (naissance avant 28 semaines d'aménorrhée), il est inférieur à 1 % pour les prématurités modérées et tardives (naissance entre 32 et 36 semaines d'aménorrhée).

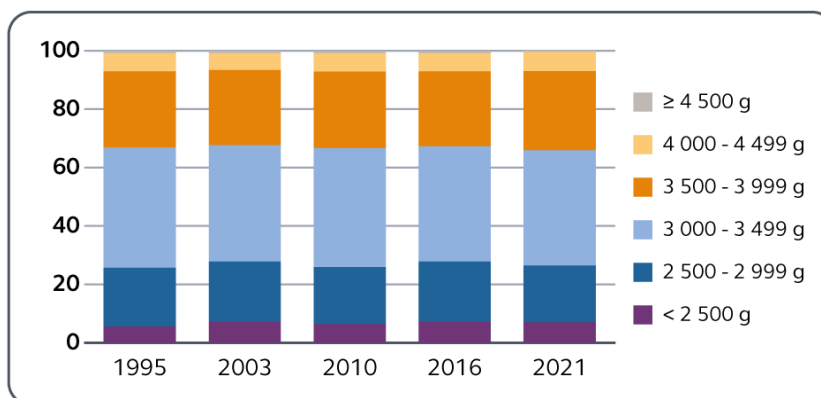
²² Rapport Euro-Peristat 2018.

²³ Voir V. Pierrat, J. Zeitlin et P. Gressens, *Prématurité : des bébés qui arrivent trop tôt*, dossier publié sur le site internet de l'Inserm, 13 février 2023.

Au cours des trente dernières années, la France a connu un accroissement sensible de la fréquence de la prématurité et des petits poids de naissance. Cette situation peut résulter, en premier lieu, de l'incidence accrue des facteurs de risques maternels sur la grossesse conduisant à un accouchement précoce. Doivent également être pris en compte les progrès de la médecine, qui rendent possible une prise en charge de plus en plus précoce des nouveau-nés, dont certains n'auraient autrefois pas bénéficié de manœuvres réanimatoires. Tandis que certains grands prématurés survivent désormais grâce à la progression de la connaissance et des pratiques médicales, d'autres décèdent quelques heures ou jours après la naissance. Dans ces cas, ils sont enregistrés comme des naissances vivantes prématurées, alors qu'ils auraient par le passé été comptabilisés comme des enfants nés sans vie²⁴.

Selon l'Inserm, le taux de prématurité des naissances est resté stable entre 2016 et 2021 (7 %), à hauteur de la médiane européenne (6,9 % en 2019)²⁵, après s'être significativement et continûment accru entre 1995 (5,4 %) et 2016²⁶. La part de nouveau-nés présentant un poids inférieur à 2 500 grammes, elle aussi stable depuis 2016 (7,1 %) et comparable à la plupart des pays européens (Royaume-Uni, Benelux, Allemagne et Italie, notamment) hors pays scandinaves, a connu la même évolution (5,7 % en 1995).

Graphique n° 2 : évolution du poids à la naissance des enfants en France entre 1995 et 2021 (en %)



Source : Inserm, pour Cour des comptes

²⁴ Sylvain Papon, *Depuis 2015, la mortalité infantile en France est supérieure à la moyenne européenne*, Insee Focus, n°301, 14 juin 2023.

²⁵ Rapport Euro-Peristat 2015-2019.

²⁶ Voir C. Le Ray et al., *Results of the 2021 French National Perinatal Survey and trends in perinatal health in metropolitan France since 1995*, Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction, volume 51, Issue 10, 2022.

B - Des risques périnataux plus élevés pour les mères de catégories sociales défavorisées, nées à l'étranger ou vivant outre-mer

1 - Une incidence importante des inégalités sociales

Les caractéristiques individuelles et familiales - niveau d'études de la mère, revenu du ménage, situation familiale -, sont souvent appréhendées au travers de la notion de « gradient social » qui met en évidence des disparités de santé entre individus liées à différents facteurs socio-économiques. Ces facteurs socio-économiques jouent un rôle important dans la santé périnatale, en étant liés à l'intensité des facteurs de risques précédemment décrits et aux conditions de prise en charge.

La mortalité et les principales pathologies de la période périnatale ont notamment été associées, dans le cadre d'études à l'étranger, aux caractéristiques sociales des quartiers de résidence des femmes enceintes²⁷. Une plus grande précarité des parents en général, et de la mère en particulier, peut augmenter les phénomènes de mortalité fœto-infantile, de retard de croissance *in utero* et certaines anomalies congénitales.

Une relation entre précarité, d'une part, et risques majorés de complications périnatales ou obstétricales, d'autre part, peut être mise en évidence en France. Selon l'Inserm, l'existence d'inégalités sociales maternelles est associée à des risques majorés de prématurité et de petit poids à la naissance de l'enfant. Ainsi, le taux de prématurité des naissances varie de 4,9 % pour les mères les plus favorisées à 7,4 % pour les mères les plus précaires. De même, le taux d'enfants de petit poids à la naissance s'élève à 13,9 % pour les femmes dont le niveau de précarité est le plus élevé, contre 9,5 % pour les femmes les plus favorisées. Enfin, s'agissant du pronostic obstétrical, les femmes dont le niveau de précarité est supérieur accouchent plus fréquemment par césarienne.

2 - Des inégalités plus marquées pour les mères nées à l'étranger

En 2022, sept millions d'immigrés, entendus comme les personnes nées étrangères à l'étranger²⁸, principalement en Afrique (48,2 %) et en Europe (32,3 %), vivent en France, soit 10,3 % de la population totale²⁹. La même année, selon l'Insee, les naissances vivantes d'enfants de mères nées à l'étranger ont représenté 24,4 % du total, en nette progression au cours des dernières décennies.

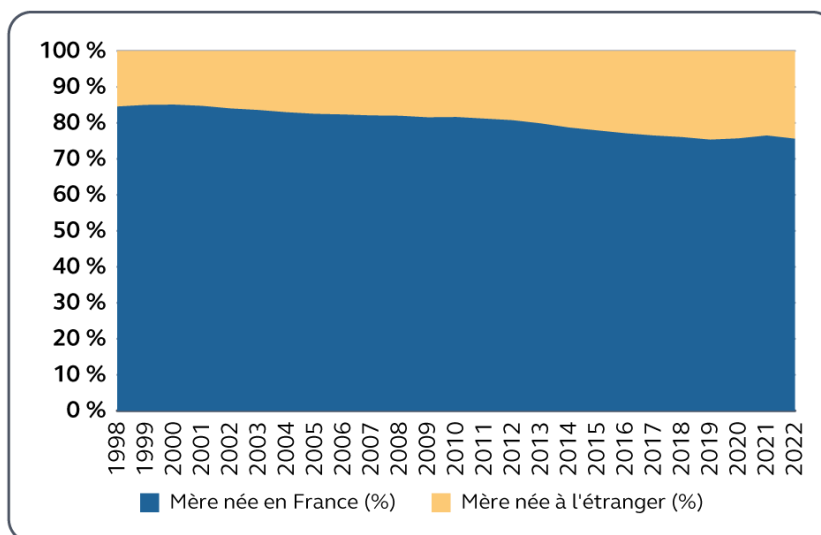
²⁷ J. Jardine, K. Walker, I. Gurol-Urganci et al., *Adverse pregnancy outcomes attributable to socioeconomic and ethnic inequalities in England : a national cohort study*, Lancet, 20 novembre 2021, 398(10314) : 1905-1912.

²⁸ Selon la définition adoptée par le Haut conseil à l'intégration, citée par Insee, *L'essentiel sur les immigrés et les étrangers*, 10 juillet 2023.

²⁹ Insee, *L'essentiel sur les immigrés et les étrangers*, 10 juillet 2023.

Selon Eurostat, en 2021, la part de mères nées à l'étranger s'étage, dans les 27 pays de l'Union Européenne, de 65 % du total des naissances (Luxembourg) à 2 % (Bulgarie, Slovaquie et Lituanie). La France se situe au 10^e rang³⁰, avec près du quart des naissances provenant d'une mère née à l'étranger, proportion en augmentation tendancielle comme l'indique le graphique n° 3.

Graphique n° 3 : évolution de la part des naissances vivantes en France selon le pays de naissance de la mère (en %)



Source : Insee « Les naissances en 2022 et en séries longues », Tableau T38bis, Insee résultats, 28 septembre 2023. Retraitement Cour des comptes.

Des travaux scientifiques³¹ soulignent l'importance de la mortalité maternelle et de la morbidité sévère chez les femmes migrantes. Les femmes nées hors de France représentent 36 % de l'ensemble des décès maternels, cette morbidité étant notamment marquée chez les femmes originaires d'Afrique sub-saharienne.

³⁰ Eurostat, *Fertility statistics*. <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained>

³¹ Inserm, Santé publique France, *Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir*. 7e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) 2016-2018. ; Eslier M, Deneux-Tharaux C, Sauvegrain P, Schmitz T, Luton D, Mandelbrot L, Estellat C, Azria E. *Severe maternal morbidity among undocumented migrant women in the PreCARE prospective cohort study*. BJOG. 2022;129(10):1762-1771.

Le constat d'une augmentation de la prématurité chez les femmes migrantes en France a pu être mis en évidence³², en particulier pour les femmes d'origine sub-saharienne ou d'un pays présentant un indice de développement humain (IDH)³³ faible ou moyen. Il est plus fréquent qu'elles vivent seules, aient eu plusieurs enfants, présentent un niveau d'éducation moins élevé ainsi qu'un faible taux d'activité professionnelle. Leur état de santé initial, les difficultés d'accès aux soins du fait de barrières linguistiques ou de discrimination constituent également des éléments relevés par la recherche épidémiologique pour expliquer ces situations de santé dégradées.

Le suivi de la grossesse de ces femmes peut par conséquent s'avérer inadéquat, partiel ou inexistant, malgré son importance dans la prévention des risques périnataux pour la mère et pour l'enfant. De surcroît, ce risque est susceptible d'être majoré dans un contexte de précarité, d'absence de couverture sociale ou d'absence de statut légal régulier³⁴.

3 - Des risques plus importants dans les départements et régions d'outre-mer

a) Une prévalence plus importante de certaines pathologies

Dans les départements et régions d'outre-mer (Drom), la santé des femmes est généralement moins bonne que dans l'hexagone. Les parturientes sont davantage susceptibles de souffrir de pathologies aux effets préjudiciables au pronostic obstétrical ainsi qu'à la santé de l'enfant (antécédents familiaux de diabète, hypertension artérielle chronique, obésité avant grossesse). Les territoires ultramarins témoignent également d'une prévalence plus importante de certaines maladies génétiques, associées à des taux de mortalité infantile élevée, à l'instar de la drépanocytose. Ainsi, en 2021, la fréquence de la drépanocytose dans l'hexagone est en moyenne d'un sur 613 nouveau-nés, tandis qu'elle est de 1 sur 424 en outre-mer³⁵.

³² M. Kestenare, *Migration et issues périnatales en France : Analyse de l'association entre le lieu de naissance maternelle et les issues périnatales en 2021*, Mémoire de Master 2 Santé publique, sous la direction du Pr E. Azria et du Dr N. Regnault, 2023. Et Saurel-Cubizolles et al., *Ibid.*. Cité par M. Kestenare, *op.cit.*

³³ L'IDH est un indice visant à évaluer le niveau de développement d'un pays en se fondant sur des critères socio-économiques tels que le revenu national brut par habitant, l'espérance de vie et le niveau d'éducation.

³⁴ M. Eslier, C. Deneux-Tharaux, P. Sauvegrain, T. Schmitz, D. Luton, L. Mandelbrot, C. Estellat, E. Azria, *Association between migrant women's legal status and prenatal care utilization in the PreCARE cohort*, Int. J. Environ. Res. Public. Health, 2020, 17 (19), 7174.

³⁵ Centre national de coordination du dépistage néonatal, Rapport d'activité, Programme National du dépistage néonatal, Année 2021

S'agissant de la santé mentale des mères, des difficultés se présentent également plus fréquemment outre-mer : 33,1 % des femmes à La Réunion, 33,9 % en Guadeloupe et 39,4 % en Martinique déclarent se sentir davantage tristes ou déprimées pendant leur grossesse, contre 25,6 % dans l'hexagone³⁶. En Guadeloupe, 30,6 % des mères déclarent une dépression deux mois après la naissance, tandis que la prévalence en Martinique et à La Réunion est comparable à celle de l'hexagone (16,7 %).

Certains indicateurs relatifs aux enfants sont également défavorables dans les Drom. La part de ceux qui présentent un petit poids à la naissance y est plus élevée que dans l'hexagone (plus de 10 %, contre 7,1 %). Des enjeux spécifiques semblent également s'attacher à la période postnatale, notamment la façon dont les enfants dorment. Les recommandations sanitaires³⁷ préconisent un couchage des nourrissons dans la chambre des parents durant les six premiers mois de vie, dans un lit séparé et sur le dos, comme une mesure de prévention de la mort inattendue du nourrisson. Outre-mer, selon l'enquête nationale périnatale (ENP) - Drom 2021, deux mois après la naissance, plus d'un enfant sur trois dort dans le lit de ses parents, contre environ un sur dix dans l'hexagone.

b) Des parcours de soin parfois erratiques

La santé périnatale outre-mer présente des difficultés spécifiques, dont un aspect est l'éloignement des femmes des parcours de soin et de prévention, notamment pour celles présentant les facteurs de risques les plus importants. Sans être spécifique à ces territoires, la situation y est plus préoccupante, en dépit des initiatives des professionnels de santé, autorités sanitaires et organismes locaux de sécurité sociale.

En premier lieu, de nombreuses femmes ne bénéficient pas d'un suivi régulier, adapté et souhaitable au regard de leur grossesse. Pour celles bénéficiant d'un suivi, les professionnels de santé soulignent des ruptures régulières, avec des consultations ou des échographies réalisées de façon erratique ou en nombre insuffisant par rapport aux recommandations. Ce phénomène concerne souvent des femmes qui auraient besoin d'un suivi médical resserré au regard des facteurs de risques associés à leur grossesse, car précaires, polypathologiques, étrangères en situation irrégulière, ou présentant des dépendances.

³⁶ Résultats de l'enquête nationale périnatale 2021 dans les Drom (ENP – Drom 2021), Santé périnatale à La Réunion, 2023.

³⁷ HAS, *Prévention des déformations crâniennes positionnelles et mort inattendue du nourrisson*, 2020.

En l'absence de suivi régulier, des situations critiques peuvent intervenir dans la prise en charge. Ainsi, des présentations inopinées aux urgences gynéco-obstétricales de femmes arrivées au terme de leur grossesse sans avoir bénéficié au préalable d'aucun suivi ne sont pas inhabituelles. Ces situations conduisent parfois à des décès maternels qui auraient pu être évités, comme cela a été relevé à trois reprises par le centre hospitalier de l'Ouest guyanais.

Des accouchements interviennent parfois dans l'urgence au sein de centres ambulatoires non équipés en matériel ou personnels adéquats, comme au sein du centre délocalisé de prévention et de soins d'Apatou, en Guyane, ou du centre périnatal de proximité (CPP) de Marie-Galante, en Guadeloupe. Dans ce dernier cas, le transfert des femmes concernées à la maternité du CHU a été rendu impossible pour des raisons liées aux transports et à la situation météorologique. Bien que ce phénomène apparaisse marginal et corresponde à des situations critiques, il souligne la nécessité du suivi des femmes et de la prévention dans les Drom.

c) Des facteurs économiques, sociaux et culturels pouvant entraver le suivi de grossesse

Sur le plan socio-économique, différents facteurs peuvent dégrader la qualité des parcours de suivi et de soin des mères en outre-mer. Les femmes enceintes peuvent éprouver des difficultés à se rendre à la maternité, au centre de PMI ou chez les professionnels de ville, en raison de contraintes de transport, d'obligations parentales ou de leur isolement social. Un cas fréquemment cité est celui de la femme multipare, assumant la responsabilité d'une fratrie de plusieurs enfants dans un contexte de conjoint absent et parfois isolée sur le plan familial ou géographique, sans solution de garde des enfants, qui renonce à se rendre au centre de consultations ou à l'hôpital. Il existe enfin une proportion plus importante de ménages précaires outre-mer, avec un nombre de bénéficiaires de l'aide médicale d'État (AME) et de la complémentaire santé solidaire (C2S) plus élevé que dans l'hexagone, la précarité accentuant les difficultés de suivi.

D'autres facteurs peuvent également jouer un rôle dans la régularité du suivi de grossesse. En premier lieu, les proportions des naissances issues de mères nées à l'étranger, variables selon les territoires, sont très élevées à Mayotte (72,4 % du total des naissances en 2021), Saint-Martin (56,5 %) et en Guyane (43 %), contre 21 % pour l'hexagone selon l'ENP-Drom 2021. Par ailleurs, l'observation des recommandations sanitaires par certaines femmes et leurs familles, tout comme l'accès à une couverture sociale, peuvent parfois être rendus plus difficiles du fait d'une plus grande réserve quant aux messages institutionnels et de santé publique ainsi qu'une moindre démarche d'inscription dans les parcours administratifs permettant l'accès aux soins et leur prise en charge.

II - Des résultats nettement en-dessous de la moyenne européenne

Dans un contexte de facteurs de risques élevés, l'état de santé périnatale en France apparaît durablement médiocre, avec des disparités territoriales et sociales importantes, en particulier au détriment de l'outre-mer.

A - Une convergence d'indicateurs défavorables

Les indicateurs de santé périnatale

La santé périnatale est mesurée au moyen de plusieurs indicateurs principaux³⁸.

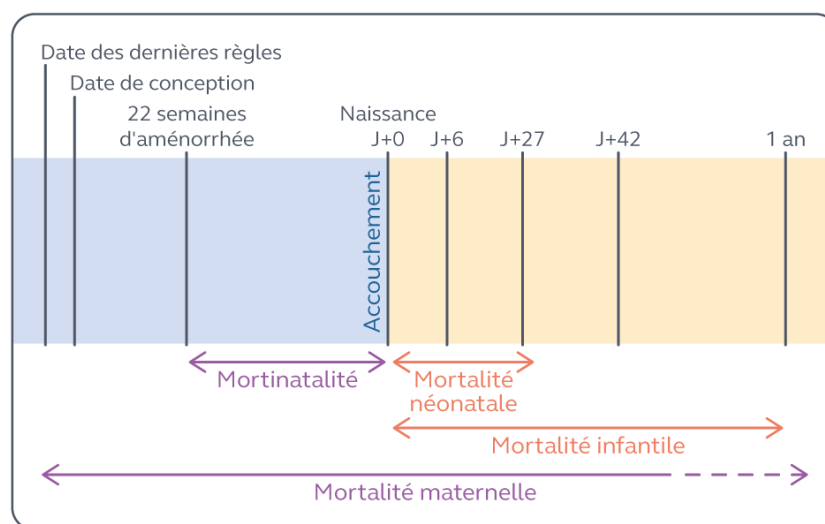
La *mortinatalité* se rapporte à la part d'enfants nés sans vie, la mort fœtale pouvant être spontanée ou liée à une interruption médicale de grossesse. La définition de l'enfant né sans vie permet de différencier une naissance d'une fausse couche. En France, un enfant est comptabilisé comme mort-né s'il est né sans signe de vie après un terme de 22 semaines d'aménorrhée ou lorsque son poids dépasse 500 grammes, seuils de viabilité identiques à ceux utilisés pour l'enregistrement à l'état civil des naissances vivantes et viables. En-deçà de ces seuils, l'enfant peut néanmoins être enregistré comme mort-né à l'état-civil par les parents qui le souhaitent, mais n'est pas comptabilisé comme tel dans les statistiques périnatales. Par ailleurs, la notion de *mortalité périnatale* mesure la part totale d'enfants nés sans vie et d'enfants décédés au cours de la première semaine.

La *mortalité infantile* concerne les enfants nés vivants et viables mais décédés au cours de la première année de vie. Elle inclut la *mortalité néonatale*, qui se rapporte aux enfants décédés au cours des 28 premiers jours de vie.

La *mortalité maternelle* mesure la part de femmes décédées du fait de leur grossesse, pendant celle-ci et jusqu'à 42 jours après l'accouchement, ce qui correspond à l'indicateur de référence international. La *mortalité maternelle tardive* renvoie aux décès intervenus de 43 jours à 1 an après la fin de la grossesse.

³⁸ Annexe n° 2.

Schéma n° 1 : les principaux indicateurs sanitaires relatifs à la périnatalité



Source : Cour des comptes

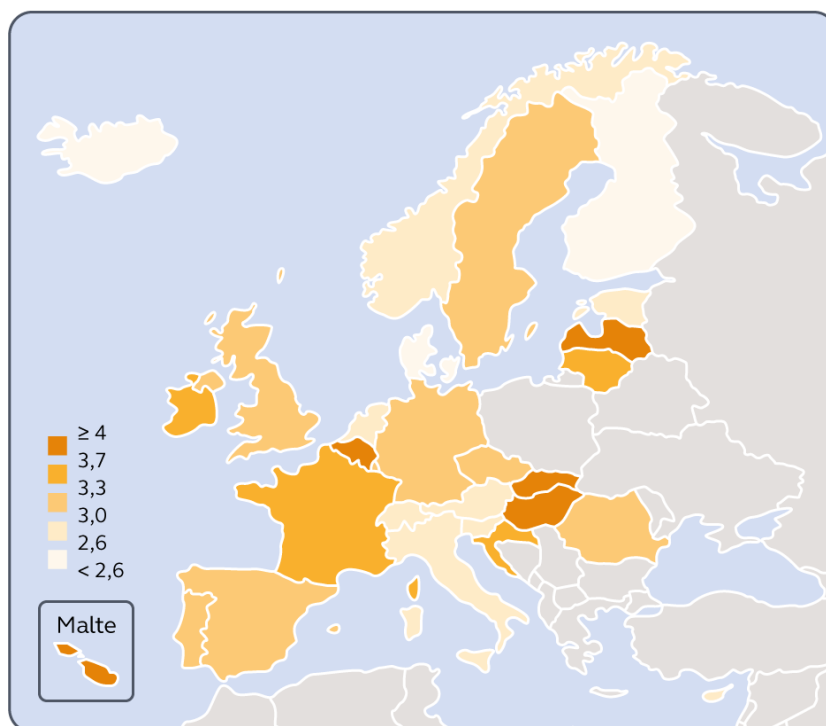
1 - Une part durablement importante d'enfants nés sans vie

Principale composante de la mortalité périnatale (83 %), la mortinatalité affiche des résultats durablement préoccupants. La mortinatalité totale s'est en effet stabilisée à un niveau élevé depuis plusieurs années, (8,8 mort-nés pour 1 000 naissances en 2022, 8,9 ‰ en 2021, 2020 et 2016). Ce chiffre recouvre une part importante de morts fœtales spontanées (5,4 ‰ en 2022, 5,5 ‰ en 2021).

Les résultats de la France comptent parmi les plus défavorables en Europe : la part d'enfants nés sans vie après 24 semaines d'aménorrhée, terme permettant la comparabilité des résultats à l'échelle européenne, s'établit en moyenne à 3,8 ‰ pour la période 2015 à 2020, ce qui place la France au 21^{ème} rang sur les 28 pays participant au projet Euro-Peristat³⁹, loin derrière l'Islande le Danemark et la Finlande (< 2,5‰) et nettement au-dessus du résultat moyen (3,3 ‰).

³⁹ Euro-Peristat, *European Perinatal Health Report : Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe from 2015 to 2019, 2022.*

Carte n° 1 : taux moyen de mortinatalité pour 1 000 naissances en Europe entre 2015 et 2019



Note : mortinatalité hors interruptions médicales de grossesse, après 24 semaines d'aménorrhée.

Source : Cour des comptes à partir des données Euro-Peristat 2015-2020

Euro-Peristat et la définition d'un enfant né sans vie

Le réseau Euro-Peristat a pour objectifs de suivre et d'évaluer la santé des mères et des enfants pendant la période périnatale en utilisant des indicateurs valides et fiables en Europe. Les 27 États membres de l'Union européenne, l'Islande, la Norvège, la Suisse et le Royaume-Uni sont représentés. Les participants sont des cliniciens, des statisticiens et des épidémiologistes, qui travaillent avec des données de routine provenant des registres médicaux des naissances, des données hospitalières, des registres d'état-civil et des bases de données sur les causes de décès.

La variabilité des critères retenus d'un pays à l'autre pour définir un enfant né sans vie et pour autoriser le recours à l'interruption médicale de grossesse rend délicat l'établissement de comparaisons internationales au titre de la mortinatalité. Ainsi, plusieurs pays européens ne comptabilisent pas ou que partiellement les enfants nés sans vie avant 24 semaines d'aménorrhée. En outre, certains pays n'autorisent pas les interruptions médicales de grossesse après 22 ou 24 semaines d'aménorrhée alors que d'autres, comme la France, la Belgique ou le Royaume-Uni, n'imposent aucune limite de ce type. C'est pourquoi les comparaisons européennes sont limitées aux morts fœtales spontanées intervenant à partir de 24 semaines d'aménorrhée.

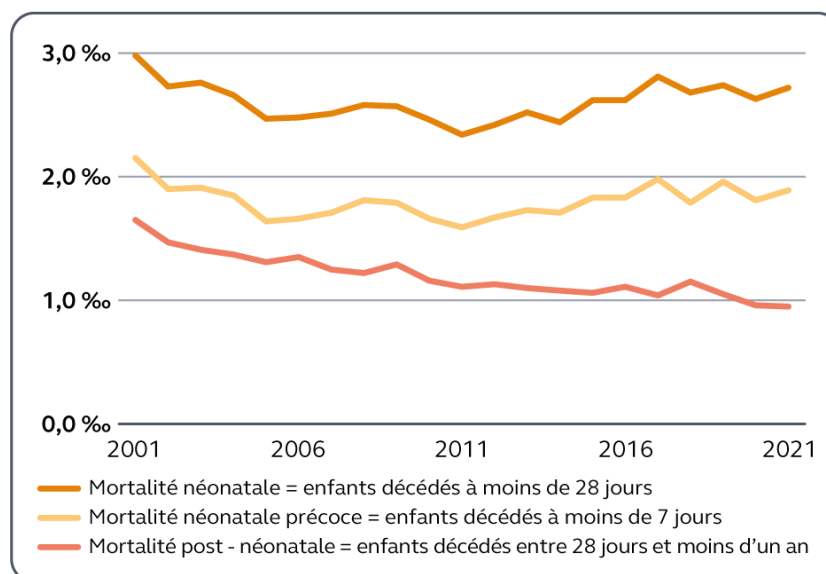
2 - Une mortalité infantile qui s'aggrave, principalement sous l'influence de la mortalité néonatale

En 2021, selon l'Insee, 2 726 enfants sont décédés en France dans leur première année de vie. Rapportée au nombre de naissances vivantes, la mortalité infantile s'établit ainsi à 3,7 ‰. Après avoir nettement baissé au cours des années 1990 et 2000, puis avoir atteint en 2011 son niveau le plus faible enregistré (3,45 ‰), elle augmente depuis une décennie.

Pour les trois-quarts, ces décès interviennent durant le premier mois de vie, la moitié durant la première semaine de vie et près du quart entre 7 et 27 jours⁴⁰. La mortalité néonatale et, en son sein, la mortalité néonatale précoce, s'étaient toutes les deux réduites entre 2001 et 2011. La tendance s'est inversée à partir de cette date, un nouveau pic étant atteint en 2018, suivi d'une stabilisation à ce niveau depuis lors. Sur la même période, la mortalité post-néonatale (du 28^e jour à moins d'un an) a diminué jusqu'en 2011, avant de se stabiliser autour de 1,0 ‰ (contre 1,7 ‰ en 2001).

⁴⁰ Insee Focus n° 301, Insee, 14 juin 2023.

Graphique n° 4 : évolution de la mortalité néonatale en France entre 2001 et 2021



Champ : naissances vivantes en France hors Mayotte jusqu'en 2013, France entière à partir de 2014.

Source : Insee, statistiques de l'état civil, juin 2023

Pour comparer ces résultats avec ceux des autres pays européens participant au programme Euro-Peristat, la Cour a dû demander à l'Inserm (équipe EPOPé, Université Paris Cité) d'apparier les données issues des certificats de décès avec celles produites par les établissements hospitaliers. Le nouveau protocole exige en effet désormais des États l'emploi d'une méthodologie comparable à partir d'une source unique de données, ce qui impose de s'appuyer sur des données hospitalières. Il en ressort que, pour la période 2015-2017, avec un taux de 2,5 %, supérieur à la moyenne européenne (2,2 %), la France est au 19^e rang sur 23 pays ayant fourni les données selon le nouveau protocole.

Par comparaison avec les meilleurs pays européens, principalement les pays nordiques (Finlande, Suède et Norvège), le taux de mortalité néonatale en France est plus élevé quel que soit le terme de la grossesse, avec un écart important s'agissant des extrêmes prématurés. Si le taux de mortalité néonatale français avait été identique à celui des meilleurs pays analysés (1,6 % en moyenne), près de 40 % des décès enregistrés en France entre 2015 et 2017 auraient pu être évités, soit 2 079 enfants.

Pour la mortalité post-néonatale, la mort inattendue du nourrisson (MIN) constitue la première circonstance de décès⁴¹. Défini comme le « *décès subit d'un enfant âgé de 1 mois à 1 an jusqu'alors bien portant, alors que rien dans ses antécédents connus ni dans l'histoire des faits ne pouvait le laisser prévoir* »⁴², ce phénomène concerne entre 250 et 350 décès d'enfants chaque année, les trois quarts des MIN intervenant avant l'âge de six mois⁴³. Malgré une baisse au cours des années 1990, la France apparaît, dans le cadre d'une étude portant sur des données issues de la période 2005-2015, comme l'un des pays à fort taux de MIN en Europe de l'Ouest⁴⁴.

3 - La mortalité maternelle, un évènement rare mais évitable dans la majorité des cas

Les décès maternels font l'objet d'une étude spécifique, l'enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM), dont les résultats sont publiés tous les trois à cinq ans depuis 1996 par l'Inserm et Santé publique France. Selon les conclusions de l'étude publiée en avril 2024⁴⁵ à partir des données portant sur la période 2016-2018, 90 décès surviennent annuellement en moyenne jusqu'à un an après la fin de la grossesse. Les trois quarts interviennent après l'accouchement. Cela représente un taux de 11,8 décès pour 100 000 naissances vivantes, en augmentation⁴⁶. En resserrant l'étude à la mortalité maternelle limitée à 42 jours après la fin de la grossesse, indicateur de référence pour les comparaisons internationales, le résultat s'établit à 8,5 décès pour 100 000 naissances vivantes, comparable à la moyenne des autres pays européens.

⁴¹ Santé publique France, *Mort inattendue du nourrisson*, dossier thématique, site internet de SPF, mis à jour le 19 août 2022.

⁴² PS. Blair, RW. Byard, PJ. Fleming, *Sudden unexpected death in infancy (SUDI) : suggested classification and applications to facilitate research activity*, Forensic Sci. Med Pathol, septembre 2012 ; 8(3) : 312-5.

⁴³ Observatoire national des morts inattendues du nourrisson.

⁴⁴ S. de Visme, M. Chalumeau, K. Levieux, H. Patural, I. Harrewijn, E. Briand-Huchet, G. Rey, C. Morgand, Blondel B, Gras-Le Guen C, Hanf M., *National variations in recent trends of sudden unexpected infant death rate in Western Europe*, J. Pediatr., novembre 2020, 226 : 179-185.e4.

⁴⁵ Inserm, Santé publique France, *Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir*. 7e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) 2016-2018.

⁴⁶ L'ENCMM fait état d'une mortalité maternelle à un an plus faible sur les périodes d'analyses précédentes (10,3 en 2007-2009 et 2010-2012 ; 10,8 sur la période 2013-2015). L'enquête estime cependant l'augmentation récente des décès maternels est « *statistiquement non significative* ».

Les décès maternels, malgré leur rareté, témoignent d'une marge d'amélioration significative. L'ENCMM relève en effet que les deux-tiers des décès sont survenus après des soins qui n'ont pas été jugés optimaux par le comité national d'experts présidant à ces travaux, au regard des recommandations de pratique et des éléments de connaissance disponibles au moment du décès. Un autre critère, souvent lié au précédent, bien qu'il ne lui soit pas toujours superposable⁴⁷, correspond au caractère potentiellement évitable des décès analysés, reconnu pour 60 % d'entre eux.

L'enquête confirme aussi une évolution notable des principales causes de décès. Le suicide constitue désormais la première cause de décès maternel (17% des cas), suivi des maladies cardiovasculaires (14%). Après une forte réduction depuis les années 2000, le taux de décès lié aux hémorragies obstétricales reste désormais stable mais les décès qui y sont liés restent évitables dans 95% des cas, ce qui souligne les marges d'amélioration possibles.

B - Des résultats contrastés selon les territoires et situations sociales

1 - Une surmortalité dans les départements et régions d'outre-mer

Même si les résultats enregistrés par les départements et régions d'outre-mer (Drom) n'ont que peu d'impact sur ceux de la France entière en raison du faible effectif concerné (en 2021, selon l'Insee, la proportion de naissances vivantes intervenues dans ces territoires était un peu supérieure à 5 %), tous les indicateurs les concernant montrent que la situation sanitaire périnatale y est beaucoup plus dégradée que dans l'hexagone.

Concernant les enfants nés sans vie, les contrastes importants constatés dans l'hexagone, principalement au détriment des régions du nord et de l'est, sont sans commune mesure avec ceux observés dans les Drom, à l'exception de la Réunion. Ainsi, la mortinatalité spontanée moyenne observée dans l'hexagone entre 2019 et 2021 s'établit à 5 % et atteint plus du double en outre-mer (11,2 %), avec des situations particulièrement dégradées en Guadeloupe (14,4 %), à Mayotte (14,3 %) et en Guyane (13,8 %), sans amélioration depuis dix ans.

⁴⁷ Par exemple, les soins peuvent avoir été adéquats mais le décès être néanmoins considéré comme potentiellement évitable si la patiente n'avait pas refusé une hospitalisation. À l'inverse, les soins peuvent être considérés comme « non optimaux » mais le décès néanmoins « inévitable » car le pronostic a été peu influencé par cette inadéquation.

Ces inégalités territoriales affectent également la mortalité néonatale. Dans l'hexagone, avec un taux moyen de 2,5 ‰ dans la période 2019-2021, les résultats moyens du Jura, du Gers et du Lot (entre 3,9 ‰ et 4,8 ‰) sont trois à quatre fois supérieurs à ceux des Alpes-de-Haute-Provence, des Hautes-Alpes, de l'Indre et de l'Aude (entre 1,0 ‰ et 1,2 ‰), des taux élevés étant aussi constatés dans le nord de l'Île-de-France, en particulier en Seine-Saint-Denis (3,8 ‰). Dans les Drom, les résultats s'établissent à plus du double de la moyenne hexagonale (de 5,1 ‰ pour La Réunion à 6,0 ‰ pour la Guadeloupe).

Enfin, les femmes résidant en outre-mer présentent un risque de mortalité maternelle plus de trois fois supérieur à celui constaté dans l'hexagone (32,1 pour 100 000 naissances vivantes, contre 9,5 pour la période 2013-2015).

2 - Des publics fragiles, davantage touchés par la mortalité périnatale

Selon l'étude de l'Inserm pour la Cour portant sur la période 2015-2017 déjà citée, les naissances dans les communes les plus défavorisées présentent un risque de mortalité néonatale près de deux fois supérieur à celui auquel font face les enfants nés de mères résidant dans les communes les plus favorisées. Ces disparités se traduisent par une surmortalité correspondant à plus du quart du nombre total de décès néonataux.

De surcroît, ces inégalités se sont accentuées par rapport à la période 2001-2008 : le taux de mortalité néonatale a diminué dans les communes les plus favorisées et s'est accru substantiellement pour les 40 % les plus défavorisées (+ 18 %).

III - Des instruments d'analyse épidémiologique à améliorer pour orienter l'action publique

La connaissance de la santé périnatale et le suivi de son évolution souffrent de difficultés dans le recueil, la qualité et l'accessibilité des données, du fait de la dispersion de leurs origines. La connaissance de l'état de santé périnatale repose donc sur des enquêtes épidémiologiques *ad hoc* ou sur des registres non institutionnels, dont les délais de mise en place et de valorisation des données empêchent de suivre en temps réel, ou même

annuellement, l'évolution de la santé des mères et des enfants⁴⁸. De ce fait, il n'est pas possible d'identifier clairement les facteurs explicatifs des résultats dégradés de la santé périnatale en France, ni de mesurer précisément leur poids relatif. Cette situation limite la recherche épidémiologique dans sa mission d'orientation des dispositifs de prévention et de prise en charge sanitaire de la grossesse, de l'accouchement et de la première année *post-partum*.

A - Une organisation et un contenu des données de santé périnatale imparfaits

1 - Des sources de données dispersées

À l'inverse de pays comme le Danemark ou la Suède, la France ne dispose pas d'une source unique comprenant toutes les données médicales et socio-démographiques utiles à l'analyse, en continu, de la situation périnatale. Notre système d'information et de surveillance épidémiologique repose en effet sur des informations issues de multiples bases de données qui ne sont pas toutes interconnectées : données d'état civil, informations relatives aux séjours hospitaliers, actes de soins réalisés en secteur libéral, certificats de santé de l'enfant, certificats médicaux de cause de décès, données recueillies dans le cadre du programme national de dépistage néonatal ou encore données de suivi des anomalies congénitales. Cette dispersion constitue un facteur de complexité pour la réalisation des travaux de recherche épidémiologique. Des appariements entre des bases de données de sources et structurations variables sont donc nécessaires.

2 - Une fiabilité et une exhaustivité perfectibles

a) Des données d'état civil posant problème

Bien que fondant les résultats de la France en matière de mortalité néonatale et infantile, les statistiques de l'état civil établies par l'Insee ne contiennent pas certaines informations médicales essentielles à l'établissement de ces analyses. En particulier, les bulletins de naissance

⁴⁸ Des données en matière de santé périnatale sont publiées annuellement par la Drees concernant la mortalité périnatale, l'âge des mères, le taux de grossesse multiple, la prématurité et faible poids à la naissance. Le ministère chargé de la santé reconnaît cependant que « *ces exploitations restent limitées et doivent être améliorées* ».

comportent des informations utiles sur les caractéristiques socio-démographiques de la mère (âge, profession des parents, nombre d'accouchements, nombre d'enfants, pays de naissance). Mais l'âge gestationnel auquel est intervenu l'accouchement et le poids de naissance du nouveau-né n'y figurent pas, ce qui nécessite le recours à d'autres sources.

Par ailleurs, dans un contexte où les données de l'état civil ne font pas l'objet d'un rapprochement périodique avec celles enregistrées par les hôpitaux, des incohérences sont observées entre les deux sources. S'agissant en particulier du nombre de décès néonataux précoces, une étude réalisée par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) en 2021 révèle ainsi un écart de plus de 10 %, essentiellement au titre des nourrissons décédés le jour de la naissance⁴⁹. Différentes hypothèses sont envisagées pour expliquer cette situation : double comptage, enfant pouvant être signalé comme un décès néonatal à l'état civil et comme né sans vie dans le système hospitalier, ou encore défaut d'enregistrement du décès dans ce dernier.

b) Des données hospitalières précieuses mais à améliorer

En France, 99,6 % des accouchements interviennent dans un établissement de santé et sont enregistrés dans le système d'information hospitalier, lequel s'est donc imposé comme une source indispensable pour la surveillance épidémiologique périnatale, notamment au titre des statistiques nationales et européennes relatives aux enfants nés sans vie.

Toutefois, l'exploitation de ces données se heurte à certaines difficultés techniques. Il n'est par exemple pas possible de rapprocher facilement le séjour de la mère avec celui de son enfant avant la sortie de la maternité. Le raccordement du séjour initial du nouveau-né avec ceux pouvant intervenir après le retour au domicile est également difficile.

Plus généralement, le système d'information hospitalier est confronté aux limites de la fiabilité des saisies effectuées par les professionnels de santé. Sur ce point, les efforts entrepris par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et la Fédération française des réseaux de santé en périnatalité (FFRSP) pour harmoniser le codage des séjours et renforcer la qualité des enregistrements doivent être poursuivis⁵⁰.

⁴⁹ Drees, *Stabilité de la mortalité périnatale entre 2014 et 2019*, Études et résultats n° 1199, juillet 2021.

⁵⁰ L'instruction ministérielle du 21 juin 2021 relative à la mise à jour des modalités d'enregistrement des mort-nés dans le PMSI, et une note d'information transmise aux ARS en juillet 2023, s'inscrivent dans cette démarche.

La constitution d'une base de données régionale en santé périnatale issue des données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) : l'exemple du système porté par l'ARS Île-de-France

En Île-de-France, l'agence régionale de santé (ARS) a soutenu la mise en place d'une base de données régionale visant à permettre des analyses quantitatives et qualitatives de santé périnatale sur la base des informations hospitalières. Le projet vise aussi à renforcer la qualité et l'exhaustivité des données, en proposant notamment aux établissements une aide au codage à partir de revues de dossiers ainsi que des vérifications de cohérence des saisies effectuées. Le rapport annuel publié dans ce cadre contient des données épidémiologiques périnatales plus précises que celles du niveau national.

c) Des certificats de santé de l'enfant et de décès néonataux difficilement exploitables

Le législateur a prévu l'établissement systématique de certificats de santé de l'enfant dans ses huit premiers jours de vie (CS8), ainsi que dans ses neuvième (CS9) et vingt-quatrième mois (CS24), les documents rédigés par les professionnels de santé des maternités ou les médecins libéraux devant être adressés aux services de PMI de chaque département⁵¹. En particulier, le CS8 permet de connaître avec précision le lieu d'accouchement lorsque celui-ci ne se fait pas à l'hôpital (maison de naissance ou bien domicile), information qu'aucune autre source ne permet à ce jour de connaître.

Contribuant utilement au suivi de la santé périnatale, ces données sont toutefois difficiles d'exploitation. En dépit du caractère obligatoire de l'établissement de ces certificats de santé, seulement 76 % des enfants concernés disposaient d'un CS8 en 2017, et 33 % d'un CS9⁵². Par ailleurs, la consolidation des données à l'échelon régional ou national se heurte au défaut fréquent de transmission par les départements ou bien à des retards importants, que les solutions numériques déployées depuis 2022 n'ont pas permis de résoudre. En effet, la plateforme numérique nationale de routage des certificats, mise en œuvre depuis 2022, n'assure que la transmission des données entre les rédacteurs (maternités et médecins) et la PMI sans les conserver, ce qui ne permet pas de les consolider à l'échelon national.

⁵¹ Articles L. 2132-2 et L. 2132-3 du code de la santé publique.

⁵² Drees, *Le premier certificat de santé de l'enfant - Certificat au 8e jour (CS8) – 2017*, Les dossiers de la DREES n° 52, mai 2020 ; Drees, *Le deuxième certificat de santé de l'enfant – Certificat au 9e mois (CS9) – 2017*, Les dossiers de la DREES n° 53, mai 2020.

Même en cas de résolution de ce problème, il faudrait encore que les informations renseignées soient complètes. Des données médicales ainsi que des informations relatives au contexte socio-économique font souvent défaut, alors que ce sont précisément ces dernières qui distinguent les certificats de santé de l'enfant des autres sources de données de santé⁵³. Comme le haut conseil de la santé publique l'appelle de ses vœux, la diffusion d'un guide de codage, ou, s'agissant des certificats électroniques, d'une aide à la saisie des dossiers, permettraient d'harmoniser les pratiques.

Des constats de même nature peuvent être formulés pour les certificats de décès néonataux, dont le volet médical est systématiquement transmis au centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDC) de l'Inserm. Bien que constituant une source importante de données pour la recherche épidémiologique, puisqu'il comporte la description des causes du décès, son exploitation est compromise par ses délais de consolidation à l'échelon national, de l'ordre de près de deux ans, et l'inégale qualité des données qu'il comporte.

3 - Des enquêtes approfondies mais trop espacées et non exhaustives

Le caractère fragmenté et lacunaire des données médico-administratives relatives aux enjeux de santé périnatale rend toute analyse longue et complexe, chaque étude nécessitant de réaliser un appariement spécifique entre des informations de natures diverses, voire de collecter l'information manquante.

Les enquêtes nationales périnatales (ENP), pilotées par l'équipe EPOPé (ou les précédentes dénominations de l'équipe) depuis 1995, actuellement sous la triple responsabilité de l'Inserm, Santé publique France et la Drees, constituent une source de données très riche, et à ce jour irremplaçable. À l'occasion de l'ENP 2021, des analyses spécifiques concernant plusieurs départements et régions d'outre-mer ont même été publiées pour la première fois⁵⁴. Ces travaux constituent une mesure fiable de l'état de santé périnatale. Mais leur fréquence, généralement quinquennale, ne permet toutefois pas le suivi rapproché qu'appelle le caractère préoccupant des résultats de la France. Par ailleurs, bien que la méthodologie employée – l'analyse de l'intégralité des naissances intervenues durant une semaine – permette d'obtenir des résultats représentatifs à l'échelle nationale, cette mesure est plus fragile lorsqu'il s'agit d'analyser les situations infrarégionales, notamment dans les départements d'outre-mer.

⁵³ HCSP, *Exploitation des données de santé des nourrissons et du jeune enfant à partir des certificats de santé des 8 premiers jours, du 9^e et du 24^e mois*, Avis et Rapports, avril 2023.

⁵⁴ L'enquête nationale périnatale - Drom 2021, réalisée sous l'égide de Santé publique France et des ARS concernées, analyse dans des rapports spécifiques les situations respectives de la Guyane, de la Martinique, de la Guadeloupe et de Saint-martin, de La Réunion et de Mayotte.

Parallèlement, l'équipe EPOPé conduit depuis 1996 l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM), sous la double tutelle de l'Inserm et de Santé publique France, dans le but de statuer sur les causes de décès et sur l'adéquation des soins prodigués, puis d'identifier les axes d'amélioration de la prise en charge de l'accouchement et de ses suites. Contrairement aux ENP, ces travaux portent sur l'exhaustivité des cas recensés. Mais leur complexité et la nature des données exploitées ne permettent la publication de l'analyse globale des décès que plusieurs années après leur recensement.

Enfin, depuis 2015, l'Observatoire national des morts inattendues du nourrisson contribue à améliorer le suivi épidémiologique de ce phénomène en consolidant les cas déclarés. Ce registre, d'origine associative, constitue à ce jour la seule source d'information sur ces décès. Ses promoteurs eux-mêmes en soulignent néanmoins les limites, le recueil des données ne couvrant pas exhaustivement le territoire national.

B - Constituer un registre des naissances fondé sur le système national des données de santé (SNDS)

1 - Des modèles étrangers efficaces

En Suède et au Danemark, des registres médicaux nationaux des naissances ont été créés en 1973 et contiennent des données presque exhaustives sur les accouchements intervenus dans ces pays. À partir des dossiers médicaux de suivi des soins prénatals, de l'accouchement et des prises en charge néonatales, le registre suédois comporte ainsi non seulement le poids du nourrisson à la naissance, le mode d'accouchement et le diagnostic maternel lors de celui-ci, mais aussi la consommation de tabac et de médicaments de la mère, ainsi que les diagnostics précédant la grossesse. Le registre danois est, quant à lui, principalement fondé sur les données du registre national des patients, complétées par celles relatives aux accouchements à domicile et aux enfants nés sans vie.

Au Royaume-Uni, un programme scientifique collecte et analyse les données sur tous les enfants nés sans vie, les décès néonataux et les morts maternelles aux fins de surveillance épidémiologique⁵⁵. Cette démarche est fondée sur un système de collecte obligatoire de données en ligne permettant d'analyser précisément les causes de chaque décès. Le

⁵⁵ *Mother and Babies: Reducing Risk through Audits in Confidential Enquiries across the UK* (MMBRACE-UK).

dispositif prévoit la mise à jour, en temps quasi réel, d'indicateurs de qualité permettant des comparaisons entre établissements. Une plateforme internet offre au grand public des données détaillées relatives à la prise en charge de l'enfant et de la mère dans chacun des établissements du pays.

2 - Des bases de données médico-administratives à enrichir

Afin de décloisonner les données nécessaires à la constitution d'un système d'information périnatale se rapprochant des modèles étrangers de registres des naissances, le système national des données de santé (SNDS) pourrait être mobilisé. En effet, ce dispositif regroupe les données de soins de ville collectées par l'assurance maladie, les séjours hospitaliers et les certificats de décès exploités par le CépiDc. En cela, il couvre d'ores et déjà presque exhaustivement la population et permet le chaînage des différentes sources de données qu'il enregistre, de même que leur appariement avec des sources externes telles que des enquêtes épidémiologiques. C'est d'ailleurs le cas des résultats de l'ENP 2021.

Il conviendrait toutefois de compléter et de fiabiliser le contenu du SNDS, en élargissant le cadre défini par l'article L. 1461-1 du code de la santé publique. En premier lieu, l'exhaustivité de l'enregistrement des naissances, vivantes ou non, doit être assurée, notamment en veillant à ce que les accouchements intervenant en maison de naissance ou à domicile y figurent. L'intégration des bulletins de naissance collectés par l'Insee pourrait y contribuer, tout en offrant des informations précieuses quant aux caractéristiques socio-démographiques des parents. Sur ce dernier point, les données contenues dans les premiers certificats de santé des enfants pourraient constituer un complément utile, sous réserve de tirer pleinement profit de leur dématérialisation en cours, en automatisant la consolidation nationale de ces informations.

Par ailleurs, la qualité du chaînage des données du SNDS doit être garantie par l'utilisation d'un identifiant unique pour chaque individu. À ce stade, celui utilisé ne permet pas de singulariser les jumeaux de même sexe. Il conviendrait donc d'accélérer le déploiement de l'identifiant national de santé pour les enfants nés vivants, sur lequel travaille actuellement l'assurance maladie, tout en assurant l'identification des enfants nés sans vie.

Afin de faire du SNDS la source privilégiée des statistiques relatives aux décès néonataux, les modalités d'enregistrement de ces événements devraient être harmonisées, tant à l'état civil que dans le système d'information hospitalier, et les deux bases de données devraient être rapprochées pour redresser, le cas échéant, les résultats produits.

CONCLUSION ET RECOMMANDATION

Les principaux indicateurs de la santé périnatale mettent en évidence les résultats durablement médiocres de notre pays, avec des disparités territoriales et sociales importantes, en particulier au détriment des territoires ultramarins.

Sans qu'il soit possible de déterminer dans quelle mesure ils contribuent chacun à cette situation, les facteurs de risques généralement admis comme ayant une incidence sur la santé périnatale de la mère et de l'enfant se situent à des niveaux élevés, supérieurs parfois à ceux de nos voisins et en forte progression. Sont notamment concernées les pratiques addictives et consommations à risque, la prévalence de l'obésité et du surpoids chez les femmes enceintes, ainsi que les prises de poids inadaptées pendant la grossesse. La prématurité et le petit poids à la naissance de l'enfant constituent aussi des facteurs de risques importants, en progression au cours des dernières décennies.

Dans ce contexte, et en réponse à la première question évaluative, le dispositif de surveillance et d'analyse épidémiologique est insuffisant pour identifier avec précision et fiabilité les facteurs explicatifs de la situation française en matière de périnatalité et pour orienter utilement l'action publique. Le système d'information périnatal apparaît notamment fragmenté, ce qui rend toute analyse particulièrement longue et complexe. La fréquence des enquêtes épidémiologiques existantes, qui constituent un instrument d'analyse précieux, ne permet pas une analyse régulière de la situation de santé périnatale.

En conséquence, la Cour formule la recommandation suivante :

- 1. Enrichir le système national des données de santé (SNDS) avec les bases de données manquantes (bulletins de l'état civil, certificats de santé de l'enfant), de façon à aboutir à un registre unique des naissances (ministère du travail, de la santé et des solidarités, Cnam).*
-

Chapitre II

Une offre de soins inadaptée et peu efficiente

Au-delà des facteurs de risques évoqués dans le chapitre précédent, l'insuffisante adéquation de l'offre de soins aux enjeux actuels de la périnatalité constitue un motif essentiel des résultats médiocres de la France en matière de périnatalité.

Ce chapitre répond principalement à la deuxième question évaluative présentée en introduction du rapport : « *Dans quelle mesure l'évolution de l'organisation des soins a-t-elle permis d'améliorer la sécurité et la qualité des prises en charge et donc de réduire la mortalité périnatale, la mortalité maternelle et la morbidité maternelle sévère de manière pérenne ?* ».

Cette question recouvre trois facteurs principaux : les conditions d'organisation des soins et de respect des exigences de qualité et de sécurité dans les prises en charge (I), la qualité du suivi des femmes enceintes, des mères et de leurs nouveau-nés par les services de protection maternelle et infantile (II), et enfin la coordination des soins périnataux et l'efficience des moyens qui y sont affectés (III).

I - Une organisation coûteuse, qui ne garantit ni la disponibilité ni la qualité des soins

La naissance constitue un moment à risques pour les femmes et pour les nouveau-nés : la Haute autorité de santé (HAS) montre ainsi que les événements indésirables graves en obstétrique, qui surviennent surtout la nuit et le week-end, conduisent pour 55 % au décès de la mère ou de l'enfant, et que 40 % d'entre eux auraient pu être évités si la qualité et l'organisation des soins avaient été meilleures⁵⁶. Selon l'Inserm, les risques sont significativement plus élevés pour les maternités ne proposant qu'une unité d'obstétrique ou ne disposant pas d'un anesthésiste présent en permanence sur site.

Ces résultats illustrent l'importance, non seulement d'une réglementation à jour garantissant la sécurité des soins, mais aussi de la qualité des établissements et des pratiques professionnelles des équipes.

Une réglementation inchangée depuis 25 ans

Les décrets de 1998⁵⁷ ont organisé et structuré encore la prise en charge de l'accouchement pour en améliorer la sécurité. Ils prévoient des seuils d'activité minimale et des conditions techniques de fonctionnement en termes de personnels et d'équipements. Ils instaurent une gradation des prises en charge assortie de règles d'orientation et de transfert, supposées garantir à la femme enceinte d'accoucher dans la maternité disposant de l'équipement correspondant aux risques dépistés durant la grossesse⁵⁸.

Ces textes distinguent quatre types de maternités selon les unités disponibles sur un même site : type 1, avec seulement une unité d'obstétrique ; type 2, incluant une unité de néonatalogie, sans service de soins intensifs (type 2a) ou avec un tel service (type 2b) ; type 3, ajoutant aux précédentes une unité de réanimation néonatale. Cette classification est liée aux risques de santé potentiels pour l'enfant et non pour la mère. Les décrets prévoient cependant que, lorsqu'une maternité est située dans un établissement dépourvu d'unité de réanimation d'adultes, il doit passer convention avec un établissement en comportant une.

⁵⁶ Rapport annuel sur les événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) de 2021, novembre 2022.

⁵⁷ Décrets du 9 octobre 1998 relatifs, pour le premier, aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale et, pour le second, aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale. Annexe n° 3.

⁵⁸ HAS, Grossesses à risque : orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement, Recommandation de bonne pratique, décembre 2012.

A - Un réseau de maternités présentant encore des faiblesses

Le renforcement des normes de fonctionnement et de sécurité des maternités a conduit à une réduction de leur nombre, passé de 721 en 2000 à 557 en 2010, puis 471 en 2021. Entre 2010 et 2021, le nombre de lits d'obstétrique a parallèlement diminué de 18 %, passant de 17 827 à 14 603.

Cette contraction s'est accompagnée d'une recomposition profonde de la structure de l'offre de maternités, au profit des mieux équipées. Celles ne comprenant qu'une unité d'obstétrique ont ainsi vu leur nombre diminuer de 450 à 175 entre 2000 et 2021. Dans le même temps, le nombre de maternités de type 2 est passé de 210 à 229 et celui des maternités de type 3 de 61 à 67. Huit accouchements sur dix interviennent dans des maternités de types 2 et 3. Plus de la moitié des maternités de type 3 réalisent au moins 3 000 accouchements par an, alors qu'elles n'étaient qu'un quart dans cette situation il y a 20 ans.

Bien que ces restructurations continues ont permis d'améliorer la sécurité des prises en charge et des accouchements, certains problèmes persistent.

1 - Une amélioration des pratiques et des équipements, mais des insuffisances persistantes

Les progrès réalisés en matière de prise en charge des hémorragies du *post-partum*, complication maternelle pouvant entraîner le décès de la patiente et emblématique de la qualité des soins obstétricaux, témoignent d'une amélioration sensible de la qualité des prises en charge. Selon l'Inserm⁵⁹, alors que la part de femmes concernées s'est accrue entre 2014 (4,3 %) et 2021 (5,8 %), les formes les plus sévères ont reculé de 15 % à 30 %. Ces évolutions croisées confirment les progrès dans la détection et l'efficacité de la prise en charge et sont cohérentes avec le net recul constaté des hémorragies obstétricales parmi les causes de décès maternel.

Dans ce contexte, la restructuration de l'offre de maternités est allée de pair avec une amélioration de certains facteurs matériels conditionnant la sécurité de l'accouchement. Comme le montre la dernière enquête nationale périnatale, toutes les maternités de type 3 disposaient dès 2016,

⁵⁹ C. Deneux, L. Gaulard, M. Saucedo, *Analyse du taux d'HPP sévère en France, globalement et par région, et selon les caractéristiques des maternités*, Équipe EPOPé Inserm UPC, étude réalisée pour la Cour des comptes, 2023. Champ : France hexagonale. Étude portant sur les données hospitalières relatives aux femmes ayant accouché à partir de 22 semaines d'aménorrhée entre 2014 et 2021.

au sein du secteur de naissance ou de manière contiguë, d'un bloc obstétrical pour réaliser les césariennes. C'est désormais aussi le cas pour la plupart des maternités de type 2b (97,6 %), 2a (90,6 %) et même 1 (80,6 %, contre 61,2 % en 2016). Une dynamique similaire est constatée pour la disponibilité 24 heures sur 24 d'une salle de réveil sur le site de la maternité, l'amélioration générale (90,5 %, contre 84,9 % en 2016) étant particulièrement nette dans les structures de type 1 (82,9 %, contre 73,2 %). Enfin, une unité de surveillance continue, niveau intermédiaire de prise en charge entre les services de réanimation et de soins classiques, est présente dans 84 % des maternités, comme en 2016. Celles réalisant moins de 500 accouchements par an ont significativement amélioré leur situation (80,4 %, contre 71,9 %).

Cette évolution positive se traduit dans l'équipement des maternités en moyens de soins critiques maternels⁶⁰. Selon l'Inserm⁶¹, la part des établissements moins bien dotés est passée de 20,8 % à 12,6 % entre 2010 et 2021. L'évolution a été identique pour l'insuffisance des ressources médicales disponibles sur place pour prendre en charge les urgences maternelles malgré la présence d'un service de réanimation pour adulte dans l'établissement (9 % des maternités en 2021, contre 15,9 % en 2010). Au total, 48,7 % des naissances sont intervenues en 2021 dans une maternité présentant le meilleur niveau en matière de soins critiques maternels, alors que cette proportion était seulement d'un tiers dix ans auparavant. Malgré ces progrès importants pour la sécurité de l'accouchement des femmes, les efforts restent toutefois à poursuivre puisque les maternités les moins bien équipées réalisent encore près de 6 % des accouchements en 2021, avec de fortes disparités régionales (un accouchement sur sept en Nouvelle-Aquitaine, un sur six outre-mer).

La situation est plus préoccupante s'agissant des soins critiques en néonatalogie, dans un contexte où le nombre des nouveau-nés devant être pris en charge en soins intensifs ou en réanimation – de même que la sévérité de leurs cas – s'est accru ces vingt dernières années. Une récente enquête de la société française de néonatalogie montre une forte hétérogénéité de la densité de lits de réanimation néonatale selon les

⁶⁰ Unités de soins critiques adultes, salle de surveillance post interventionnelle accessible 24 heures sur 24 et, au sein de la maternité, ressources humaines médicales nécessaires à la prise en charge des urgences maternelles.

⁶¹ C. Deneux, M-P. Bonnet, M. Viaud, *Niveau de soins critiques maternels des maternités françaises : proposition de classification, état des lieux globalement et par région, et évolution au cours du temps*, Équipe EPOPé Inserm UPC, étude réalisée à la demande de la Cour des comptes, 2023. Champ : France entière, naissances vivantes suivies dans le cadre des enquêtes nationales périnatales 2010, 2016 et 2021.

régions, celle-ci variant du simple au double entre Provence-Alpes-Côte d'Azur et Centre-Val de Loire⁶². De surcroît, ces lits sont saturés, avec un taux d'occupation moyen de 94 % et des pics au-delà de 100 % une semaine sur cinq, situation associée à une augmentation du risque de morbidité sévère et de mortalité chez les grands prématurés⁶³.

2 - De nombreux accouchements dans une maternité inadaptée

Une part significative des accouchements à risque continue d'être réalisée dans des maternités présentant un niveau d'équipement non-adapté à leur prise en charge. En 2021, selon la Drees⁶⁴, 6 % des naissances multiples, 8 % des naissances prématurées et 9 % des naissances d'enfants de faible poids intervenaient dans des maternités de type 1, dépourvues d'unités de néonatalogie.

L'analyse détaillée du lieu de naissance des prématurés illustre ce constat, même si la tendance observée depuis 2014 semble montrer une meilleure orientation des femmes ou une politique de transferts plus efficace. S'agissant des prématurités les plus sévères, 17 % des enfants nés avant 32 semaines d'aménorrhée ou pesant moins de 1,5 kg n'avaient pas été pris en charge dans une maternité de type 3 en 2020 (contre 21 % en 2014)⁶⁵, en dépit des recommandations de la Haute autorité de santé⁶⁶. Dans une moindre mesure, compte tenu de l'effectif concerné, il en allait de même pour les prématurités plus modérées (naissances entre 32 et 33 semaines d'aménorrhée), l'Inserm constatant que 15,3 % de ces naissances en 2020⁶⁷ étaient intervenues dans une maternité de type 1 ou 2a (contre 20 % en 2014).

⁶² Société française de néonatalogie, *Capacitaire en soins critiques néonatal dans les centres périnataux de type 3*, avril 2022.

⁶³ M. Beltempo, S. Patel, RW. Platt on behalf of the Quebec investigators of the Canadian Neonatal Network, et al., *Association of nurse staffing and unit occupancy with mortality and morbidity among very preterm infants: a multicentre study*, Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition, 2023 ; 108:387-393.

⁶⁴ Drees, *Les établissements de santé en 2021*, juillet 2023.

⁶⁵ ScanSanté, Indicateurs de santé périnatale, FFRSP – ATIH. Champ : France entière.

⁶⁶ HAS, *Femmes enceintes ayant une complication au cours de leur grossesse : transferts en urgence entre les établissements de santé*, Recommandation de bonne pratique, novembre 2012.

⁶⁷ T. Desplanches, L. Gaulard, J. Zeitlin, *Analyse du lieu de naissance des enfants nés entre 32 et 36 semaines d'aménorrhée*, Équipe EPOPé Inserm UPC, étude réalisée pour la Cour des comptes, 2023. Champ : naissances vivantes dans l'hexagone.

La prise en charge des grossesses à risque⁶⁸

Selon les recommandations de la Haute autorité de santé, si la prise en charge de l'accouchement pour les grossesses multiples peut être envisagée dans tous les types de maternité, il doit en aller différemment selon le type de grossesse gémellaire, le terme ou l'estimation pondérale des fœtus. Pour certains types de grossesses gémellaires et pour les grossesses triples ou au-delà, la prise en charge doit être faite dans une maternité de type 2 ou 3. Lorsque la parturiente présente des risques d'accouchement prématuré, la Haute autorité de santé recommande aussi d'adapter le lieu de naissance au terme et à l'estimation pondérale du fœtus. En particulier, l'orientation en maternité de type 3 est recommandée avant 32 semaines d'aménorrhée ou devant une estimation pondérale de moins de 1 500 grammes.

3 - Des dérogations persistantes au seuil de 300 accouchements annuels

La réglementation prévoit depuis 1998 un seuil minimum de 300 accouchements annuels pour garantir le maintien de l'autorisation d'activité obstétrique d'un établissement de santé. Ce niveau avait été fixé au regard, notamment, d'exigences de qualité et de sécurité des soins, d'habitudes de pratiques professionnelles et de niveau de formation des équipes.

En 2021, selon la Drees, 18 maternités avaient enregistré une activité d'obstétrique inférieure à 300 accouchements. Sur l'ensemble des maternités toujours en activité en 2021, 22 étaient passées en-dessous du seuil au moins une fois depuis 2016⁶⁹.

La persistance de ces structures pose question, dans un contexte où l'importance des facteurs de risques périnataux exige un cadre plus sécurisant de prise en charge. Des travaux récents confirment la moindre morbidité des prises en charge maternelles et infantiles dans les maternités à plus fort volume d'accouchements⁷⁰. De surcroît, a été mise en évidence la plus importante morbidité maternelle dans les maternités de niveau 1, sans anesthésiste ou obstétricien sur place 24 heures sur 24, ou sans réanimation adulte sur site⁷¹. Les maternités dérogoires au seuil de 300 accouchements présentent pour la plupart ces caractéristiques.

⁶⁸ HAS, *Grossesses à risque : orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement*, Recommandation de bonne pratique, décembre 2009.

⁶⁹ Annexe n° 4.

⁷⁰ M. Levailant, *Planification territoriale des soins en France pour assurer la qualité et la sécurité des soins : apport des études sur les bases de données médico-administratives françaises*, Thèse de doctorat réalisée sous la direction du Pr B. Vallet, Université de Lille, décembre 2022.

⁷¹ A. Seco, C. Deneux, *Risque de « near-miss » maternel selon les caractéristiques de la maternité d'accouchement*, Équipe EPOPé Inserm UPC, étude réalisée pour la Cour des comptes, 2023.

L'activité de certaines de ces structures s'est en outre dégradée en raison de tensions importantes sur leur effectif et de difficultés à maintenir un personnel permanent. En 2023, plusieurs ont dû suspendre leur activité d'obstétrique sur des périodes allant de plusieurs jours à plusieurs mois, à l'instar des établissements Jean Leclaire de Sarlat-la-Canéda ou du Centre hospitalier de Péronne. Ces éléments témoignent de la fragilité de ces structures, dont les conditions d'activité apparaissent peu sécurisantes pour la qualité des parcours de soins, l'accueil des familles comme l'exercice des professionnels.

Des établissements réalisant moins de 300 accouchements peuvent continuer, à titre dérogatoire, à pratiquer l'obstétrique lorsque l'éloignement des maternités « impose des temps de trajet excessifs à une partie significative de la population »⁷². Cette dérogation prévue en 1998 est aujourd'hui moins justifiée. L'Académie de médecine qualifie « d'illusoire » le maintien de petites structures, au regard des contraintes de ressources humaines, des évolutions des prises en charge et des enjeux liés à la sécurité des soins dispensés aux femmes et aux enfants⁷³. Un rapport récent de l'Assemblée nationale évoque à cet égard la « désorganisation des services dans de nombreuses petites maternités, devenues peu attractives pour les professionnels de santé » et indique que « le maintien à tout prix des très petites maternités pose évidemment la question de la sécurité de la mère et de l'enfant »⁷⁴.

En ce sens, doivent notamment être soulignées les expériences réussies de transformation en centre périnatal de proximité (CPP) de maternités qui ne parvenaient pas à atteindre le seuil réglementaire ou rencontraient des difficultés de fonctionnement significatives. Ces centres assurent l'ensemble du suivi de grossesse pré et post-partum des femmes, à l'exception de l'accouchement qui est réalisé dans une maternité partenaire. Plusieurs transformations de maternités en CPP, dans l'hexagone comme en outre-mer, ont permis la création de parcours de soins davantage sécurisés, et moins sujets aux fragilités auxquelles sont soumises les plus petites structures.

⁷² Article R. 6123-50 du code de la santé publique.

⁷³ Académie de médecine, *Planification d'une politique en matière de périnatalité en France : Organiser la continuité des soins est une nécessité et une urgence*, février 2023.

⁷⁴ Phillipe Juvin et Anne Bergantz, Mission flash sur la mortalité infantile, commission des affaires sociales, Assemblée nationale, XVI^e législature, 20 décembre 2023.

4 - Une prise en charge encore peu effective des vulnérabilités psychosociales

a) Un dispositif de psychiatrie périnatale encore peu développé

La psychiatrie périnatale permet l'évaluation et la prise en charge conjointe des parents et des jeunes enfants lorsque des troubles psychiques parentaux préexistent ou se déclenchent à la naissance, mais aussi lorsque apparaissent chez l'enfant des troubles précoces de l'interaction ou du développement.

En 2021, un renforcement de l'offre de soin en la matière a été décidé dans le cadre de la stratégie des « 1 000 premiers jours » (voir *infra*). 10 M€ ont été consacrés, pour moitié au développement d'équipes mobiles, et pour l'autre, à la mise en place d'unités de soins conjoints parents-bébés. Depuis lors, la réforme des autorisations de psychiatrie a consacré la psychiatrie périnatale en tant qu'activité de soin à part entière⁷⁵. Cependant, les directives nationales annuelles qui continuent de l'identifier comme une priorité, ne précisent plus d'objectifs quantitatifs à atteindre.

En définitive, seule une mobilisation sur la durée serait de nature à entraîner un développement significatif de l'offre de soins en psychiatrie périnatale. En 2022, la France comptait seulement 20 unités mère-bébé (UMB)⁷⁶ à temps plein (dont 6 en Île-de-France), 27 unités d'hospitalisation de jour et 3 centres de consultation psychiatrique spécialisée en périnatalité, certaines régions comme le Centre-Val de Loire, l'Occitanie et la Normandie étant toujours dépourvues de ce type de structures malgré des projets en cours dans les deux dernières régions. En l'absence de places disponibles en UMB, le maintien en hospitalisation peut donc se prolonger, les troubles psychiatriques des mères, souvent associés à une précarité et un isolement social, rendant impossible le retour à domicile avec l'enfant.

b) Des investissements dans la concertation pluridisciplinaire médico-psycho-sociale dont l'efficacité reste à évaluer

Organisées au sein de certaines maternités ou centres périnatals de proximité, les réunions de concertation pluridisciplinaire médico-psycho-sociales en périnatalité, ou « staffs médico-psycho-sociaux », rassemblent des compétences diverses, hospitalières, de PMI et de ville (gynécologues,

⁷⁵ Décrets du 28 septembre 2022 relatifs, d'une part, aux conditions d'implantation de l'activité de psychiatrie et, d'autre part, aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de psychiatrie.

⁷⁶ Annexe n° 5.

pédiatres, psychiatres, sages-femmes, infirmières, psychologues, travailleurs sociaux...), nécessaires au repérage et à l'organisation de la prise en charge des familles en situation de vulnérabilité. Il s'agit concrètement d'assurer une coordination des soins et de l'accompagnement, en discutant chaque dossier de manière collégiale et à intervalles réguliers.

Depuis 2021, le renforcement de cette pratique pluridisciplinaire fait partie des priorités portées par la stratégie des « 1 000 premiers jours », avec la mobilisation de moyens financiers de l'ordre de 15 M€ sur trois ans. Cet investissement est toutefois intervenu alors que les besoins n'étaient pas connus précisément, les pouvoirs publics ne disposant pas d'une vision consolidée de l'état de déploiement de ces dispositifs ni, lorsqu'ils existent, de leurs modalités de fonctionnement, de la typologie des familles prises en charge ou des parcours de soins mis en œuvre. Il conviendrait que l'étude nationale, prévue dans les prochains mois afin de mieux appréhender les besoins⁷⁷, dresse aussi un bilan des résultats obtenus en matière de qualité de prise en charge au regard de l'effort financier consenti, afin de formuler des objectifs opérationnels précis à l'intention des ARS.

B - Des tensions démographiques persistantes et une mauvaise répartition des moyens

Des tensions sont mises en avant dans la plupart des spécialités de la périnatalité par les professionnels du secteur, malgré des situations contrastées entre disciplines et secteurs d'exercice - en ville ou à l'hôpital - ainsi que des évolutions d'effectif significatives. Les présents développements n'abordent pas le cas des psychiatres, spécialistes de l'adulte ou de l'enfant, dont les enjeux en matière démographique et de parcours de soins ont fait l'objet de rapports récents de la Cour des comptes⁷⁸.

1 - Des tendances contrastées pour les gynécologues

La gynécologie médicale assure le suivi des femmes tout au long de leur vie et la gynécologie obstétrique est relative à des actes chirurgicaux comme l'accouchement. Alors que les difficultés se concentrent sur l'accès aux gynécologues médicaux (- 43 % de l'effectif entre 2012 et 2022 après la suppression de cette spécialité du cursus universitaire entre 1984 et 2003), la

⁷⁷ Instruction interministérielle du 18 juillet 2023 relative à la déclinaison, pour 2023, de la stratégie des 1 000 premiers jours de l'enfant.

⁷⁸ Cour des comptes, *La pédopsychiatrie : un accès et une offre de soins à réorganiser*, juin 2023 et *Les parcours dans l'organisation des soins de psychiatrie*, février 2021.

situation est plus favorable pour les gynécologues obstétriciens. Selon la Drees, leur nombre s'établissait à 5 636 en 2022, soit près de 40 % de plus qu'en 2012. Depuis 2017, l'effort de formation a été soutenu. Le volume des postes ouverts au concours de l'internat, intégralement pourvus chaque année, s'est accru de 10 %, soit un peu plus que pour les autres spécialités médicales.

Ces évolutions recouvrent cependant une réalité hospitalière préoccupante, confirmée par une récente enquête du collège des enseignants en gynécologie-obstétrique et du collège national des gynécologues-obstétriciens français⁷⁹. Le nombre de gynécologues obstétriciens apparaît en tension « sévère » ou « modérée à sévère » pour respectivement 40 % et 48 % des maternités, représentant 22 % et 27 % des accouchements. En effet, alors que les maternités de type 3 ou réalisant plus de 2 000 accouchements par an ne connaissent pas, en règle générale, de tension marquée, 72 % des maternités de type 1 et 31 % des maternités de type 2 subissent des tensions « sévères », qui peuvent être à l'origine de fermetures partielles temporaires d'activité.

Au plan géographique, la prévalence de ces difficultés apparaît moins importante en Île-de-France (18 % de maternités en tension « sévère »), que dans les autres régions (plus de 45 %, y compris dans la moitié sud de la France, réputée plus attractive).

2 - Une progression du nombre de pédiatres, mais des tensions pour les néonatalogistes

En 2022, la France comptait 8 682 pédiatres selon la Drees, en progression de près de 17 % depuis 2012. Cette évolution a notamment concerné les salariés hospitaliers (+ 32 %), dont la part dans le total de cette spécialité s'est accrue (54 % en 2022, contre 48 % en 2012).

Au sein de cette spécialité, les pédiatres néonatalogistes⁸⁰ restent cependant peu nombreux, de l'ordre de 1 500 en 2022, même si les pouvoirs publics tentent depuis quelques années de renforcer l'attractivité de cette activité. Depuis 2017 et la réforme du troisième cycle des études de médecine, la néonatalogie fait partie intégrante du diplôme d'études spécialisées de pédiatrie et constitue une option « sur-spécialisante » de la formation. Le nombre de postes ouverts est en progression ces dernières années (342 places au titre de l'année universitaire 2022-2023, contre 336 l'année précédente).

⁷⁹ CNGOF, *Pérennité des équipes, quel avenir pour la continuité des soins en gynécologie-obstétrique ?* Rapport 2022 de la commission démographie.

⁸⁰ Les néonatalogistes sont des pédiatres surspécialisés dans la prise en charge des enfants dans les 28 jours suivants leur naissance, qu'ils soient nés prématurément ou à terme.

Ces mesures sont toutefois insuffisantes, 75 % des postes en néonatalogie n'étant finalement pas pourvus. La situation contribue à renforcer les tensions au sein des maternités. Selon la société française de néonatalogie⁸¹, au moins un poste de pédiatre néonatalogiste est vacant dans 73 % des maternités de type 3 et deux ou plus sont vacants dans 46 % des structures de type 2b. De ce fait, 72 % des maternités de type 3 et 80 % des services de type 2b rencontrent des difficultés pour assurer la permanence des soins.

3 - Un nombre particulièrement faible de chirurgiens-pédiatres

La chirurgie pédiatrique est une spécialité sensible dans les prises en charge périnatales. Généralement distingués entre spécialistes des prises en charge viscérales ou orthopédiques, les chirurgiens pédiatres peuvent aussi être compétents dans un champ comparable à celui de l'adulte, correspondant alors à une surspécialisation pédiatrique (chirurgie cardiaque infantile, urologie, etc.). Leur spécialisation peut aussi être appréhendée en fonction de leur capacité à opérer l'enfant dès la période néonatale, et notamment dans la période suivant immédiatement la naissance.

Cette spécialité est particulièrement en tension sur le plan démographique. En 2022, seuls 362 chirurgiens pédiatres exercent sur l'ensemble du territoire national. Leur densité, au regard du nombre de patients potentiels apparaît comme une des plus faibles de l'ensemble des spécialités médicales et chirurgicales. Le nombre réduit de places proposées à l'internat chaque année (33 en 2023, 29 en 2022) et l'absence de la spécialité au concours de la procédure d'autorisation d'exercice pour les médecins à diplôme étranger⁸², constituent des freins. L'effectif de chirurgiens pédiatres s'est certes accru de 37,1 % entre 2012 et 2022, mais cette évolution a surtout profité aux établissements de taille importante.

Les services de chirurgie pédiatrique existants sont fréquemment confrontés à des difficultés pour assurer l'ensemble des prises en charge et garantir la permanence des soins, du fait des tensions sur les personnels et des places disponibles. Les transferts régionaux, voire inter-régionaux, de petits patients ne sont pas inhabituels. En pratique, et à défaut d'effectif suffisant sur l'ensemble du territoire, une partie de la prise en charge chirurgicale des enfants est réalisée par des chirurgiens spécialistes de l'adulte, ce que des textes récents viennent encadrer⁸³.

⁸¹ SFN, *Qualité des soins et sécurité des nouveau-nés requérant des soins critiques : état des lieux en 2023*, septembre 2023.

⁸² Arrêté du 20 avril 2023 portant ouverture des épreuves de vérification des connaissances mentionnées à l'article L. 4111-2-I du code de la santé publique.

⁸³ Article D. 6124-286 du code de la santé publique.

4 - Un effectif de sages-femmes libérales en forte augmentation

En 2022, la France comptait 23 764 sages-femmes tous modes d'exercice confondus, dont près de 60 % à l'hôpital (contre 73 % en 2012). Alors que leur nombre avait déjà doublé entre les années 1990 et 2010, celui-ci a continué à croître de près de 3 % par an⁸⁴. Cette évolution tient principalement au maintien, depuis le milieu des années 2000, d'un seuil élevé d'admission dans la profession. Selon la Drees, le nombre de sages-femmes devrait continuer à augmenter de 24 % par rapport à 2021 à l'horizon 2050, à comportement et législation constants. Le nombre de salariés resterait stable, et l'exercice libéral ou mixte progresserait de 70 %.

Depuis une vingtaine d'années, le métier de sage-femme s'est diversifié et leur rôle s'est élargi. La réglementation a évolué dans le sens d'une plus grande autonomie de leur exercice. Aux termes de plusieurs modifications du code de la santé publique, l'exercice de leur profession englobe désormais, au-delà de l'accouchement, le suivi des grossesses, y compris la réalisation des échographies, mais aussi celui de la santé des femmes tout au long de leur vie⁸⁵. En contrepartie d'une régulation du conventionnement des sages-femmes qui limite les installations en secteur libéral dans les zones qualifiées de « surdotées » par l'agence régionale de santé, à l'exception des sages-femmes échographistes, ces dernières ont obtenu un élargissement de leur champ d'intervention et une importante revalorisation de leurs actes par l'assurance maladie.

Cette orientation a perduré. L'avenant n° 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les sages-femmes libérales et l'assurance maladie, conclu le 12 décembre 2022, soutient la pratique de l'accouchement en maison de naissance ou dans le cadre de la location de plateaux techniques en établissement de santé⁸⁶. Dernière évolution en date, l'avenant n° 7 introduit une aide forfaitaire pour soutenir les sages-femmes qui exercent une part de leur activité à l'hôpital et prévoit une revalorisation de l'activité libérale, notamment dans les zones où elles sont les moins nombreuses⁸⁷. Ces évolutions ont eu un impact sur la répartition de la profession entre la ville et l'hôpital. Selon la Drees, le nombre de

⁸⁴ M. Anguis et al., *Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutiques ?*, Les dossiers de la Drees, n° 76, 2021.

⁸⁵ Suivi gynécologique de prévention et d'interruptions volontaires de grossesse, assistance médicale à la procréation, prescription de dispositifs médicaux et de médicaments, prescription et administration de vaccins aux termes des articles L. 4151-1 et s. du code de la santé publique.

⁸⁶ Il a été approuvé par l'arrêté du 24 mars 2023.

⁸⁷ Il a été approuvé par l'arrêté du 23 août 2023.

sages-femmes libérales est passé de 3 890 à 8 347 entre 2012 et 2022, l'exercice conjuguant ville et hôpital concernant près d'un tiers d'entre elles. Parallèlement, le nombre de professionnels exerçant exclusivement à l'hôpital s'est réduit de 5 %, à 13 538 en 2022. Cette profession est à ce titre identifiée comme l'une des priorités des établissements de santé publics en matière de recrutement, bien que la situation apparaisse contrastée selon les établissements⁸⁸.

5 - Des infirmières-puéricultrices dont l'expertise est insuffisamment reconnue

Le nombre d'infirmières puéricultrices, des femmes à 98,5 %, s'est accru de près de 20 % au cours de la dernière décennie, pour atteindre 19 173 en 2021 selon la Drees, les deux-tiers exerçant à l'hôpital.

Depuis la réforme intervenue en 2008, elles constituent les seules professionnelles de santé paramédicales formées spécifiquement à la pédiatrie – et par conséquent, à la néonatalogie – l'article R. 4311-13 du code de la santé publique leur reconnaissant en la matière une priorité d'action.

Elles ne figurent cependant pas parmi les professionnels dont la présence est quantitativement réglementée dans les secteurs liés à la naissance, à l'exception des soins intensifs et de la réanimation néonatale. Le code de la santé publique prévoit à cet égard une substitution possible par une infirmière dite « expérimentée en néonatalogie », sans toutefois définir cette notion en termes de compétences ou de durée d'exercice à justifier⁸⁹. Cette situation contraste avec l'esprit de la réforme de la formation des infirmières puéricultrices, dans un contexte où l'évolution des pratiques médicales conduit à prendre en charge une part accrue de nouveau-nés fragiles.

⁸⁸ Fédération hospitalière de France, *Enquête de situation RH*, avril/mai 2022.

⁸⁹ L'article D. 6124-56 du code de la santé publique prévoit, dans les unités de néonatalogie, la présence continue d'au moins un infirmier ou une infirmière, spécialisé en puériculture ou « expérimenté en néonatalogie », pour six nouveau-nés. L'article D. 6124-61 prévoit aussi la présence permanente d'au moins un infirmier ou une infirmière, spécialisé en puériculture ou « expérimenté en néonatalogie », pour deux nouveau-nés hospitalisés en réanimation néonatale et pour trois nouveau-nés hospitalisés en soins intensifs de néonatalogie.

6 - Prendre la mesure de l'ensemble des enjeux démographiques

En définitive, la démographie des professionnels de la santé périnatale est en progression (gynécologues obstétriciens, pédiatres, sages-femmes, infirmières puéricultrices), dans un contexte de baisse de la natalité. Toutefois, des difficultés sont régulièrement soulignées par les professions concernées et les établissements qui les emploient.

D'abord, malgré l'augmentation de leur effectif global, certaines spécialités médicales demeurent en forte tension. C'est notamment le cas des chirurgiens pédiatres, dont le nombre est trop faible. La croissance des effectifs de certaines professions recouvre par ailleurs des disparités en termes de spécialisation : malgré la progression de l'effectif global de pédiatres⁹⁰, le nombre de néonatalogistes demeure ainsi restreint.

Ensuite, la répartition de certaines professions est déséquilibrée sur le plan territorial comme pour les modes d'exercice. Selon le rapport précité de l'Igas, la densité des chirurgiens pédiatres est près de trois fois supérieure à La Réunion qu'en Centre-Val de Loire ou qu'en Bourgogne-Franche-Comté.

La diminution des effectifs à l'hôpital au profit de l'exercice libéral, comme c'est le cas pour les sages-femmes, peut expliquer les tensions rencontrées par certains établissements.

Les aspirations des nouvelles générations de professionnels médicaux sont aussi en cause. D'après le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF), parmi les internes de gynécologie-obstétrique, seulement la moitié envisage de participer à des activités de garde de nuit et de week-end au cours de leur exercice professionnel. Un travail analogue, effectué en 2022 par la société française de néonatalogie auprès de 721 médecins de la spécialité, souligne que les trois-quarts des plus jeunes répondants (docteurs juniors) souhaitent réduire le nombre de gardes qu'ils effectuent, voire ne pas en assurer⁹¹.

Ainsi, l'évolution globale des effectifs des métiers de la périnatalité, dans un contexte de baisse de la natalité, ne doit pas occulter les tensions liées à des défis démographiques spécifiques. Les pouvoirs publics doivent poursuivre les efforts d'augmentation des effectifs de spécialités lorsqu'ils sont nécessaires, mais également encourager des répartitions plus équilibrées entre les territoires et entre les modes d'exercice libéral et hospitalier.

⁹⁰ La densité de pédiatres en France est l'une des plus faibles des pays de l'OCDE en 2018, même à système de prise en charge des enfants équivalent. Igas, *La pédiatrie et l'organisation des soins de santé de l'enfant en France*, mai 2021.

⁹¹ Société française de néonatalogie, *Qualité des soins et sécurité des nouveau-nés requérant des soins critiques : état des lieux en 2023*, septembre 2023.

C - Une offre de soins périnatals à planifier de façon globale

Une stratégie de planification et de pilotage de l'offre de soins fait défaut, 25 ans après l'entrée en vigueur des décrets de 1998. Une telle approche, qui pourrait s'intégrer dans la nouvelle stratégie de santé pour la période 2023-2033, devrait concerner de manière coordonnée la prévention, l'accouchement, les soins à la mère et au nouveau-né, le retour à domicile, en tenant compte de l'évolution du nombre de naissances et de leur répartition sur le territoire.

1 - Un préalable : disposer de meilleures données sur les professions liées à la naissance

Les pouvoirs publics doivent se donner les moyens de suivre précisément, pour chaque bassin de population, comme de manière consolidée, non seulement les effectifs et le lieu d'exercice, mais aussi le type d'activité, les postes réellement vacants, la stabilité des équipes, le niveau de recours à l'intérim ou encore le taux de recours à des praticiens à diplôme étranger. L'ensemble de ces données devrait être connu et analysé de façon permanente pour assurer la continuité des soins et pour se donner les moyens d'une politique de formation adaptée, à même de répondre aux besoins de la population. À cet effet, il conviendrait que les établissements transmettent, au moins une fois par an, à l'ARS le résultat d'indicateurs à définir par les autorités sanitaires comme cela est en train de se faire pour l'activité de chirurgie.

Concernant la formation, il doit être tenu compte du fait que l'activité de ces professionnels ne se résume pas à la naissance et que les besoins de formation doivent être évalués dans leur ensemble. Les besoins de procréation médicalement assistée doivent entrer en ligne de compte dans l'appréciation des besoins de formation pour les gynécologues obstétriciens, la prise en charge de l'extrême prématurité pour les néonatalogistes, etc.

Pour les sages-femmes, l'allongement de cinq à six ans de la durée de leurs études à partir de la rentrée 2024 aura pour conséquence une « année blanche » en 2028-2029 en termes d'arrivée sur le marché du travail de nouvelles sages-femmes diplômées. Cette année supplémentaire d'études peut aussi avoir une incidence sur l'attractivité de la profession dans un contexte où, à la rentrée 2022, près de 20 % des places en deuxième année étaient restées vacantes et où les formations dispensées à l'étranger attirent de plus en plus d'étudiantes françaises, notamment en Belgique où la formation est de quatre ans.

2 - La nécessité d'une offre de soins plus sûre et plus efficiente

a) Réformer les conditions techniques de fonctionnement des activités de la naissance

Alors que les réformes relatives aux autorisations en matière de soins critiques adultes et pédiatriques ont déjà abouti, celle des autorisations en périnatalité, toujours encadrées par les décrets de 1998, est à la peine, malgré l'obsolescence unanimement reconnue de ces textes. L'absence de consensus des parties prenantes sur certains points-clés de la réforme, ainsi que la priorité donnée au traitement des conséquences de la crise sanitaire n'ont pas permis à ces travaux d'aboutir.

Comme déjà décrit *supra*, l'offre de maternités s'est significativement contractée et la taille des structures a beaucoup augmenté. Les exigences minimales d'effectifs de médecins et de sages-femmes, associées à des paliers d'activité dont le plus important a été fixé à 2 500 accouchements par an⁹², ne sont plus adaptées à un contexte dans lequel beaucoup de maternités en réalisent plus de 3 000, voire 4 000⁹³.

Par ailleurs, ce cadre réglementaire ne prend pas en compte les besoins relatifs à la prise en charge des urgences gynéco-obstétricales dans le cadre des activités non programmées de la maternité autres que celles en salle de naissance, les médecins anesthésistes étant de surcroît appelés à intervenir dans les autres services d'urgence de l'hôpital. Les normes d'effectif minimal définies au titre de la néonatalogie⁹⁴ mériteraient d'être revues à l'aune d'une évolution des pratiques médicales depuis 1998 ayant conduit à une prise en charge accrue, dans les unités de soins intensifs de néonatalogie et de réanimation néonatale, de l'extrême prématurité et des pathologies graves de la période néonatale.

b) Garantir des exigences équivalentes pour la prise en charge de la mère à celles existant pour l'enfant

La révision des conditions techniques de fonctionnement des unités d'obstétrique doit s'accompagner d'un enrichissement de la stratégie de gradation des soins qui anime la prise en charge globale du couple mère-enfant.

⁹² Article D. 6124-44 du code de la santé publique.

⁹³ En 2021, 61 maternités réalisaient plus de 3 000 accouchements annuels, dont 14 plus de 4 000.

⁹⁴ Articles D. 6124-56 et s. du code de la santé publique.

La logique qui a inspiré les textes de 1998 conduit à une orientation vers une structure de rang supérieur en cas de risque pour l'enfant. Cependant, toutes les structures dont la maternité bénéficie d'un niveau de qualification supérieur ne proposent pas toujours l'offre garantissant une complète sécurité des prises en charge pour la mère, notamment sur le plan des soins critiques. Il serait donc utile de cartographier les capacités en soins des établissements accueillant une maternité concernant les soins critiques comme les activités de recours pour la mère (réanimation adulte, cardiopulmonaire, neurochirurgicale...) afin de permettre des conventionnements obligatoires inter-établissements pour les maternités présentant un niveau d'équipement insuffisant.

c) Anticiper l'évolution de l'activité des maternités les plus fragiles

La priorité donnée aux enjeux de qualité et de sécurité des soins, dans un contexte d'indicateurs périnataux dégradés, tout comme les tensions démographiques observées pour la plupart des professions de la périnatalité, appellent une action volontariste des pouvoirs publics dans le pilotage de l'offre de soins.

Les fermetures de maternités et la réorganisation locale de l'offre de soins qu'elles appellent doivent être préparées pour que les reports d'accouchement vers d'autres maternités du territoire soient coordonnés et accompagnés, si nécessaire, d'une augmentation des capacités d'accueil. À cette fin, une revue régulière de l'activité des maternités paraît devoir être conduite pour identifier lesquelles sont les plus en tension, par exemple à l'aune de leur fréquence de fermeture dans l'accueil des parturientes, de leurs difficultés à assurer la permanence des soins, ou encore de leur recours à l'intérim. En particulier, il conviendrait d'assurer un contrôle resserré des maternités dont l'activité est inférieure au seuil réglementaire de 300 accouchements par an et d'inciter à leur transformation en centre périnataux de proximité. Il convient en particulier de faire cesser sans délai l'activité des structures ne permettant pas de garantir la sécurité et la qualité des prises en charge, comme la Cour l'a déjà appelé de ses vœux⁹⁵.

⁹⁵ Cour des comptes, *Les maternités*, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, décembre 2014 (disponible sur www.ccomptes.fr).

En outre, les maternités réalisant moins de 1 000 accouchements annuels, qualifiées dès 2007 de « vulnérables » par la Fédération hospitalière de France (FHF)⁹⁶, devraient faire l'objet d'une vigilance accrue. L'Académie nationale de médecine suggère d'adopter ce nouveau seuil réglementaire pour obtenir ou renouveler une autorisation d'obstétrique⁹⁷. Une analyse associant les établissements, les professionnels de santé, les dispositifs spécifiques régionaux en périnatalité et les représentants des usagers du territoire, permettrait de qualifier la nature, provisoire ou structurelle, des difficultés rencontrées, d'identifier les actions à conduire et de qualifier précisément les conséquences d'une éventuelle restructuration pour les patientes et pour les établissements de santé du territoire. Au-delà de l'échelon ministériel qui doit continuer d'apporter une aide méthodologique à la démarche, afin d'en garantir une déclinaison territoriale harmonisée, ces réflexions sont à conduire sous l'égide des agences régionales de santé, mieux à même d'appréhender les enjeux locaux de prise en charge.

*d) Maîtriser l'impact des fermetures de structures
pour les populations concernées*

Une réduction de l'offre de soins conduirait à une augmentation des temps de trajet nécessaires pour rejoindre la maternité lors de l'accouchement. Ce phénomène est source d'inquiétude légitime pour les familles, avec la crainte de risques accrus pour le nouveau-né⁹⁸.

Face à cette difficulté, le dispositif « engagement maternité » permet, au moins pour les naissances à terme, d'assurer la prise en charge hôtelière de la mère dans les jours précédant l'accouchement, et son remboursement par l'assurance maladie.

⁹⁶ Fédération hospitalière de France, *Atlas hospitalier et médico-social : plan d'action pour développer le service public*, 2007.

⁹⁷ Académie de médecine, *Planification d'une politique en matière de périnatalité en France : Organiser la continuité des soins est une nécessité et une urgence*, février 2023.

⁹⁸ Il a été démontré qu'un temps de trajet de plus de 30 minutes et une distance plus importante sont associés à un résultat plus défavorable pour le nouveau-né. K. Aoshima et al., *Neonatal mortality rate reduction by improving geographic accessibility to perinatal care centers in Japan*, J Med Dent Sci., 2011, 58 (2), 29-40. ; S. Paranjothy et al., *Perinatal outcomes and travel time from home to hospital: Welsh data from 1995 to 2009*, Acta Paediatr., 2014, 103 : e522-7 ; M. Levaillant et al., *In France, the organization of perinatal care has a direct influence on the outcome of the mother and the newborn : Contribution from a French nationwide study*, Int J Gynaecol Obstet, 2023 Jul 24.

Le dispositif « engagement maternité »

Ce dispositif est, depuis 2022, accessible aux femmes enceintes domiciliées dans les communes les plus éloignées d'une maternité⁹⁹. Les textes imposent aux hôpitaux de proposer aux femmes résidant à plus de 45 minutes de trajet qui le sollicitent, un hébergement de proximité pour les cinq derniers jours de leur grossesse, dans des locaux aménagés sur site à cet effet ou dans un hôtel partenaire. En cas de grossesse pathologique, la prestation d'hébergement peut être proposée à tout moment de la grossesse, sans que la limitation à cinq nuitées ne soit opposable. Sa nécessité et sa durée sont laissées à l'appréciation médicale. Cette prise en charge, qui couvre aussi les frais de transport engagés, pourrait concerner chaque année entre 12 000 et 26 000 femmes, pour un coût de 10 M€ selon l'estimation du ministère chargé de la santé.

Néanmoins, il peut être difficile d'anticiper l'état de l'offre en la matière, que ce soit en termes de places disponibles au sein des établissements de santé ou des hôtels conventionnés, aucun dispositif d'évaluation périodique n'ayant été prévu malgré le caractère obligatoire des nouvelles dispositions réglementaires.

L'impact des potentielles fermetures de maternités appelle un effort accru des pouvoirs publics dans la définition de solutions d'accompagnement. Le rapport de l'Assemblée nationale sur la mortalité infantile suggère en ce sens de renforcer significativement les dispositifs d'hébergement à proximité des maternités et de communiquer auprès de la population sur les bénéfices de ce dispositif¹⁰⁰. La définition d'une stratégie d'hébergement et de transport des femmes sur le point d'accoucher, pour les femmes accouchant à terme comme avant le terme et éventuellement dans l'urgence, et des pères, apparaît ainsi nécessaire.

e) Faire évoluer l'offre de soins consacrée aux nouveau-nés les plus fragiles

Afin de remédier aux tensions constatées sur l'offre de réanimation néonatale, il conviendrait de mieux l'adapter aux bassins de population. Un dispositif de surveillance des taux d'occupation des lits de réanimation néonatale gagnerait à être déployé afin d'anticiper, le cas échéant, l'organisation des transferts inter-établissements.

⁹⁹ Décret n° 2022-555 du 14 avril 2022.

¹⁰⁰ Philippe Juvin et Anne Bergantz, *Mission flash sur la mortalité infantile*, commission des affaires sociales, Assemblée nationale, XVI^e législature, 20 décembre 2023.

Par ailleurs, compte tenu de l'hyperspécialisation que certaines pathologies ou malformations justifient, une organisation de l'offre de soins concernant la prise en charge chirurgicale des malformations congénitales des nouveau-nés pourrait être envisagée afin d'améliorer les pronostics concernant les cas plus rares et complexes. Alors que certaines chirurgies néonatales urgentes doivent être traitées sur place (malformations de la paroi abdominale, occlusions néo-natales...), les plus complexes pourraient être orientées vers des structures préalablement identifiées et reconnues au titre de leur expertise particulière.

f) Redonner de l'attractivité à l'exercice en salle de naissance

Redonner de l'attractivité suppose de rompre un cercle vicieux : les pénuries de personnel dans certains établissements rendent plus difficiles les conditions de travail, accroissant le nombre de gardes et d'astreintes et décourageant d'autres professionnels d'exercer en maternité. Outre le renforcement de l'offre de formation, il convient de mieux valoriser l'exercice en maternité.

Les possibilités pour les sages-femmes libérales de travailler à l'hôpital pourraient être assouplies. Par ailleurs, une initiative intéressante, jusqu'à présent développée exclusivement dans un cadre libéral, pourrait réintégrer l'exercice hospitalier, celui des maisons de naissances.

Les maisons de naissance

Expérimentées à partir de 2015 et pérennisées depuis 2021¹⁰¹, les maisons de naissance sont placées sous la responsabilité exclusive de sages-femmes libérales. Elles permettent aux femmes dont la grossesse présente *a priori* un risque limité d'accoucher dans un environnement moins médicalisé et de bénéficier d'un accompagnement personnalisé selon un principe d'une sage-femme pour une parturiente. Le déploiement de ces structures qui contribue à diversifier l'offre obstétrique, n'a toutefois pas vocation à pallier la fermeture des petites maternités. En effet, l'un des critères de sécurité exigé pour autoriser leur ouverture consiste en leur localisation à proximité immédiate d'une maternité, avec laquelle elles passent convention afin d'organiser les relations avec les équipes médicales et d'établir les modalités de transfert éventuel et d'information réciproque.

¹⁰¹ L'expérimentation des maisons de naissance, réalisée sur la base d'un cahier des charges établi par la HAS en septembre 2014, a été autorisée par la loi n° 2013-1118 du 6 décembre 2013 et le décret n° 2015-937 du 30 juillet 2015. Leur pérennisation est le fruit de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

En 2023, neuf structures réalisent chaque année environ 800 accouchements. Il s'agit donc d'une offre encore très restreinte. Leur développement à venir (27 projets de création en cours, dont 3 en cours d'instruction par les agences régionales de santé) pose toutefois question. Il paraît peu cohérent d'affecter dans ces structures une seule sage-femme à l'accompagnement de chaque accouchement à bas risque quand, dans l'établissement partenaire et la plupart des autres maternités, les sages-femmes doivent prendre en charge simultanément plusieurs accouchements, dont certains à plus fort risque. Une telle situation revient à renforcer encore l'attractivité de l'exercice libéral, au détriment de l'activité hospitalière.

Il pourrait être préférable de généraliser le développement d'unités « physiologiques » au sein des maternités. Ces espaces, consacrés à un accouchement le plus naturel possible, permettent de proposer aux femmes souhaitant accoucher sans anesthésie péridurale un accompagnement plus personnalisé. Une telle évolution offrirait aux sages-femmes hospitalières, conformément à leurs aspirations, l'opportunité d'alterner entre une activité classique en salle de naissance et une forme d'exercice leur permettant de consacrer plus de temps à chaque parturiente, dans un exercice pleinement autonome.

Les conditions d'une meilleure attractivité relèvent aussi des établissements, auxquels il appartient par exemple de favoriser le travail en équipe, d'organiser les gardes de telle sorte que l'exercice respecte davantage les contraintes familiales, qu'il permette des formations plus fréquentes ou encore qu'il protocolise mieux les prises en charge. Pour être pleinement efficaces, ces mesures nécessitent, en parallèle, de mieux réguler l'installation des sages-femmes en cabinet libéral.

II - Une contribution insuffisante de la protection maternelle et infantile à la politique de périnatalité

Créée à l'issue de la seconde guerre mondiale pour lutter contre une mortalité infantile endémique, la protection maternelle et infantile (PMI) est une institution originale relevant des départements. Pionnière en matière de prévention et de repérage précoce des vulnérabilités, elle propose une approche globale de la prise en charge, à la fois sanitaire et sociale, individuelle et collective. Sa place dans le système de santé, plusieurs fois réaffirmée par la loi, avait conduit les pouvoirs publics à en faire un acteur-clé du plan périnatalité 2005-2007.

Reposant sur un maillage territorial gage de proximité (en 2021, 4 360 points de consultation fixes, dont plus de 1 800 consacrés aux consultations prénatales et postnatales), la PMI intervient principalement sous forme de consultations ou de visites à domicile pour lesquelles aucune avance de frais n'est nécessaire. Bien que toutes les familles puissent y accéder sans conditions de ressources, elle joue de ce fait un rôle particulièrement important pour les plus vulnérables.

A - Des fragilités connues aux conséquences défavorables pour la périnatalité

L'enquête de la Cour relative à la santé des enfants¹⁰² avait souligné la diminution, entre 2016 et 2019, des actions individuelles et collectives des services de PMI à destination des enfants. Cette tendance est plus marquée encore s'agissant de l'activité orientée vers les femmes enceintes et les mères, la diminution du nombre de naissances vivantes en France sur la même période ne suffisant pas à expliquer cette situation.

Selon l'enquête annuelle « Aide sociale » de la Drees, les médecins ou sages-femmes de PMI auraient réalisé en 2019 un peu plus de 300 000 consultations, en recul de près de 10 % par rapport à 2016. Le nombre de femmes ayant consulté au moins une fois a diminué de 20 % et le nombre de visites à domicile de 15 %. Le nombre d'entretiens prénatals précoce serait resté stable autour de 44 000, soit 6 % des naissances vivantes en 2019, ratio éloigné de la cible de 20 % établie par les pouvoirs publics. Les actions collectives des PMI à destination des femmes enceintes et des mères¹⁰³ ont reculé de près d'un tiers entre 2016 et 2019, 45 % pour les séances de préparation à la naissance.

Plusieurs rapports, dont celui de la députée Michèle Peyron¹⁰⁴, ont souligné les multiples facteurs explicatifs d'une telle évolution : difficultés démographiques et d'attractivité pour les professionnels de santé, insuffisance des investissements consentis par les pouvoirs publics, hétérogénéité des niveaux d'engagement de certains départements ou encore système de gouvernance inadapté. La plupart des acteurs interrogés par la Cour ont aussi insisté sur le déplacement progressif du centre de gravité de l'activité de la PMI vers ses missions sociales, en particulier celles relatives aux modes de garde et à la protection de l'enfance.

¹⁰² Cour des comptes, *La santé des enfants*, communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, décembre 2021 (disponible sur www.ccomptes.fr).

¹⁰³ Séances de préparation à la naissance et à l'allaitement, groupes de parole autour de la parentalité, groupes parents-enfants.

¹⁰⁴ Michèle Peyron, *Pour sauver la PMI, agissons maintenant !*, rapport au Premier ministre, mars 2019.

L'analyse comparative des niveaux d'effectif et d'activité de sages-femmes et de puéricultrices des services de PMI par rapport aux normes établies par le code de la santé publique jusqu'en 2022¹⁰⁵ illustre ce glissement. En 2019, plus du tiers des départements ayant répondu à l'enquête annuelle de la Drees présentait un volume d'activité inférieur à la norme s'agissant des consultations infantiles, cette part atteignant près de 70 % s'agissant des consultations prénatales, alors que les effectifs de sages-femmes et de puéricultrices étaient conformes aux normes, une majorité de départements dépassant même les niveaux attendus¹⁰⁶.

B - Des progrès récents mais encore insuffisants

1 - Une mobilisation autour de la stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance difficile à mesurer

La stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022 (SNPPE) a apporté une première réponse aux difficultés de la PMI, avec la mise en place progressive de contrats locaux tripartites entre le préfet, l'agence régionale de santé et le département. Ces conventions triennales reposent sur la définition d'objectifs opérationnels assortis de cibles de progression négociées avec chaque territoire et conditionnent l'allocation de moyens financiers pour les exercices suivants. Parmi les « objectifs fondamentaux » définis dans ce cadre, quatre concernent plus spécifiquement la période périnatale et comportent des cibles ambitieuses au titre de l'entretien prénatal précoce, des visites à domicile et des consultations infantiles¹⁰⁷.

La plupart des services de PMI se sont progressivement mobilisés autour de cette démarche, sept départements seulement n'ayant pas conclu de telles conventions à fin 2022. Néanmoins, ils n'ont pas tous adopté l'intégralité des objectifs fondamentaux relatifs aux enjeux de périnatalité, en dépit de leur caractère obligatoire. En 2023, il restait difficile pour la direction générale de la santé (DGS) de mesurer précisément ce phénomène, les tableaux de bord contractuellement prévus au titre de l'année 2021 n'étant disponibles que pour 80 des 95 signataires, la collecte pour l'exercice 2022 n'étant pas achevée. Les cibles de progression définies par les départements au titre des objectifs retenus apparaissent parfois en-deçà des ambitions nationales.

¹⁰⁵ Articles R. 2112-5 et s. du code de la santé publique.

¹⁰⁶ Drees, enquête Aide sociale ; Insee, estimations provisoires de populations au 1^{er} janvier 2020 (résultats arrêtés fin 2021) ; Insee, statistiques de l'état civil en 2018. Champ : France métropolitaine et Drom (hors Mayotte).

¹⁰⁷ Annexe n° 6.

L'analyse des résultats atteints localement se heurte à plusieurs écueils. Le caractère échelonné, depuis 2020, de la signature des conventions, et par conséquent, de la mise en œuvre des actions afférentes, ne permet pas de disposer d'une vision consolidée des progrès accomplis. Par ailleurs, les données transmises ne sont pas toujours exhaustives et fiables, ce qui oblige la DGS à les compléter par celles de la Drees au titre de son enquête annuelle « Aide sociale ».

2 - Une loi relative à la protection des enfants dont l'effectivité reste à garantir

La loi du 7 février 2022 relative à la protection des enfants a renouvelé le cadre de la gouvernance des services de PMI dans le sens d'un renforcement de leurs missions sanitaires. Il est ainsi prévu que leurs missions soient désormais guidées par des priorités pluriannuelles déterminées par l'État au titre de la stratégie nationale de santé, en concertation avec les représentants des départements. Ces priorités n'ont toutefois pas encore été arrêtées.

La nouvelle loi prévoit le remplacement des normes d'activité par des objectifs nationaux de santé publique¹⁰⁸ tout en préservant les normes minimales d'effectif. Ces dernières, inchangées depuis 1992, pourraient être actualisées et complétées par celles relatives à l'effectif de médecins. Toutefois, faute de décret précisant ces paramètres, ces dispositions ne sont toujours pas effectives.

Même après la parution des précisions réglementaires attendues, resteront les sujets de l'insuffisante fiabilité des données d'activité produites par les départements et de la prévalence du non-respect des normes, la réforme n'ayant prévu ni mécanisme de sanction ni dispositif d'évaluation périodique. En outre, la démographie des médecins de services de PMI reste préoccupante. Afin que les nouvelles normes d'effectif ne restent pas inopérantes, il conviendrait de rapprocher la rémunération des médecins de la fonction publique territoriale de celle des médecins hospitaliers tout en valorisant les parcours professionnels par l'organisation de passerelles entre secteurs d'exercice, ainsi que le recommandait la Cour en 2021¹⁰⁹.

¹⁰⁸ Article L. 2112-4 du code de la santé publique.

¹⁰⁹ Cour des comptes, *La santé des enfants*, communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, décembre 2021 (disponible sur www.ccomptes.fr).

III - Des moyens de coordination des soins périnataux à optimiser

La prise en charge du suivi de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale fait intervenir, successivement ou simultanément, plusieurs professions de santé exerçant en ville, dans des services de PMI ou dans des établissements de santé, publics ou privés. Cette spécificité, qui peut rendre le parcours de soin périnatal difficile à appréhender pour les couples attendant un enfant ou les jeunes parents, appelle à renforcer leur coordination et à accompagner les femmes intéressées.

A - Une adaptation nécessaire des structures de coordination

1 - Les dispositifs spécifiques régionaux en périnatalité : un instrument à rationaliser

Les 36 dispositifs spécifiques régionaux en périnatalité (DSRP) existant en France en décembre 2022 constituent un levier pour décloisonner les acteurs de la périnatalité, notamment hospitaliers et libéraux. Institués dans le cadre du plan périnatalité 2005-2007 puis réformés en 2019, les DSRP sont des structures spécialisées de coordination et d'expertise. Partenaires des agences régionales de santé qui les financent, ils interviennent à la fois auprès de ces dernières et de l'ensemble des professionnels de santé périnatale installés dans les territoires qu'ils couvrent.

Leurs missions, confirmées en 2023¹¹⁰, sont diverses. Les DSRP contribuent à la déclinaison locale des parcours de soins périnataux et de ceux concernant les femmes en demande d'interruption volontaire de grossesse, ainsi qu'à la mobilisation des acteurs de la périnatalité sur des sujets identifiés par les autorités sanitaires, comme la coordination du dépistage des troubles de l'audition ou de la trisomie 21. Ils offrent un appui méthodologique aux maternités pour tirer les conséquences des événements indésirables graves qu'elles constatent ou pour former les professionnels de santé. Les DSRP sont aussi impliqués dans l'animation des réseaux de suivi des enfants vulnérables (RSEV), l'orientation des transferts maternels et néonataux et, pour plus de la moitié d'entre eux, dans des actions spécifiques en faveur des femmes victimes de violences.

¹¹⁰ Instruction n° DGOS/R3/DGS/SP1/2023/122 du 3 août 2023 relative à l'actualisation des missions des dispositifs spécifiques régionaux en périnatalité. Cette instruction s'est substituée à celle du 3 juillet 2015.

Afin de réaliser ces missions, les DSRP ont bénéficié de 18 M€ en 2021, mis à leur disposition à partir du Fonds d'intervention régional (FIR) géré par les agences régionales de santé. Cet effort financier s'est accru depuis 2016 mais reste modeste. Compte tenu du rôle des DSRP en matière de périnatalité, une vigilance particulière est nécessaire pour garantir l'efficacité et l'efficience de ces structures.

L'organisation des DSRP, pilotée par les agences régionales de santé, mériterait d'être optimisée. Alors que plusieurs régions, couvrant des territoires parfois très vastes comme la Nouvelle-Aquitaine ou l'Occitanie, ne comptent qu'un seul réseau périnatal, l'Île-de France et Auvergne-Rhône-Alpes présentent un maillage infra-départemental. Afin de limiter le risque d'une couverture tantôt trop large pour garantir une réelle action de proximité, tantôt insuffisamment déconcentrée pour permettre des économies d'échelle, il conviendrait de rendre l'organisation des DSRP plus homogène en retenant un modèle unique d'organisation, qui pourrait épouser les frontières des anciennes régions administratives, comme c'est le cas en Bourgogne-Franche-Comté ou en Grand-Est, et en appliquant pour l'Île-de-France la logique de zones à laquelle répondent déjà plusieurs DSRP. Il conviendrait aussi d'assurer une couverture intégrale du territoire par les réseaux de suivi des enfants vulnérables, certaines régions comme les Hauts-de-France ou la Nouvelle-Aquitaine en étant dépourvus.

En second lieu, dans un contexte où les autres acteurs chargés de la coordination des professionnels se sont multipliés dans la période récente¹¹¹, les instructions ministérielles successives en ont insuffisamment précisé les champs de responsabilité respectifs.

2 - Des collectifs de professionnels de santé à impliquer davantage

Eu égard à la diversité et à la complexité des parcours que peuvent emprunter les femmes enceintes, les mères et leurs nouveau-nés selon leur niveau de risque médical ou de vulnérabilité, la coordination des professionnels de santé qui interviennent en ville, à l'hôpital ou en PMI constitue un enjeu central.

¹¹¹ Dispositifs d'appui à la coordination, communautés professionnelles territoriales de santé, dispositifs dédiés à la prise en charge des femmes victimes de violences, notamment.

Créées en 2016 par la loi de modernisation de notre système de santé sur le modèle des anciens pôles de santé et réaffirmées en 2019 par la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé¹¹², les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) offrent un cadre permettant l'exercice coordonné sur un même territoire de l'ensemble des acteurs sanitaires et médico-sociaux¹¹³, regroupés autour d'un projet de santé commun, validé par l'agence régionale de santé. Elles ne propagent pas de soins.

Ces structures restent encore peu nombreuses, loin de l'objectif d'une généralisation sur le territoire avant la fin de l'année 2023. Une dynamique est certes enclenchée depuis fin 2021, 427 étaient opérationnelles en avril 2023, couvrant 54 % de la population. La couverture apparaît contrastée selon les régions, la Normandie, la Nouvelle-Aquitaine et la Corse étant faiblement, voire non-dotées. De surcroît, comme le relève une étude réalisée en 2023¹¹⁴, les CPTS éprouvent des difficultés à structurer leur dialogue avec l'hôpital et à fédérer une masse critique de professionnels de santé sur le territoire, au-delà des porteurs de projets.

Parmi les CPTS opérationnelles, toutes ne développent pas des actions consacrées au suivi des femmes enceintes et des familles¹¹⁵. Il est difficile d'identifier celles qui le font ou qui pourraient être en mesure de le faire, en l'absence d'analyse nationale des actions mises en œuvre. Un partage des bonnes pratiques mises en œuvre par les CPTS les plus impliquées en matière de coordination des parcours de soins périnataux pourrait inciter à leur développement. Il serait aussi utile de favoriser l'adhésion aux CPTS des établissements de santé et centres de PMI du territoire.

S'agissant des modalités selon lesquelles les soins sont prodigués, l'expérimentation des équipes de soins coordonnées autour du patient (Escap), qui doit être engagée dans le domaine de la gériatrie, offre des perspectives intéressantes pour une application aux parcours de soins périnataux en ville. Le dispositif vise à favoriser une prise en charge pluriprofessionnelle et coordonnée autour de personnes âgées présentant des facteurs de risques particuliers, mobilisation permettant de réévaluer périodiquement l'état clinique des patients éligibles et d'adapter en conséquence la suite de leur parcours de soins.

¹¹² Articles L. 1434-12 et s. du code de la santé publique.

¹¹³ Praticiens de premier et second recours, exerçant seuls ou en groupe, établissements hospitaliers ou du secteur médico-social et social.

¹¹⁴ M-H. Certain, A. Lautman, H. Gilardi, Rapport « Tour de France des CPTS », *Bilan et propositions pour le déploiement et le développement des communautés professionnelles territoriales de santé*, 28 juin 2023.

¹¹⁵ Annexe n° 7.

Un dispositif analogue pourrait être expérimenté pour les femmes enceintes présentant des facteurs de risques particuliers, somatiques ou psychiques, détectés par exemple dans le cadre de l'entretien prénatal précoce. Pourrait être mobilisé autour d'elles un socle de professionnels de santé composé au minimum du médecin traitant, d'un gynécologue-obstétricien et d'une sage-femme, qui pourrait être complété le cas échéant par d'autres praticiens. Un outil numérique pourrait être mis à disposition des patientes, intégrant des fonctionnalités de prise de rendez-vous, de téléconsultation, et interopérable avec *Mon espace santé*.

3 - Un principe d'unité de lieu à développer

Comme la Cour le recommandait en 2021, l'exercice pluriprofessionnel coordonné des soins de ville gagnerait à être organisé dans un lieu unique afin d'être plus facilement identifiable par les patients et de gagner en efficacité et en efficience. Proposées au titre de la santé des enfants, ces regroupements physiques pourraient inclure les soins, somatiques ou non, dispensés aux parturientes et aux jeunes parents. Il s'agirait ainsi, là où c'est possible et en fonction de besoins définis par chaque territoire, d'adosser une telle logique à des structures existantes, telles que les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), tout en y favorisant l'implantation de sages-femmes.

B - Des dispositifs perfectibles d'accompagnement individuel des patients

1 - Un repli prématuré du programme d'accompagnement du retour à domicile

Depuis 2010, l'assurance maladie met en œuvre le programme d'accompagnement du retour à domicile (Prado) « maternité » afin d'organiser, en lien avec l'offre de ville, la sortie de l'hôpital lorsque la parturiente n'a pas subi de complication. Prado contribue à répondre aux recommandations de la Haute autorité de santé en matière d'organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés¹¹⁶, après une durée de séjour standard¹¹⁷ ou plus

¹¹⁶ HAS, Recommandation de bonne pratique, *Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés*, mars 2014.

¹¹⁷ Une durée de séjour standard est de 72 à 96 heures après un accouchement par voie basse et de 96 à 120 heures après un accouchement par césarienne.

précoce. Selon une étude récente¹¹⁸, les mères et les enfants bénéficiant de ce dispositif sont moins souvent réhospitalisés au cours du premier mois suivant la sortie de maternité (- 14,4 % et - 6,3 %, respectivement).

Malgré ces avantages, l'assurance maladie a décidé de limiter Prado aux sorties précoces. Ce repli s'est accentué avec les réaffectations de personnels pendant la crise sanitaire. Alors que le programme a concerné plus d'une naissance sur deux jusqu'en 2019, il ne concerne plus que 11 % de la population potentiellement éligible en 2022. Cette situation se distingue nettement des dispositifs Prado hors maternité, qui ont tous repris leur expansion après la crise sanitaire.

Pour justifier cette évolution, l'assurance maladie constate que près de 80 % des femmes ayant accouché en 2021 bénéficient du suivi post-natal à sept jours, recommandé par la Haute autorité de santé et considère que les services de PMI ou les CPTS peuvent se substituer à Prado. Sur le premier point, compte tenu des résultats durablement médiocres de la France en matière de santé périnatale, le ratio de 80 % de femmes bénéficiant d'un suivi post-natal à sept jours devrait constituer un plancher. Or cette part s'érode depuis 2020 et est tombée à 78,7 % en 2022. Pour 23 % des CPAM qui ont abandonné le service relatif aux sorties standards en 2021 ou dont l'activité en la matière représentaient moins de 10 % des adhésions totales à Prado, le ratio est même inférieur à 70 %. Sur le deuxième point, les services de PMI ne peuvent assurer le relai escompté compte tenu de leurs difficultés actuelles et les autres dispositifs de coordination, notamment les CPTS, en sont encore à leurs débuts (cf. *supra*).

En définitive, il conviendrait de surseoir à la disparition du dispositif Prado « maternité », y compris pour les sorties standards, jusqu'à ce que d'autres leviers de coordination des parcours de soins périnataux aient démontré leur efficacité en la matière.

2 - Des modalités d'accompagnement individuel à clarifier

La complexité inhérente aux parcours périnataux, même coordonnés entre professionnels de santé, suppose d'accompagner les patientes pour les orienter au mieux et prévenir ainsi les ruptures de suivi dans leur prise en charge.

¹¹⁸ A. Caron, A. Rousseau, A-C. Brisacier, L. Courouve, L. Gaucher, *Planification des retours à domicile après la naissance : évaluation clinique et économique du suivi d'un million de dyades mère-enfant pendant un an*, Pari(s) Santé Femmes, Collège national des gynécologues et obstétriciens français, janvier 2023.

C'est tout l'enjeu de la création du référent « parcours périnatalité » (Répap), expérimentation lancée en 2021 et consistant à proposer à toutes les femmes enceintes et aux couples un accompagnement personnalisé pendant la grossesse et jusqu'aux trois mois de l'enfant. Distincts des consultations de suivi de grossesse et ne donnant pas lieu à la réalisation d'actes de soins, les entretiens conduits par le référent permettent de guider le couple dans son parcours de soins, de répondre à ses questions et de le conseiller. Ce référent peut être choisi parmi les professionnels de santé volontaires intervenant dans le champ de la périnatalité à l'hôpital, en ville ou au sein d'un service de PMI - le référent pouvant alors effectuer parallèlement le suivi médical - ou être un professionnel du secteur médico-social ou encore un médiateur en santé.

Ce dispositif rencontre des difficultés, comme en atteste son démarrage plus lent qu'escompté (630 femmes incluses dans le programme au 31 juillet 2022, au lieu des 3 000 envisagées à cette date). Le rapport d'étape rédigé en septembre 2022 constate notamment que les référents permettent aux femmes accompagnées de mieux comprendre leur parcours mais il relève aussi une mobilisation variable, ceux exerçant en ville étant les moins dynamiques. Par ailleurs, tous les territoires expérimentateurs font part de la réticence de certains professionnels de santé libéraux à adresser les femmes enceintes qu'ils suivent vers un référent lorsqu'ils ne le sont pas eux-mêmes, par crainte de perdre ce suivi.

Cette expérimentation soulève une question de cohérence avec l'émergence concomitante du rôle de la sage-femme dite « référente », consacrée par la loi du 26 avril 2021 relative à l'amélioration du système de santé et dont les missions semblent recouvrir l'essentiel de celles assignées au Répap¹¹⁹. Il paraît contradictoire de promouvoir, d'une part, un dispositif d'accompagnement périnatal auquel peut contribuer une variété importante d'acteurs, dont les sages-femmes et, d'autre part, de consacrer ces dernières en tant que référentes uniques.

Ces limites semblent avoir été identifiées par le gouvernement, la Direction générale de la santé ayant annoncé en avril 2024 que l'expérimentation Répap ne ferait pas l'objet d'une généralisation « en l'état ».

¹¹⁹ Avenant n° 6 à la convention nationale des sages-femmes conclu le 22 décembre 2022.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'organisation des soins et la qualité des prises en charge jouent un rôle décisif dans la prévention des risques et dommages en matière de santé périnatale, notamment lors de l'accouchement et des suites de la naissance. Pourtant, l'offre de soins repose aujourd'hui sur des bases réglementaires qui ne correspondent plus aux enjeux actuels découlant des évolutions récentes de l'organisation des maternités et des techniques de prise en charge des nourrissons. Son évolution apparaît insuffisamment pilotée, tant du point de vue de la démographie des professionnels de santé concernés, trop peu nombreux à l'hôpital, que de la cartographie des maternités, dont l'évolution est imparfaitement anticipée et accompagnée.

En outre, l'implication des services de protection maternelle et infantile (PMI) dans la politique de périnatalité reste trop modeste du fait de fragilités structurelles qui tardent à être traitées. La coordination des soins périnataux représente un enjeu central dont les moyens de mise en œuvre doivent être optimisés.

Au total, en réponse à la deuxième question évaluative, l'organisation des soins n'a pas suffisamment évolué depuis 2016 dans un sens favorisant l'amélioration de la sécurité et de la qualité des prises en charge périnatales. Le repli prématuré du Prado « maternité », affaiblit la logique d'accompagnement des parents, objet de la quatrième question évaluative.

En conséquence, la Cour formule les recommandations suivantes :

- 2. pour chacune des maternités pratiquant moins de 1 000 accouchements par an, conduire au niveau régional une revue périodique de l'activité, prenant en compte la qualité et la sécurité des soins et en tirer des conséquences sur l'opportunité et les conditions de la poursuite de leur activité (ministère du travail, de la santé et des solidarités) ;*
 - 3. revoir les décrets fixant les normes de fonctionnement des unités d'obstétrique et de néonatalogie afin de mieux prendre en compte la concentration de l'activité dans les plus importantes d'entre elles dans un cadre de gradation des soins, ainsi que les conséquences d'une prise en charge plus précoce des prématurés (ministère du travail, de la santé et des solidarités) ;*
 - 4. conforter le programme d'accompagnement du retour à domicile consacré à l'obstétrique (Prado « maternité ») tant que des dispositifs alternatifs plus efficaces n'auront pas été déployés, notamment en faveur des femmes les plus vulnérables (Cnam).*
-

Chapitre III

Une politique publique portant sur un domaine trop étroit

L'accroissement des facteurs de risques, ainsi que le décalage grandissant observé entre l'organisation sanitaire et médico-sociale en vigueur et les enjeux actuels de la périnatalité, constituent autant de difficultés auxquelles les pouvoirs publics doivent appréhender.

Ce chapitre répond aux deux dernières questions évaluatives présentées en introduction du rapport : « *En quoi les mesures de prévention primaire et secondaire des risques pouvant affecter la santé des mères et des enfants et le développement des enfants ont-elles effectivement permis de réduire les cas de morbidité grave et de mortalité à la naissance et au cours de la première année de vie ?* » et « *En quoi l'accompagnement des parents, avant ou après l'accouchement, permet-il une meilleure prévention de la souffrance psychique, en particulier de la dépression du post-partum, et des troubles de la relation entre les parents et les enfants, ainsi que des violences et maltraitances sur les enfants ?* ».

Comme le chapitre précédent, il contribue aussi à répondre à la deuxième question évaluative : « *Dans quelle mesure l'évolution de l'organisation des soins a-t-elle permis d'améliorer la sécurité et la qualité des prises en charge et donc de réduire la mortalité périnatale, la mortalité maternelle et la morbidité maternelle sévère de manière pérenne ?* »

En réponse à ces questions, l'analyse de la structuration de la politique conduite en la matière offre un premier éclairage (I). La portée des mesures de prévention périnatale est insuffisante (II) tandis que l'accompagnement parental pourrait faire l'objet d'adaptations (III).

I - Un volontarisme renouvelé mais des écueils dans les stratégies récentes

Depuis plus de 50 ans, la politique de périnatalité mise en œuvre par les pouvoirs publics ambitionne d'améliorer l'offre de soins et de développer l'accompagnement des parents dès la période prénatale. Alors qu'elle était structurée autour de plans stratégiques spécifiques, cette politique s'est ensuite estompée, avant de regagner en visibilité dans la période récente. Toutefois, l'efficacité des moyens financiers qui y sont consacrés pose question et l'éparpillement dans divers documents stratégiques des mesures mises en œuvre, de même que l'absence d'objectif de santé publique, nuisent à la mobilisation des acteurs de la périnatalité.

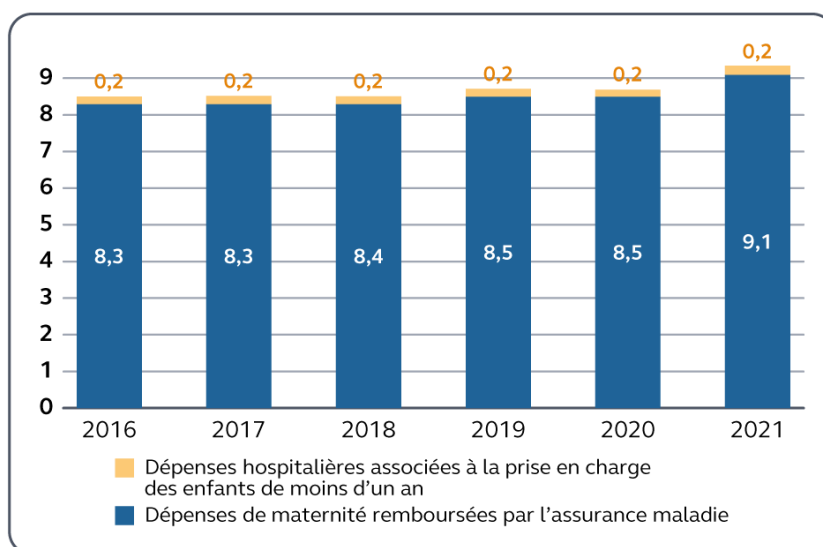
A - Une moindre efficacité de la dépense publique consacrée à la politique de périnatalité

Les dépenses publiques associées à la période périnatale incluent la maternité¹²⁰ et les soins prodigués aux jeunes enfants jusqu'à la fin de leur première année de vie. Les dépenses de sécurité sociale associées au risque maternité sont suivies par l'assurance maladie dans le cadre de sa carte annuelle des dépenses de santé et plus ponctuellement par la Drees à l'occasion de ses travaux sur les comptes de la santé. En revanche, aucun suivi consolidé, y compris les soins prodigués au jeune enfant, n'est assuré. La diversité des acteurs et des sources de financement, la dispersion et, parfois, l'indisponibilité des informations nécessaires, rendent difficile une telle reconstitution.

À partir des données disponibles, la Cour a estimé les dépenses engagées au titre de la politique de périnatalité en 2021 à 9,3 Md€, contre 8,5 Md€ en 2016. Cet accroissement contraste avec le recul de la natalité et la faiblesse des résultats observés au plan sanitaire.

¹²⁰ Suivi de la grossesse et de ses complications, séjours en maternité et soins jusqu'au douzième jour après l'accouchement.

Graphique n° 5 : synthèse des dépenses relatives à la politique de périnatalité (en Md€)



Sources : Cnam, cartographie des pathologies et des dépenses de l'Assurance Maladie (tous régimes confondus) et ATIH

Stables jusqu'en 2020, les dépenses remboursées par l'assurance maladie associées à la maternité se sont accrues en 2021 pour s'établir à 9,1 Md€, soit 7 240 euros par parturiente. Elles se concentrent principalement sur les prestations en espèces (42 %), en particulier les indemnités journalières versées en lien avec la maternité et les congés pour adoption et paternité (3,2 Md€), et sur les hospitalisations (42 %). Les soins de ville représentent 1,4 Md€ en 2021 : les principaux postes sont associés aux soins réalisés par les sages-femmes, les chirurgiens-dentistes et les autres professionnels de santé (524 M€), aux médecins (295 M€) et aux actes de biologie médicale (311 M€).

Au-delà du séjour en maternité, les dépenses hospitalières des nouveau-nés de moins d'un an incluent les séjours en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) ainsi que les consultations externes. En 2021, elles représentaient 240 M€.

À ces dépenses en établissement devraient être ajoutées les soins dispensés en ville, les dépenses de prévention institutionnelle, le financement par le Fonds d'intervention régional (FIR) d'actions ciblées sur la périnatalité ainsi que l'activité périnatale des services de PMI. Néanmoins, il n'a pas été possible de consolider ces chiffres, en raison de leur indisponibilité ou des difficultés à isoler la maternité et la toute petite enfance.

B - De nouvelles ambitions au champ trop limité

1 - La nouvelle dynamique des « 1 000 premiers jours »

La stratégie des « 1 000 premiers jours », faisant suite aux premiers travaux sur le sujet à compter des années 1980, poursuit l'objectif de réunir les conditions nécessaires à la santé de l'enfant pendant la période qui va de la grossesse de la mère au troisième anniversaire de l'enfant pour contribuer à sa future santé d'adulte.

En 2019, une commission d'experts a été chargée de formuler des recommandations au titre de l'accompagnement des parents, des situations de vulnérabilité, des congés de naissance et de l'accueil du jeune enfant. Cette commission a rédigé un rapport en 2020¹²¹ dont les pouvoirs publics ont cherché à mettre en œuvre les recommandations en établissant une feuille de route relative à la prévention précoce et à la lutte contre les inégalités¹²². En 2023, ce projet a été identifié comme politique prioritaire du Gouvernement, portée par plusieurs ministères et suivie dans le baromètre de l'action publique.

Les régions se sont mobilisées dans le cadre de l'appel à projets prévu par la feuille de route. Cette démarche comporte un volet santé, financé et piloté par les agences régionales de santé et un volet social soutenu et animé par les directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (Dreets), en lien avec les commissaires à la lutte contre la pauvreté. Seize régions se sont portées volontaires, couvrant plus de 400 projets au total à fin 2022. Les mesures portent sur la santé environnementale, l'éveil aux arts et à la culture, l'accompagnement des parents, etc.

Outre-mer, la stratégie des « 1 000 premiers jours » a donné lieu à une mobilisation importante, certains départements participant à des expérimentations, comme celle relative au référent parcours périnatalité (Répap) en Guyane. Cette stratégie a toutefois été mise en œuvre sans adaptation aux vulnérabilités économiques particulières que rencontrent ces territoires ni à leurs particularités géographiques ou socio-culturelles comme la monoparentalité (42 %, contre 24 % dans l'hexagone en 2020 selon l'Insee), la « double insularité » de certaines îles rattachées à la Guadeloupe, ou la précocité des grossesses et l'isolement géographique des

¹²¹ *Les 1 000 premiers jours – Là où tout commence*, septembre 2020.

¹²² Cette feuille de route s'est traduite par trois instructions successives du 1^{er} avril 2021, du 12 avril 2022 puis du 18 juillet 2023. Une nouvelle feuille de route est en cours de préparation pour les années 2024 à 2027.

communes éloignées du littoral en Guyane. Ces situations auraient pu justifier l'identification de leviers d'actions propres à l'outre-mer, voire à chacun des départements, de même qu'un redéploiement des soutiens financiers pour prendre en compte leurs difficultés sanitaires et sociales spécifiques.

2 - Des mesures dont la diversité risque de nuire à l'efficacité globale

Les mesures à vocation nationale retenues dans le cadre de la stratégie des « 1 000 premiers jours » présentent une nature et une portée diverses, au risque de diluer la mobilisation des acteurs concernés et des efforts financiers consentis, et de nuire à l'efficacité de la démarche. En effet, la feuille de route comprend à la fois des mesures structurantes, comme le soutien à la généralisation des entretiens prénatal et postnatal précoces, le renforcement des équipes médico-psycho-sociales dans les maternités ou encore l'expérimentation du référent parcours périnatalité (Répap), et d'autres plus accessoires.

Par ailleurs, la mise en œuvre de la feuille de route laisse une place importante aux expérimentations. Leur caractère parfois éphémère peut susciter, lorsque cette situation se renouvelle, une lassitude des acteurs impliqués, ces derniers n'ayant pas l'assurance que les efforts consentis, financiers ou non, aboutiront à une généralisation du dispositif. L'élaboration d'une nouvelle feuille de route pour la période 2024-2027 devrait redonner une visibilité de plus long-terme en définissant, sur la base des résultats déjà observés, un ensemble de mesures pérennes et en réduisant les nouvelles expérimentations. Au préalable, cela suppose d'engager une démarche d'évaluation. La plupart des mesures mises en œuvre depuis 2021 font l'objet d'une analyse quantitative et qualitative de leurs résultats respectifs. Cette démarche n'est toutefois ni systématique, ni élargie à une évaluation globale de leur incidence sur la santé des jeunes parents et des nouveau-nés¹²³.

¹²³ Ces pistes d'amélioration rejoignent celles faites par la Cour au titre des expérimentations conduites dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, chapitre IV, mai 2023 (disponible sur www.ccomptes.fr).

3 - Une stratégie éloignée des enjeux de qualité et de sécurité des soins périnataux

La stratégie des « 1 000 premiers jours » se concentre sur la naissance et sur le développement de l'enfant. Cette démarche crée un cadre unique de pilotage, susceptible de garantir la cohérence d'actions jusqu'alors dispersées au sein de divers supports stratégiques.

En particulier, les risques liés à la santé psychique de la mère y tiennent une place importante, les auteurs du rapport considérant que 30 % des mères mériteraient une attention particulière, en raison de leur fragilisation pendant la grossesse ou après l'accouchement. Parmi ces fragilités, la dépression *post-partum*, pathologie spécifique plus grave que le *baby blues*¹²⁴, peut entraîner des effets potentiellement graves sur la santé de la mère, et même conduire à son suicide¹²⁵. Comme le montrent les données épidémiologiques les plus récentes, les suicides représentaient 17 % des décès maternels entre 2016 et 2016 et en étaient la première cause connue en période périnatale¹²⁶.

Le nouvel élan porté par la stratégie des « 1 000 premiers jours » remet en lumière les enjeux de prévention, en particulier les risques psychiques et développementaux, ou la lutte contre les inégalités sociales et de santé dans la périnatalité. Le champ couvert reste, malgré tout, incomplet, laissant de côté la qualité et la sécurité des soins périnataux, pourtant à la source de la mauvaise situation de la France en matière de périnatalité. La direction générale de l'offre de soins a envisagé la formalisation d'une feuille de route relative à l'organisation des soins en périnatalité parallèlement à celle des « 1 000 premiers jours » mais la démarche n'a pas abouti.

Il conviendrait donc d'élargir les efforts actuellement consentis en matière de périnatalité à la qualité et à la sécurité des soins, en déterminant des objectifs de santé publique chiffrés ainsi qu'un dispositif d'évaluation périodique des résultats obtenus.

¹²⁴ HAS, *Situations pathologiques pouvant relever de l'hospitalisation à domicile au cours de l'ante et du post-partum*, Recommandation de bonne pratique, 2011.

¹²⁵ M. Saucedo, A. Almeras, E. Gomes, C. Deneux-Tharaux, pour le Comité national d'experts sur les morts maternelles, *La mortalité maternelle en France, évolutions récentes et défis actuels : résultats marquants de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles, 2013-2015*, Bull Épidémiol. Hebd. 2023 ; (3-4) : 44-52.

¹²⁶ Inserm, Santé publique France, *Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 7e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) 2016-2018*.

C - Une politique de périnatalité moins structurée

Trois plans relatifs à la périnatalité, ciblant majoritairement des pathologies, des facteurs de risques ou des thématiques de santé publique, se sont succédé de 1970 à 2007. Le dernier d'entre eux, qui couvrait la période 2005-2007, visait l'amélioration de la sécurité et de la qualité des soins et le développement d'une offre plus humaine et plus proche. Il comportait deux objectifs quantitatifs ambitieux pour 2008 : réduire la mortalité périnatale à 5,5 ‰ (contre 6,5 ‰ en 2005, soit - 15 %) et la mortalité maternelle à 5 pour cent mille (contre 9 pour cent mille en 2005, soit - 40 %). Il s'agissait d'achever la mise aux normes des maternités, avec une exigence supplémentaire de proximité et de renforcer la prévention, notamment par l'instauration d'un entretien systématique au cours du quatrième mois de grossesse (aujourd'hui, l'entretien prénatal précoce), l'amélioration du soutien aux femmes en situation de précarité, et une meilleure prise en compte de l'environnement psychologique de la naissance.

En dépit de résultats toujours préoccupants, la santé périnatale n'a plus fait ensuite l'objet d'aucun plan spécifique ni de dispositions particulières dans les lois de santé publique et documents stratégiques postérieurs, sauf de façon partielle.

Instrument de cette gouvernance, la commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant, instituée en 2005¹²⁷, ne se réunit plus depuis 2018. L'élargissement de cette instance à la santé de l'enfant en 2010 et le nombre important de ses membres – une cinquantaine – a contribué à cette situation. Elle constituait toutefois un acteur utile puisqu'elle avait pour mission de contribuer à la réalisation des objectifs de santé publique définis par les plans périnatalité et de concourir à la conception, à la mise en œuvre et à l'évaluation des politiques publiques en la matière. Sur le champ, plus étroit, de la stratégie des « 1 000 premiers jours », un groupe de travail piloté par la direction générale de la santé lui a été substitué à partir de 2019.

La stratégie nationale de santé 2018-2022 ne comporte pas de volet consacré à la période périnatale en tant que telle mais identifie plusieurs objectifs liés. Elle formule ainsi des « *priorités spécifiques à la politique de santé de l'enfant, de l'adolescent et du jeune* », parmi lesquelles l'accompagnement des parents dès la période prénatale afin de réduire les risques pour la santé de l'enfant, et améliorer le repérage précoce et la prise en charge des troubles et maladies de l'enfant.

¹²⁷ Créée par un arrêté du 11 juillet 2005 puis reconduite par un décret du 9 octobre 2009, la commission nationale de la naissance a été requalifiée en commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant par un décret du 12 novembre 2010.

Ces objectifs ont été repris dans des plans thématiques, par exemple le plan national de santé publique 2018-2022, qui prévoit notamment la généralisation des pratiques de supplémentation en acide folique pour les femmes enceintes et la généralisation de l'entretien prénatal précoce. Ce dernier objectif a été réaffirmé par la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, puis par la stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022. La stratégie nationale de soutien à la parentalité 2018-2022 et la stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance ont prévu, quant à elles, des mesures d'accompagnement pour les parents confrontés à des situations particulières de vulnérabilité.

Par ailleurs, sans qu'il s'agisse d'objectifs explicitement liés à la santé périnatale, le chapitre de la stratégie nationale de santé 2018-2022 consacré à la promotion de la santé définit des priorités d'action qui concernent indirectement ce domaine, comme le repérage et la prévention des addictions (tabac et alcool) pendant la grossesse. La feuille de route 2019-2022 consacrée au risque obésité et le plan national nutrition-santé comportent aussi des mesures intéressant le champ de la périnatalité, comme la sensibilisation des professionnels de santé au repérage précoce des enfants à risque en lien avec l'obésité des parents ou la prise de poids excessive de la mère pendant la grossesse.

La stratégie nationale de santé 2018-2022 ambitionne aussi de réduire les inégalités sociales de santé en renforçant le réseau des PMI et en développant des stratégies ciblant les populations vulnérables, en particulier les femmes enceintes.

Enfin, elle identifie des objectifs spécifiques aux départements et régions d'outre-mer pour prévenir les décès maternels et encourager les dépistages en période pré et néonatale, notamment celui de la drépanocytose. Ces axes sont repris par le plan national de santé publique et la stratégie nationale de soutien à la parentalité, qui vise aussi l'amélioration de l'accompagnement des grossesses des jeunes filles et des parents issus des territoires les plus isolés.

Au total, les éléments portés par la stratégie nationale de santé 2018-2022 au titre de la périnatalité ont été repris, parfois de manière redondante, dans une dizaine de plans thématiques distincts, ce qui nuit à la lisibilité d'ensemble de la politique. Par ailleurs, comme le relève la Drees dans son évaluation de la stratégie nationale de santé, cette dernière ne hiérarchise pas les objectifs stratégiques qu'elle formule, ceux liés à la périnatalité ne présentant, de fait, aucun degré de priorité particulier. De surcroît, ces objectifs sont rarement assortis de cibles chiffrées permettant d'en mesurer les résultats, contrairement à ce que prévoyaient les plans périnatalité. Le taux de mortalité périnatale outre-mer en est l'unique exemple. Une attention spécifique à ces territoires est certes indispensable mais la médiocrité des résultats de la France dans son ensemble appelle à élargir le champ d'attention des pouvoirs publics.

II - Une portée insuffisante de la prévention périnatale

Comme le prévoit le code de la santé publique, le parcours périnatal est jalonné de rendez-vous permettant une surveillance médicale de la grossesse et des suites de l'accouchement. Le suivi des femmes enceintes, la préparation à la naissance et à la parentalité, ainsi que les conditions et l'organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés à la sortie de maternité font l'objet de recommandations de bonne pratique par la Haute autorité de santé. Certains des axes et mesures essentiels de ce parcours présentent néanmoins des limites.

Le parcours de soins périnatal de la femme

Avant ou après l'accouchement, le parcours de soins comporte plusieurs étapes, obligatoires ou facultatives. Avant l'accouchement sont prévues sept consultations, dont la première avant la fin du troisième mois de grossesse, une consultation d'anesthésie et un entretien prénatal précoce. Après l'accouchement, doivent intervenir une consultation six à huit semaines après l'accouchement et un entretien postnatal précoce. En outre, avant la naissance, la mère doit procéder à trois échographies, un bilan de prévention prénatal, un bilan buccodentaire, des bilans sanguins mensuels et suivre sept séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Après l'accouchement, elle peut bénéficier de deux séances de suivi postnatal par une sage-femme et de séances de rééducation périnéale et abdominale.

Dès la déclaration de grossesse, la femme enceinte bénéficie d'une prise en charge à 100 % avec dispense d'avance de frais (tiers payant) au titre de l'assurance maternité pour les examens obligatoires liés à la grossesse (examens prénatals et postnatals obligatoires, bilans prénatals obligatoires ou, selon des facteurs de risques, entretien prénatal précoce et séances de préparation à la naissance et à la parentalité) ainsi que pour l'ensemble des frais médicaux en lien ou non avec sa grossesse du premier jour du sixième mois de grossesse jusqu'au douzième jour après la date de l'accouchement.

Les pratiques de la France dans le parcours de soins de la mère sont comparables, avec parfois des exigences plus fortes, que celles observées dans les autres pays européens, y compris ceux présentant de meilleurs résultats de santé périnatale¹²⁸.

¹²⁸ Annexe n° 8.

A - Un dépistage des risques psychiques encore fragile

1 - L'entretien prénatal précoce : une priorité affichée aux résultats incertains

Conçu comme un moment d'échange, avec un médecin ou une sage-femme, permettant aux futurs parents de mieux comprendre les étapes du suivi de la grossesse et de repérer le plus tôt possible leurs éventuelles vulnérabilités, l'entretien prénatal précoce constituait déjà une des mesures centrales du plan périnatalité 2005-2007, avant d'être rendu obligatoire à partir du 1^{er} mai 2020¹²⁹. En 2021, ce dispositif a été placé au cœur de la stratégie des « 1 000 premiers jours », avec un objectif de réalisation fixé à 70 % des femmes enceintes en 2022. Il constitue un des deux indicateurs de suivi retenus par le baromètre des résultats de l'action publique.

Les résultats sont toutefois éloignés des ambitions affichées. Selon la dernière enquête nationale périnatale (ENP 2021), la part de femmes ayant bénéficié de ce dispositif s'accroît mais l'entretien prénatal précoce ne concerne encore que 36,5 % des femmes interrogées en 2021¹³⁰, contre 21,4 % en 2010¹³¹. Les facteurs explicatifs sont difficiles à identifier. L'ENP 2021 observe, comme d'autres études avant elle¹³², une corrélation entre les caractéristiques socio-démographiques de la déclarante et l'absence de réalisation de l'entretien, ce dernier bénéficiant moins aux plus vulnérables. Des difficultés particulières peuvent être rencontrées, comme l'absence de suivi antérieur, notamment dans le cadre d'une

¹²⁹ La loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 a modifié en ce sens l'article L. 2122-1 du code de la santé publique.

¹³⁰ Les données de l'ENP concernant le taux d'entretien prénatal précoce (EPP), issues des déclarations des femmes, diffèrent sensiblement des chiffres communiqués par l'Assurance maladie, découlant de la cotation de cet acte par les professionnels. Ces derniers font état de 60 % de femmes qui auraient bénéficié d'un EPP en 2021. Cet écart important entre sources de données pose question et le ministère chargé de la santé reconnaît que ce point « doit faire l'objet d'études approfondies ».

¹³¹ Des biais sont toutefois inhérents à la méthodologie retenue, comme le fait que les femmes interrogées peuvent avoir confondu l'entretien prénatal précoce avec l'une des consultations prénatales ou ne pas s'être souvenues qu'elles en ont bénéficié. Par ailleurs, les femmes ne maîtrisant pas le français n'ont pas pu être interrogées.

¹³² B. Branger, Prévalence et caractéristiques de l'entretien prénatal précoce : résultats d'une enquête dans les réseaux de santé en périnatalité, France, 2012, BEH (2015), 6-7 : 123-13.

grossesse précédente, ou des difficultés d'accès à une information personnalisée malgré le développement récent de divers supports¹³³.

Par ailleurs, l'obligation instituée en 2020 n'a pas eu d'incidence significative sur la mobilisation des professionnels de santé en charge du suivi de la grossesse. Le taux d'entretien atteint seulement 47 % lorsque des sages-femmes libérales assurent ce suivi, 24,7 % lorsqu'il est exercé par des médecins ou des sages-femmes en PMI. Ces résultats singuliers peuvent s'expliquer par l'insuffisante formation des professionnels de santé aux enjeux et à la conduite de ces entretiens, en dépit de ce que prévoyait la loi en 2007¹³⁴. La formation initiale des médecins ne comporte aucun module consacré à ce dispositif¹³⁵, contrairement aux sages-femmes¹³⁶. L'entretien prénatal précoce a bien été inscrit dans les orientations nationales de la formation hospitalière dès 2022 mais l'offre institutionnelle de formation continue apparaît toutefois limitée. La portée des dispositifs spécifiques régionaux en périnatalité (DSRP) reste difficile à apprécier, faute de recensement national de leurs bénéficiaires.

Enfin, la mobilisation des pouvoirs publics autour de l'entretien prénatal précoce ne s'est jamais traduite par une évaluation précise des suites qui y sont données ni de son efficacité. Une telle démarche serait toutefois d'autant plus utile que les modalités de communication des résultats aux professionnels de santé intervenant dans la suite du parcours de soins sont laissées à la libre appréciation de chaque praticien conduisant l'entretien, avec le risque d'une hétérogénéité des pratiques et d'une altération de l'information, voire de son absence.

2 - L'entretien postnatal précoce : un déploiement limité

La Haute autorité de santé a formulé des recommandations de bonne pratique dès 2014 sur les « *conditions et l'organisation du retour à*

¹³³ Sites Internet de l'assurance maladie (www.ameli.fr) et des 1 000 jours (www.1000-premiers-jours.fr). La CPAM du Val-d'Oise transmet mensuellement à ses assurées un message électronique contenant les informations relatives à l'entretien prénatal précoce.

¹³⁴ La loi du 5 mars 2007 a instauré l'entretien prénatal précoce en précisant qu'il « *peut être assuré par une sage-femme ou par un médecin du secteur hospitalier, libéral, ou de PMI, formé spécifiquement à cet entretien [...]* ». Sur cette base, la DGS avait formalisé en 2008 un référentiel de formation à l'intention des réseaux de santé périnatale. La généralisation de ce dispositif par la loi du 14 mars 2016 n'a pas repris ces exigences.

¹³⁵ Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômés d'études spécialisées.

¹³⁶ Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État de sage-femme.

domicile des mères et de leurs nouveau-nés ». L'entretien postnatal précoce fait partie, depuis le 1^{er} juillet 2022, des examens visant à détecter les signes de la dépression *post-partum* ou l'existence de facteurs de risques qui y exposent¹³⁷.

La mise en place récente de ce nouvel entretien ne permet pas encore d'en mesurer l'effectivité ni l'efficacité, une démarche d'évaluation restant à mettre en œuvre au même titre que pour l'entretien prénatal. Sa création s'est traduite par l'introduction des actes correspondants au sein de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), mais seulement pour l'instant pour les entretiens réalisés par les sages-femmes. Faute de cotation, la réalisation de ces entretiens par les médecins, pourtant voulu par le législateur, risque de rester théorique.

Les modalités de mise en œuvre de l'entretien postnatal précoce

Comme l'entretien prénatal précoce, il est réalisé par un médecin ou une sage-femme. Il comporte deux volets successifs : le premier, légalement obligatoire, intervient entre les quatrième et huitième semaines qui suivent l'accouchement ; le second peut être proposé, entre les dixième et quatorzième semaines qui suivent l'accouchement, aux femmes primipares ou pour lesquelles ont été constatés des signes de la dépression du *postpartum*.

B - Des mesures de prévention à l'efficacité encore réduite

1 - Des mesures de dépistage et de vaccination aux résultats contrastés

S'agissant de la prévention des pathologies maternelles, les données déclaratives de l'enquête nationale périnatale (ENP) 2021 montrent que la part des femmes ayant bénéficié d'un dépistage du diabète gestationnel s'accroît, atteignant 76,1 % en 2021 contre 73,2 % en 2016¹³⁸. Cette évolution pourrait être liée à l'augmentation des facteurs de risques maternels tels que l'âge et l'obésité. La quasi-totalité (98 %) des femmes enceintes bénéficie d'un dépistage de la syphilis pendant la grossesse, ce qui est satisfaisant au regard des risques importants de cette pathologie, susceptible d'entraîner des fausses couches et des anomalies fœtales. En

¹³⁷ Article L. 2122-1 du code de la santé publique créé par la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

¹³⁸ Âge supérieur à 35 ans, surpoids, antécédent familial de diabète au premier degré, antécédent personnel de diabète gestationnel ou d'enfant macrosome (CNGOF, 2010 selon ENP 2021).

revanche, le dépistage du cancer du col de l'utérus, dont la grossesse pourrait constituer une occasion privilégiée, est devenu moins fréquent, la part de femmes déclarant ne pas en avoir bénéficié dans les trois dernières années passant de 19,7 % en 2016 à 35,8 % en 2021.

Concernant les dépistages prénatals des pathologies de l'enfant, l'évolution est positive. En particulier, la part de femmes bénéficiant d'un dépistage de la trisomie 21 s'est accrue, de 86,5 % en 2016 à 90,9 % en 2021. Les motifs de non-réalisation de cet examen ont évolué lors de la décennie écoulée. Alors que le dépistage était moins souvent proposé aux femmes nées hors de France¹³⁹, le non-dépistage correspond aujourd'hui majoritairement à un refus (65,6 %) ou à une consultation trop tardive (14,9 %).

Les mesures de vaccination présentent, en revanche, des résultats peu satisfaisants, qu'il s'agisse de la grippe saisonnière, de la coqueluche ou de la covid 19.

Prise en charge par l'assurance maladie et recommandée par le Haut conseil de la santé publique (HCSP) depuis 2012 quel que soit le trimestre de grossesse¹⁴⁰, la vaccination contre la grippe saisonnière permet de protéger les femmes enceintes, pour lesquelles le risque d'hospitalisation pour complications au cours de la grippe est deux à huit fois plus élevé que pour les femmes du même âge non enceintes. La vaccination couvre également les nouveau-nés pendant les six mois suivant leur naissance. La vaccination contre la grippe saisonnière est néanmoins lacunaire. En 2021, plus de 30 % des femmes ont été vaccinées, contre seulement 7,4 % en 2016. Ce résultat reste toutefois faible comparativement aux États-Unis (53,6 % en 2016¹⁴¹) ou à la Belgique (47,2 %¹⁴²). L'évolution positive a pu en outre être influencée favorablement par le contexte de la pandémie de covid 19.

Concernant la vaccination contre la coqueluche, près de 70 % des femmes déclarent en avoir bénéficié au cours des dix dernières années.

¹³⁹ Enquêtes nationales périnatales 2010 et 2016.

¹⁴⁰ Haut Conseil de la santé publique, *Avis relatif à l'actualisation de la vaccination contre la grippe saisonnière dans certaines populations (femmes enceintes et personnes obèses)*, 16 février 2012.

¹⁴¹ Ding et al. (2017). *Influenza Vaccination Coverage Among Pregnant Women — United States, 2016–17 Influenza Season*. MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report, 66(38), 1016–1022.

¹⁴² Il s'agit plus spécifiquement d'une étude concernant la seule région flamande. Maertens et al (2018). *Coverage of recommended vaccines during pregnancy in Flanders, Belgium. Fairly good but can we do better?*. Vaccine.

Cette infection respiratoire, susceptible d'être mortelle pour le nourrisson, justifie un haut niveau de couverture vaccinale. En 2021, la vaccination était à jour avant la grossesse pour 48,8 % des femmes, et 17,1 % étaient vaccinées après l'accouchement. Le nombre de femmes vaccinées pendant la grossesse était alors très faible (1,4 %), ce qui était toutefois conforme aux recommandations sanitaires de l'époque. Compte tenu de l'efficacité de la vaccination en cours de grossesse, et même si la femme en avait déjà fait l'objet peu de temps avant, la Haute autorité de santé a formulé de nouvelles recommandations en 2022¹⁴³. Les pratiques et couvertures vaccinales des femmes devraient dès lors évoluer au cours des prochaines années, sous réserve d'une communication adaptée.

S'agissant de la vaccination contre la covid 19, les recommandations ont été progressivement élargies pour être finalement étendues à l'ensemble des femmes enceintes, quel que soit le stade de leur grossesse, ainsi qu'aux femmes ayant un désir de grossesse¹⁴⁴. Cette vaccination est justifiée au regard du risque accru de complications liées à la maladie, susceptibles de conduire à des admissions en soins intensifs et au décès des mères, ainsi qu'à des risques d'accouchement prématuré, de césarienne et de décès des nouveau-nés à la naissance¹⁴⁵. Néanmoins, en janvier 2022, le taux de vaccination des femmes enceintes apparaissait encore faible, 29,8 % n'ayant alors reçu aucune dose de vaccin. Le taux de vaccination est très inférieur à celui des femmes de même âge non-enceintes, et particulièrement bas pour les plus jeunes, les plus défavorisées, celles résidant dans les départements et région d'outre-mer, en région Provence-Alpes-Côte d'Azur ou en Corse¹⁴⁶. La grossesse semble constituer un frein à la vaccination, par crainte d'effets secondaires, alors même qu'elle est fortement recommandée par les autorités sanitaires. La promotion de la vaccination de la femme enceinte doit donc être renforcée, comme l'a récemment rappelé le ministère dans une note à destination des professionnels de santé¹⁴⁷.

¹⁴³ HAS, *Recommandation vaccinale contre la coqueluche chez la femme enceinte*, 2022.

¹⁴⁴ Avis du Collège national des gynécologues et obstétriciens (CNGOF), 17 novembre 2021, et note du Conseil d'orientation de la stratégie vaccinale (COSV), 2 février 2022.

¹⁴⁵ DGS-Urgent, *Vaccination des femmes enceintes*, 22 février 2022.

¹⁴⁶ Epi-Phare, *Taux de vaccination pour la covid 19 des femmes enceintes en France*, 15 février 2022.

¹⁴⁷ Ministère des solidarités et de la santé, *Vaccination contre le covid 19 et Maternité*, 31 juillet 2023.

Enfin, le dépistage néonatal des maladies rares s'est généralisé. En 2021, sur les 747 110 naissances recensées, il a permis de dépister 1 165 enfants malades, soit un malade pour 641 naissances¹⁴⁸.

Un dépistage néonatal des maladies rares élargi

Une maladie rare est entendue comme une pathologie touchant moins d'une personne sur 2 000 en population générale, selon la définition retenue par l'Organisation mondiale de la santé. Le dépistage néonatal vise à détecter, dès la naissance, certaines de ces maladies, souvent d'origine génétique, dans le but de mettre en œuvre, avant l'apparition de symptômes, des mesures permettant d'éviter ou de limiter les conséquences négatives sur la santé des enfants¹⁴⁹. En France, où environ 1 000 enfants sont concernés chaque année, le dépistage néonatal est organisé dans le cadre d'un programme national dont la gestion est confiée au centre national de coordination du dépistage néonatal (CNCND) depuis 2018. Ce programme a été renforcé à compter de 2023, avec une extension de 7 à 13 maladies à la suite des recommandations formulées par la Haute autorité de santé en 2020¹⁵⁰.

Le dépistage néonatal est réalisé de façon quasi exhaustive auprès des nouveau-nés. Le CNCND souligne que le nombre de refus du dépistage reste marginal (378 en 2021), en augmentation néanmoins par rapport aux années précédentes.

2 - Des messages de prévention qui peinent à atteindre les publics à risque

Certaines recommandations, de nature à réduire les facteurs de risques et les complications en matière de santé périnatale, apparaissent d'une portée limitée, du fait d'une insuffisante diffusion, en particulier auprès des publics les plus à risque.

¹⁴⁸ CNCND, Rapport d'activité 2021.

¹⁴⁹ Arrêté du 22 février 2018 relatif à l'organisation du programme national de dépistage néonatal recourant à des examens de biologie médicale.

¹⁵⁰ HAS, *Évaluation a priori de l'extension du dépistage néonatal à une ou plusieurs erreurs innées du métabolisme par spectrométrie de masse en tandem*. Volet 2, février 2020. La méthodologie d'évaluation employée par la HAS est décrite dans son guide méthodologique paru en mars 2023. Voir HAS, *Dépistage néonatal : critères d'évaluation pour l'intégration de nouvelles maladies au programme national du dépistage à la naissance*, 16 mars 2023.

S'agissant de la consommation d'alcool, et malgré sa toxicité pour la grossesse, 42,7 % des femmes déclarent ne pas avoir reçu de conseils en la matière et 21,9 % avoir été avisées de ne pas boire du tout d'alcool¹⁵¹.

Malgré un nombre important de femmes en surpoids, obèses ou affectées par un diabète gestationnel, la part des femmes ayant bénéficié d'une consultation ou d'une réunion d'information consacrée à la diététique reste faible selon l'ENP 2021 (14,8 %).

La prévention du cytomégalo virus (CMV), infection susceptible d'avoir des effets négatifs sur le développement du fœtus et sur l'état de santé de l'enfant après la naissance, devrait faire l'objet d'une meilleure diffusion. Son dépistage ne fait pas l'objet de recommandations formelles de la part des autorités sanitaires¹⁵² et sa prévention repose sur des mesures d'hygiène qui devraient être expliquées à toutes les femmes enceintes ou ayant un projet de grossesse¹⁵³. Selon l'ENP 2021, seulement 16 % des femmes déclaraient avoir reçu des conseils pour en limiter la transmission.

Enfin, les mesures de supplémentation en vitamine B9 ou acide folique, dont le rôle positif est démontré dans la prévention des malformations congénitales de l'enfant, semblent avoir une portée encore limitée auprès des femmes souhaitant avoir un enfant. 28 % déclarent en avoir consommé avant leur grossesse en 2021¹⁵⁴.

Des initiatives locales salutaires

Les acteurs de la santé périnatale rencontrés par la Cour dans son enquête soulignent la complexité du portage des messages de prévention auprès des femmes enceintes les plus précaires et la nécessité de les inscrire dans la durée.

Des campagnes de prévention ont été mises en œuvre localement, incluant des enjeux de santé périnatale. En Guyane, l'agence régionale de santé a développé une stratégie régionale 2022-2024 sur la santé sexuelle, déclinée en actions concrètes répondant aux problématiques spécifiques de ce territoire (entrée précoce dans la vie sexuelle, taux de fécondité élevé, accès inégal aux soins).

¹⁵¹ ENP 2021.

¹⁵² HCSP, 2018 selon ENP 2021.

¹⁵³ HCSP, 2018, et CNGOF, 2019, selon ENP 2021.

¹⁵⁴ Annexe n° 9.

Afin de faciliter le suivi des femmes enceintes, certaines caisses locales de sécurité sociale mettent en place des initiatives innovantes et développent des logiques proactives, les conduisant à aller vers les publics les plus éloignés des parcours institutionnels et de soins¹⁵⁵.

Enfin, certains outils de suivi peuvent avoir été adaptés aux spécificités locales en matière de prise en charge des femmes enceintes. Les carnets de grossesse en Guadeloupe et en Guyane comportent des informations enrichies et des messages de prévention spécifiques, parfois déclinés dans plusieurs langues.

III - Adapter la prévention et l'accompagnement parental

La mise en évidence de facteurs de risques périnataux en progression globale, majorés par des vulnérabilités sociales et territoriales, justifie une réponse adaptée des pouvoirs publics et des professionnels de santé dans la stratégie de prévention et de prise en charge. Les dispositifs d'accompagnement et de soutien parental doivent par ailleurs être appréhendés différemment pour que leur pleine efficacité soit assurée.

A - Concentrer la prévention sur les facteurs de risques les plus importants

Plusieurs éléments sont à prendre en compte. Le taux d'obésité ou de surpoids des femmes enceintes est important – en sus de prises de poids inadaptées pendant la grossesse – tandis que certaines consommations, notamment tabagiques et alcooliques, restent à des niveaux élevés. Ces facteurs de risques accrus ont un impact sur la santé des mères comme sur celle des nouveau-nés, et peuvent peser sur la mortalité infantile. L'analyse de leurs caractéristiques trace donc des pistes pour mieux orienter la prévention, l'information et la pédagogie mises en œuvre.

Afin d'encourager le traitement des addictions et la réduction des conduites à risque pendant la grossesse, le rôle des professionnels de santé est déterminant. Or, l'action de prévention est inégale selon les facteurs de risques considérés. Par exemple, selon l'enquête nationale périnatale de 2021, les professionnels de santé sont de plus en plus nombreux à

¹⁵⁵ Annexe n° 10.

interroger les patientes sur leur consommation de tabac (+ 12,1 points entre 2016 et 2021) et d'alcool (+ 6,8 points) pendant la grossesse. Mais seulement 73,9 % des femmes déclarent avoir été interrogées sur leur consommation d'alcool, contre 91,9 % sur leur tabagisme. Ces résultats montrent les efforts restant à accomplir en matière de prévention de la consommation d'alcool au cours de la grossesse¹⁵⁶.

Sur le plan de la prévention globale, une action plus vigoureuse des pouvoirs publics doit être engagée pour la promotion des recommandations sanitaires, dont certaines restent peu appliquées, et pour la mise en place d'une réglementation plus protectrice des populations. Une étude récente, analysant les campagnes de communication sur les couches pour les enfants sur la période 2022-2023, souligne que 80 % des publicités présentant des photos de nourrissons endormis ne sont pas conformes aux recommandations visant à prévenir le phénomène de mort inattendue du nourrisson¹⁵⁷. Le taux français est légèrement supérieur à la moyenne des pays européens analysés. Les auteurs de ce travail rappellent que la réglementation européenne¹⁵⁸ encadre les modalités publicitaires en matière de préparations alimentaires pour nourrisson de nature commerciale, afin d'encourager l'allaitement maternel.

Enfin, le poids des inégalités socio-territoriales souligne l'importance, pour les pouvoirs publics et professionnels de santé, d'être particulièrement vigilants quant aux modalités et à la qualité du suivi de la grossesse des femmes présentant des facteurs de précarité, qui figurent parmi les publics les plus concernés par les facteurs de risques périnataux.

¹⁵⁶ S. Popova, S. Lange, C. Probst, G. Gmel, J. Rehm, *Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome : a systematic review and meta-analysis*, Lancet Glob Health. 2017;5(3):e290-e9. Cité par Santé Publique France, *Consommation d'alcool chez la femme enceinte et conséquences sur le nouveau-né*, Études et enquêtes, septembre 2019.

¹⁵⁷ S. de Visme et al., *Inconsistency Between Pictures on Baby Diaper Packaging in Europe and Safe Infant Sleep Recommendations*, The Journal of Pediatrics, Volume 264, 2024.

¹⁵⁸ Règlement délégué (UE) 2016/127 complétant le règlement (UE) no 609/2013 en ce qui concerne les exigences spécifiques en matière de composition et d'information applicables aux préparations pour nourrissons et aux préparations de suite et les exigences portant sur les informations relatives à l'alimentation des nourrissons et des enfants en bas âge

B - Des dispositifs d'accompagnement parental à rendre plus compréhensibles et accessibles

La littérature scientifique relève l'importance de la fonction parentale pour le développement physique et mental de l'enfant. Les soins parentaux et les interactions parent-enfant contribuent, dès les premiers mois de vie, à prévenir l'apparition de troubles psychologiques et comportementaux à l'adolescence ou à l'âge adulte¹⁵⁹.

Dans la période récente, la publication d'une stratégie nationale de soutien à la parentalité¹⁶⁰ et l'identification d'un axe correspondant dans la stratégie des « 1 000 premiers jours » marquent une mobilisation des pouvoirs publics sur ces questions. En 2021, celle-ci s'est notamment traduite par la définition légale de la notion de soutien à la parentalité. La place dans la politique familiale de certains dispositifs qui y contribuent a été consacrée par la loi aux côtés des modes d'accueil du jeune enfant et des aides financières¹⁶¹. En 2022, ces dispositions ont été complétées par une charte nationale déterminant les principes généraux auxquels les pratiques à destination des familles doivent concrètement se conformer¹⁶².

1 - Une nécessaire optimisation des modalités de soutien à la parentalité

a) De nombreux acteurs à mieux coordonner

La mise en œuvre de cette démarche relève de nombreux acteurs, à la confluence des champs d'intervention sociale et sanitaire. Pour la partie sociale, cela se traduit par divers dispositifs développés par la branche famille du régime général de sécurité sociale (notamment les réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents – Reaap – et les lieux d'accueil enfants-parents – Laep) et par des interventions à domicile¹⁶³,

¹⁵⁹ MH. Bornstein, CS. Tamis-LeMonda (1989). *Maternal responsiveness and cognitive development in children*. In MH. Bornstein (Ed.), *Maternal responsiveness: Characteristics and consequences* (pp. 49–61). Jossey-Bass ; M. Hoggugh, AN Speight, *Good enough parenting for all children--a strategy for a healthier society*, Arch Dis Child. 1998 Apr ;78(4) : 293-6.

¹⁶⁰ Stratégie nationale de soutien à la parentalité 2018-2022, *Dessine-moi un parent*, Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), 2018.

¹⁶¹ Article L. 214-1-2 du code de l'action sociale et des familles, créé par l'ordonnance du 19 mai 2021 relative aux services aux familles.

¹⁶² Arrêté du 9 mars 2022 portant création d'une charte nationale de soutien à la parentalité.

¹⁶³ Annexe n° 11.

mesures traduites dans des conventions territoriales globales qui définissent des projets sociaux locaux en partenariat avec les caisses d'allocation familiale. L'accompagnement parental s'inscrit aussi dans une perspective sanitaire et médico-sociale¹⁶⁴ qui mobilise les agences régionales de santé, l'assurance maladie, les services de PMI et tous les professionnels de santé amenés à rencontrer les familles. Les actions entreprises relèvent alors des projets régionaux de santé et, à l'échelle communale, des contrats locaux de santé.

Cette pluralité d'acteurs doit être coordonnée pour bien fonctionner. Ce besoin est d'autant plus fort que les dispositifs peuvent parfois relever simultanément du sanitaire et du social, comme c'est le cas du programme *Je M'ALImeNte bien pour bien grandir* (Malin), accompagné par la branche famille, ou de l'expérimentation *Besoin d'attachement et santé de l'enfant* (Base), financée par l'agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine¹⁶⁵.

Dans un contexte où la collaboration des acteurs reste limitée à l'information des parents¹⁶⁶, la récente création des comités départementaux des services aux familles va dans le sens d'un plus grand décloisonnement¹⁶⁷. Sur le fond, cette nouvelle logique mériterait cependant de se traduire dans une meilleure articulation des projets stratégiques locaux. Les contrats locaux de santé et les conventions territoriales globales pourraient par exemple être regroupés au sein de conventions socio-sanitaires uniques, comme l'a récemment expérimenté le département de la Vendée en matière d'accès aux droits et aux soins.

b) Des efforts à concentrer sur les dispositifs les plus efficaces

Les lieux d'accueil enfants-parents sont conçus pour recevoir, sans inscription et souvent gratuitement, les enfants accompagnés de leurs parents, la plupart étant intégrés dans des structures déjà existantes (relais

¹⁶⁴ HAS, recommandations professionnelles, *Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)*, novembre 2005.

¹⁶⁵ Le programme Malin, dans lequel sont engagées 14 CAF depuis 2021, relève de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté, et du programme national nutrition santé. Il a pour objectif d'aider les familles, notamment celles en situation de précarité financière, à améliorer leur nutrition. Pour sa part, le projet Base vise, depuis 2021, à accompagner les futurs et jeunes parents à s'ajuster aux besoins psychoaffectifs essentiels de l'enfant en déployant, durant la période périnatale et la petite enfance (3-6 ans), des parcours de soins préventifs au sein de lieux de soutien à la parentalité.

¹⁶⁶ Annexe n° 12.

¹⁶⁷ Décret du 14 décembre 2021 relatif à la gouvernance des services aux familles et au métier d'assistant maternel.

petite enfance, crèche, service de PMI, centres sociaux, etc.). La couverture du territoire par ces dispositifs est toutefois inférieure aux objectifs que s'est fixée la branche famille, ce que la convention d'objectifs et de gestion 2023-2027 cherche à améliorer. Cette démarche intervient toutefois dans un contexte où l'efficacité de ces espaces n'a jamais été évaluée¹⁶⁸.

Parallèlement, de nombreuses initiatives locales de soutien à la parentalité, souvent associatives, sont prises dans le cadre des réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents, dispositifs départementaux supposés garantir la cohérence des actions mises en œuvre¹⁶⁹. Selon une récente étude¹⁷⁰, ces mesures présentent toutefois de nombreuses faiblesses : fortes disparités territoriales, ciblage fréquent en direction de certains publics malgré l'universalité théorique de la démarche, défaut de lisibilité ou encore méconnaissance de la part des professionnels de santé. De surcroît, comme les lieux d'accueil enfants-parents, elles ne font l'objet d'aucune évaluation.

En définitive, la lisibilité et l'articulation entre eux des dispositifs de soutien à la parentalité mis en œuvre par la branche famille mériteraient d'être renforcées, en évaluant périodiquement leur incidence sanitaire et sociale, notamment par les comités départementaux des services aux familles, afin de réduire l'offre aux plus efficaces.

2 - Des lieux de mise en œuvre à rationaliser

Le soutien à la parentalité se caractérise par la diversité des lieux dans lesquels il s'exerce. Au-delà de ceux accueillant les lieux d'accueil enfants-parents (Laep), de multiples espaces aux dénominations variées ont émergé partout sur le territoire à la faveur des aides financières octroyées par la branche famille, avec des objectifs similaires d'accueil des familles et de coordination des actions d'accompagnement (« maisons des familles », « espaces des parents », « espaces familles »). S'y ajoutent,

¹⁶⁸ Les études disponibles restent centrées sur l'organisation de ces dispositifs et la typologie de leurs bénéficiaires. Cnaf-DSER, *Des espaces pour favoriser le lien entre les parents et leurs enfants : les Laep en 2018 - Résultats d'étude quantitative*, L'essentiel n° 213-2022, Collection Statistiques. Cnaf-DSER, *Le lieu d'accueil enfants-parents, un espace collectif de valorisation et de soutien des parents - Résultats d'étude qualitative*, L'essentiel n° 214-2022, Collection Études et Recherche.

¹⁶⁹ Ces initiatives s'adressent à toutes les familles et peuvent prendre des formes variées, telles que des groupes d'échanges et d'entraide entre parents ou des ateliers partagés parents-enfants autour d'activités collectives.

¹⁷⁰ C. Ingles et A. Raynaud, *L'enfant et sa famille au cœur d'un vaste écosystème, Développement d'une base d'habiletés des acteurs du soutien à la parentalité*, étude réalisée à la demande de la DGCS, 13 avril 2023.

depuis 2021, les « maisons des 1 000 premiers jours », dont le développement constitue l'une des priorités de la caisse nationale d'allocation familiale (Cnaf) pour offrir, dans un lieu unique, un panel de services de soutien à la parentalité pouvant aller jusqu'à l'organisation d'une antenne de la PMI. Au total, en 2022, 186 lieux de mise en œuvre du soutien à la parentalité, dont 10 « maisons des 1 000 premiers jours », étaient financés par les caisses d'allocation familiale dans 61 départements, pour un montant total de 4 M€ (contre 2,5 M€ en 2021 et 1,7 M€ en 2020).

Les regroupements que supposent les « maisons des 1 000 premiers jours » constituent un moyen d'assurer une offre qui soit, pour les parents, plus simple et plus visible. Il faudrait, pour atteindre pleinement cet objectif, que ces nouvelles structures se substituent, à terme, à toutes celles proposant déjà des services similaires. Il faudrait aussi que les parents, où qu'ils se situent, identifient facilement ce que leur offrent les « maisons des 1 000 premiers jours » et à quel endroit elles se trouvent. Or, il n'en existe pas de modèle unique, ni sur la forme – plusieurs types d'établissement pouvant choisir de le devenir (centre de PMI, relais petite enfance, maison des parents, centre social, crèche, etc.) pour tout ou partie de leur activité – ni sur le fond, la nature des services proposés étant laissée à l'appréciation de chaque structure.

Afin de garantir la lisibilité des dispositifs de soutien à la parentalité et d'éviter la dispersion des moyens qui y sont consacrés, il conviendrait de rassembler toutes les structures existantes dans une même zone géographique au sein de « maisons des 1 000 premiers jours », proposant un socle commun de services défini par les pouvoirs publics. Cette unité de lieu pourrait trouver son siège au sein des services de PMI, comme cela se fait déjà, et permet de renforcer le rôle des PMI en matière de santé périnatale. Les services de PMI présentent en effet l'avantage de faciliter, si nécessaire, l'orientation vers des professionnels de santé présents sur place. Il conviendrait alors de faire évoluer la réglementation relative au financement des services de PMI en y incluant la possibilité pour les caisses d'allocation familiale d'y contribuer au titre d'actions de soutien à la parentalité clairement définies.

**L'expérimentation de la transformation des centres de PMI en
« maisons des 1 000 premiers jours » : l'exemple de la Seine-Saint-Denis**

En 2023, la Seine-Saint-Denis a prévu d'expérimenter la transformation des centres de PMI de La Courneuve et des Lilas en « maisons des 1 000 premiers jours ». Une première phase consiste à installer dans l'espace public, pendant 18 mois, des « cabanes des 1 000 premiers jours » rattachées aux centres de PMI et situées à proximité immédiate de ces derniers. Ces lieux ont vocation à permettre à la PMI de faire connaître ses services et de proposer un aperçu de ceux que pourrait offrir une « maison des 1 000 premiers jours » : suivi de grossesse, consultations pour les jeunes enfants, mais aussi ateliers collectifs de santé communautaire, lieux d'accueil enfants-parents et autres mesures de soutien à la parentalité.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Alors que les résultats observés au plan sanitaire restent défavorables et que la natalité recule, l'accroissement des dépenses en matière de périnatalité (9,3 Md€ en 2021) pose la question de l'efficiencia de la politique mise en œuvre.

Si cette dernière était initialement structurée et mobilisatrice, elle repose aujourd'hui sur une stratégie plus diffuse. La récente mobilisation des pouvoirs publics autour de la stratégie des « 1 000 premiers jours » traduit une ambition renouvelée mais peine à répondre à toutes les difficultés qui affectent la période périnatale. Cette stratégie, orientée vers la prévention des risques psychiques et développementaux et vers la lutte contre les inégalités sociales et de santé, ignore les enjeux de qualité et de sécurité des soins périnatals, tout aussi cruciaux. Par ailleurs, l'application de la stratégie des « 1 000 premiers jours » en outre-mer suit étroitement celle mise en œuvre dans l'hexagone, sans adaptation aux vulnérabilités économiques particulières dont sont affectés ces territoires ni à leurs spécificités géographiques ou socio-culturelles.

Ce contexte éclaire les réponses à apporter à la deuxième question évaluative ainsi qu'à celles portant sur la contribution des mesures de prévention et des dispositifs d'accompagnement parental à l'amélioration de la situation périnatale de notre pays. Concernant la prévention, nombre de mesures et de recommandations sanitaires, pour certaines en vigueur de longue date, sont insuffisamment mises en œuvre et ne permettent souvent pas de toucher les publics les plus à risques (femmes en situation précaire ou cumulant certaines pathologies). C'est notamment le cas de l'entretien prénatal précoce, pourtant mis en avant par les pouvoirs publics dans le cadre des « 1 000 premiers jours ». L'accompagnement parental est un instrument de prévention qui repose sur des dispositifs qui mériteraient un renforcement, une mise en cohérence et une plus grande intelligibilité.

En conséquence, la Cour formule les recommandations suivantes :

- 5. intégrer dans la stratégie périnatale, dite des « 1 000 premiers jours », les enjeux liés à la qualité et à la sécurité des soins (ministère du travail, de la santé et des solidarités) ;*
 - 6. identifier et mettre en place des actions spécifiques pour améliorer la périnatalité en outre-mer (ministère du travail, de la santé et des solidarités, ministère de l'intérieur et des outre-mer, Cnam) ;*
 - 7. renforcer l'effectivité de la prévention périnatale, en particulier s'agissant de l'entretien prénatal précoce et des suites qui y sont données. À cette fin, développer la formation aux enjeux et à la conduite de cet entretien et préciser le protocole de communication des résultats aux professionnels de santé intervenant dans la suite du parcours de soins (ministère du travail, de la santé et des solidarités, Cnam, Santé publique France).*
-

Conclusion générale

La politique mise en œuvre par les pouvoirs publics en matière de périnatalité présente de nombreux écueils, dans un contexte d'indicateurs de santé de la mère et de l'enfant parmi les plus dégradés d'Europe. Malgré les moyens importants consacrés à cette politique (9,3 Md€), la situation apparaît globalement insatisfaisante.

Une ambition nouvelle s'est affirmée depuis 2021 à travers la stratégie des « 1 000 premiers jours ». Les mesures déployées à ce titre ont permis d'atteindre des résultats certains qui demeurent toutefois insuffisants en l'absence de prise en compte d'une stratégie d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans ce chantier.

Au soutien de ces constats, le présent rapport a répondu aux quatre questions évaluatives déterminées préalablement à l'enquête.

1. *Les facteurs explicatifs des résultats médiocres de la France en matière de santé périnatale sont-ils clairement identifiés et orientent-ils suffisamment les dispositifs de prévention et de prise en charge sanitaire de la grossesse, de l'accouchement et de la première année post-partum ?*

Faute d'un système d'information périnatal unifié et malgré l'apport précieux des enquêtes périodiques existantes, le dispositif de surveillance et d'analyse épidémiologique ne permet pas d'identifier précisément les facteurs explicatifs des résultats affichés par chacun des indicateurs de santé périnatale ni, par conséquent, d'orienter utilement l'action publique. Plusieurs facteurs de risques sont à l'œuvre dont la prévalence s'accroît fortement en France et se situe à des niveaux parfois supérieurs à ceux rencontrés ailleurs en Europe : pratiques addictives et consommations à risque, obésité et surpoids chez les femmes enceintes, prise de poids inadaptée pendant la grossesse, nombre de mères nées à l'étranger, vulnérabilités socio-économiques ou encore prématurité et petit poids à la naissance de l'enfant. Ces difficultés sont à cet égard marquées dans certains territoires, en particulier outre-mer. Il n'est toutefois pas possible de déterminer dans quelle mesure ces facteurs de risques expliquent les mauvais indicateurs de santé périnatale en France, ni leur responsabilité relative par rapport aux facteurs liés aux conditions de prise en charge et de mauvaise application des mesures de sécurité nécessaires.

2. *Dans quelle mesure l'évolution de l'organisation des soins a-t-elle permis d'améliorer la sécurité et la qualité des prises en charge et donc de réduire la mortalité périnatale, la mortalité maternelle et la morbidité maternelle sévère de manière pérenne ?*

Malgré certaines avancées, notamment en matière de psychiatrie périnatale, l'organisation des soins n'a pas suffisamment évolué dans un sens favorisant l'amélioration de la sécurité et de la qualité des prises en charge périnatales. En effet, elle repose sur des bases réglementaires rendues obsolètes par la concentration de l'activité obstétrique dans un nombre plus réduit de maternités et par l'évolution des techniques médicales de prise en charge des nouveau-nés prématurés. De plus, son évolution apparaît insuffisamment pilotée, tant du point de vue de la démographie des professionnels de santé concernés, source de désorganisation dans certaines structures, que de la cartographie des maternités et des soins critiques périnataux, dont l'évolution est imparfaitement anticipée et accompagnée. Parallèlement, les fragilités persistantes des services départementaux de PMI ne leur permettent pas de prendre une part suffisamment active dans l'amélioration des résultats de la politique de santé périnatale. Enfin, la complexité structurelle de la prise en charge périnatale, qui fait intervenir plusieurs professions de santé exerçant en ville, dans des services de PMI ou dans des établissements de santé, appelle à renforcer leur coordination et l'accompagnement individuel des femmes intéressées.

3. *En quoi les mesures de prévention primaire et secondaire des risques pouvant affecter la santé des mères et des enfants et le développement des enfants ont-elles effectivement permis de réduire les cas de morbidité grave et de mortalité à la naissance et au cours de la première année de vie ?*

Des évolutions positives peuvent être soulignées, comme l'élargissement du nombre de maladies rares faisant l'objet d'un dépistage néonatal. Mais les insuffisances des dispositifs de prévention des risques entravent l'amélioration de la santé des mères et des enfants. De nombreuses mesures de prévention promues par les autorités sanitaires (entretiens prénatal et postnatal précoces, dépistages chez la femme enceinte etc.) ont une portée limitée, leur mise en œuvre restant globalement modeste. De surcroît, ces mesures ne parviennent pas à toucher efficacement les publics les plus à risques (femmes en situation précaire ou cumulant certaines pathologies).

4. *En quoi l'accompagnement des parents, avant ou après l'accouchement, permet-il une meilleure prévention de la souffrance psychique, en particulier de la dépression du post-partum, et des troubles de la relation entre les parents et les enfants, ainsi que des violences et maltraitances sur les enfants ?*

La récente stratégie des « 1 000 premiers jours » est orientée vers la prévention des risques psychiques et développementaux liés à la période périnatale. Cependant, l'insuffisante portée de certaines mesures au cœur de cette stratégie (entretiens pré et postnatal précoces), les carences de l'offre de soins en psychiatrie périnatale, tout comme au plan social, le foisonnement des mesures et structures d'accompagnement parental, limitent la prévention et la prise en charge des phénomènes de souffrance psychique et des troubles de la relation entre les parents et les enfants.

Les sept recommandations formulées par la Cour visent à dessiner des voies de progrès au titre des enjeux soulevés par chacune des questions évaluatives.

En ce sens, la recommandation n° 1 se rattache à la première question évaluative. Les recommandations n° 2, 3, 5 et 6, se rapportent à la deuxième question évaluative. La troisième question évaluative fait l'objet de la recommandation n° 7. Enfin, la recommandation n° 4 est reliée à la quatrième question évaluative.

Liste des abréviations

AES	Accompagnant éducatif et social
AFTN	Anomalies de fermeture du tube neural
AME.....	Aide médicale d'État
ARS	Agence régionale de santé
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
Base.....	Expérimentation Besoin d'attachement et santé de l'enfant
BRSS.....	Base de remboursement de la sécurité sociale
C2S.....	Complémentaire santé solidaire
Caf.....	Caisse d'allocations familiales
CAM	Conseiller assurance maladie
CDPS.....	Centre Délocalisé de Prévention et de Soins
CépiDC	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
CGSS.....	Caisse générale de sécurité sociale
CHC	Centre hospitalier de Cayenne
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CHU	Centre hospitalier universitaire
CMP	Centre médico-psychologique
CMV	Cytomégalo virus
Cnaf.....	Caisse nationale des allocations familiales
Cnam	Caisse nationale de l'assurance maladie
CNCDN.....	Centre national de coordination du dépistage néonatal
CNGOF	Collège nationale des gynécologues et des obstétriciens français
COSV	Conseil d'orientation de la stratégie vaccinale
Cpam	Caisse primaire d'assurance maladie
CPP	Centre périnatal de proximité
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CS8, CS9, CS24	Certificats de santé de l'enfant dans ses huit premiers jours de vie, ainsi que dans ses neuvième et vingt-quatrième mois
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGOS.....	Direction générale de l'offre de soins

DMS	Durée moyenne de séjour
Drees	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
Dreets	Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités
Drom	Départements et régions d'outre-mer
DSER	Direction des statistiques, des études et de la recherche de la Cnaf
DSRP.....	Dispositifs spécifiques régionaux en périnatalité
EIGS.....	Événement indésirable grave associé aux soins
ENCMM.....	Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles
ENP	Enquête nationale périnatale
Escap	Équipes de soins coordonnées autour du patient
FFRSP	Fédération française des réseaux de santé en périnatalité
FHF	Fédération hospitalière de France
FIR	Fonds d'intervention régional
HAS.....	Haute autorité de santé
HCSP.....	Haut Conseil de la santé publique
IDE.....	Infirmier diplômé d'État
IDH	Indicateur de développement humain
IMC	Indice de masse corporelle
IMG.....	Interruption médicale de grossesse
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IVG	Interruption volontaire de grossesse
Laep.....	Lieu d'accueil enfants-parents
Malin.....	Programme Je M'ALImeNte bien pour bien grandir
MCO	Médecine, chirurgie et obstétrique
MFS.....	Mort fœtale spontanée
MIN.....	Mort inattendue du nourrisson
MSP.....	Maison de santé pluriprofessionnelle
NGAP.....	Nomenclature générale des actes professionnels
OMS	Organisation mondiale de la santé
PMI	Protection maternelle et infantile
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
Prado	Programme d'accompagnement du retour à domicile
PUMa	Protection universelle maladie

Reaap.....	Réseau d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents
Répap	Référent parcours périnatalité
RSEV	Réseau de suivi des enfants vulnérables
SA	Semaine d'aménorrhée
Saad.....	Service d'aide et d'accompagnement à domicile
SAF	Syndrome d'alcoolisation fœtale
SFN	Société française de néonatalogie
SMR	Service médical rendu
SNDS	Système national des données de santé
SNPPE.....	Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance
SNS	Stratégie nationale de santé
TCAF	Troubles causés par la consommation d'alcool
THC.....	Tétrahydrocannabinol
TISF	Technicien de l'intervention sociale et familiale
UMB	Unité mère-bébé

Annexes

Annexe n° 1 : liste des personnes rencontrées	114
Annexe n° 2 : les principaux indicateurs sanitaires relatifs à la périnatalité	132
Annexe n° 3 : réglementation concernant les unités d'obstétrique, de néonatalogie et de réanimation néonatale	135
Annexe n° 4 : maternités dont l'activité est ou a été inférieure à 300 accouchements annuels	137
Annexe n° 5 : l'hospitalisation conjointe mère-bébé et les équipes mobiles en psychiatrie périnatale	139
Annexe n° 6 : objectifs de la stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance intéressant le champ de la périnatalité.....	140
Annexe n° 7 : exemples de CPTS intégrant des actions liées aux parcours de soins en périnatalité	141
Annexe n° 8 : les parcours de soins périnatals des mères en Europe.....	142
Annexe n° 9 : la consommation d'acide folique par les femmes enceintes en France.....	144
Annexe n° 10 : initiatives d'aller-vers en matière de périnatalité, face aux complexités économiques, sociales et géographiques : l'exemple de la Guyane	146
Annexe n° 11 : le soutien parental exercé au domicile des familles	150
Annexe n° 12 : le « parcours naissance » expérimenté par les CAF et les CPAM	151

Annexe n° 1 : liste des personnes rencontrées

Ministère du travail, de la santé et des solidarités

Secrétariat général des ministères sociaux (SGMAS)

- Mme Mayalen IRON, directrice de projet « 1 000 premiers jours » au ministère du travail, de la santé et des solidarités, accompagnée de Mme Julia LEXCELLENT, stagiaire
- M. Pierre-Yves MANCHON, adjoint de la directrice de projet « 1 000 premiers jours »

Direction générale de la santé (DGS)

- Mme Zinna BESSA : sous-directrice de la santé des populations et de la prévention des maladies chroniques
- Mme Caroline BUSSIERE : chef du bureau de la santé des populations et de la politique vaccinale
- Mme Nathalie RABIER-THOREAU : médecin en charge de la santé des femmes et périnatalité

Direction générale de l'offre de soins (DGOS)

- Mme Sylvie ESCALON : sous-directrice de la régulation de l'offre de soins
- Mme Sophie LEPAND : cheffe du bureau « prise en charge aigues et plateaux techniques »
- Mme Frédérique COLLOMBET-MIGEON : chargée de mission périnatalité et santé des femmes au sein du bureau « prise en charge aigues et plateaux techniques »
- M. Vincent HEMERY, adjoint au chef du bureau « Démographie et formations initiales »

Direction de la sécurité sociale (DSS)

- Mme Clélia DELPECH, sous-directrice du financement du système de soins, accompagnée de M. Sylvain VIEULES, chargé de mission
- Mme Sandrine DANET, conseillère médicale au sein de la sous-direction du financement du système de soins
- M. Yann LHOMME, chef de projet sur les expérimentations article 51
- Mme Marion MUSCAT, sous-directrice adjointe de l'accès aux soins, des prestations familiales et des accidents du travail

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)

- M. Benoît OURLIAC, sous-directeur en charge de l'observation de la santé et de l'assurance maladie
- M. Philippe RAYNAUD, chef du bureau état de santé de la population, accompagné de Mmes Jeanne FRESSON, Annick VILAIN et Sylvie REY, épidémiologistes et spécialistes des questions de périnatalité

Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)

- Mme Anne MORVAN-PARIS, sous-directrice de l'enfance et de la famille
- M. Jean-François PIERRE, adjoint au chef du bureau des familles et parentalité

Direction générale du travail (DGT)

- Mme Amel HAFID, sous-directrice des conditions de travail et de la santé au travail
- M. Bruno CAMPAGNE, adjoint au chef du bureau « relations individuelles de travail », accompagné de Mmes Sarah FEUTRY et Sylvie THEROUANNE, chargées de mission

Ministère de la transformation et de la fonction publiques*Direction générale de l'administration de la fonction publique (DGAFP)*

- M. Guillaume TINLOT, chef du service des parcours de carrière et des politiques salariales et sociales
- Mme Sophie BARON, sous-directrice des politiques sociales

Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche*Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle (DGESIP)*

- Mme Muriel POCHARD, sous-directrice de la stratégie et de la qualité des formations, accompagnée de M. François COURAUD, conseiller scientifique
- Mme Katia SIRI, cheffe du département des formations de santé
- Mme Emilie BERNARDIN-SKALEN, adjointe à la cheffe du département des formations de santé

Ministère de l'intérieur et des outre-mer*Direction générale des outre-mer (DGOM)*

- Mme Sandrine JAUMIER, adjointe à la sous-directrice des politiques publiques
- M. Pierre-Emmanuel BARTIER, chef du bureau de la cohésion sociale, de la santé et de l'enseignement (BCSSE)
- Mme Marie HERVE, chargée de mission santé, prévention et offre de soins

Sécurité sociale*Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam)*

- Mme Stéphanie DESCHAUME, directrice adjointe aux assurés
- Mme Isabelle VINCENT, responsable adjointe du département « prévention et promotion de la santé »
- M. Alain DISEGNI, directeur adjoint cabinet du directeur général
- Mme Marjorie MAZARS, statisticienne au sein du département des actes médicaux, en charge de la nomenclature
- Mme Claire TRAON, responsable adjointe du département des professions de santé
- M. Eric HAUSHALTER, responsable du département de la coordination et de l'efficacité des soins

Caisse nationale des allocations familiales (Cnaf)

- Mme Patricia CHANTIN, responsable des relations parlementaires
- Mme Edith VOISIN, responsable du pôle parentalité, enfance, jeunesse
- M. Vincent CLAUDE, conseiller en politiques enfance jeunesse et parentalité
- M. Stanislas ROUSTEAU, responsable adjoint du département insertion et cadre de vie (aide à domicile)

Agences, autorités sanitaires, autres*Agence de la biomédecine*

- M. Marc DESTENAY, directeur général par intérim

- M. Philippe JONVEAUX, directeur médical et scientifique du département procréation, embryologie et génétiques humaines
- Mme Claire DE VIENNE, médecin référent en assistance médicale à la procréation
- Mme Pascale LEVY, référente en génétique

Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

- Mme Joelle DUBOIS, cheffe de service classifications, information médicale et modèles de financement
- Mme Catherine LE GOUHIR, cheffe de projet MCO au sein du pôle classification
- M. Raphael SCHWOB, responsable du pôle MCO/HAD
- Mme Pauline RENAUD, cheffe du service « data », accompagnée de Mme Charlotte GUERINEAU, ingénieure statisticienne
- dans le service data sous la responsabilité de Mme. Renaud
- Mme Yasmine MOKADDEM, responsable du pôle de formation médicale au sein du service classification, information médicale et modèles de financement

Haute autorité de santé (HAS)

- Mme Dominique LE GULUDEC, Présidente, accompagnée de M. Alexandre FONTY, directeur de cabinet
- Mme Fabienne BARTOLI, directrice générale
- M. Pierre GABACH, chef du service « bonnes pratiques professionnelles », adjoint à la direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
- Mme Andrea LASERRE, adjointe auprès de la cheffe du service « évaluation en santé publique et évaluation des vaccins »
- Mme Emmanuelle BARA, directrice de la communication et de l'information des publics

Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP)

- M. Didier LEPELLETIER, Président
- Mme Ann PARIENTE-KHAYAT, secrétaire générale
- M. Emmanuel VIGNERON, vice-président de la commission spécialisée « Déterminants de santé et maladies non-transmissibles »
- Mme Linda CAMBON, membre du Collège du HCSP

- M. Yannick AUJARD, membre de la commission spécialisée « Santé des enfants et des jeunes/Approche populationnelle »
- Mme Sophie RUBIO-GURUNG, coordinatrice de la commission spécialisée « santé des enfants et des jeunes »

Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA)

- Mme Sylviane GIAMPINO, Présidente du Conseil de l'enfance et de l'adolescence, vice-présidente du Haut Conseil

Santé Publique France

- M. Pierre ARWIDSON, directeur adjoint de la prévention et de la promotion de la santé
- M. Yann LESTRAT, directeur de l'appui, traitements et analyses de données
- Mme Nolwenn REGNAULT, responsable de l'unité santé périnatale, petite enfance et santé mentale
- M. Thierry CARDOSO, responsable de l'unité périnatalité et petite enfance à la direction de la prévention et promotion de la santé

Conseil national des universités (CNU), section « maïeutique »

- Mme Corinne DUPONT, Présidente
- Mme Catherine DENEUX, vice-présidente
- Mme Anne CHANTRY, assesseure
- Mme Anne ROUSSEAU, deuxième sage-femme Professeure des Universités en France

Représentants des professionnels de santé, des établissements et des usagers

Conseil national de l'ordre des médecins

- M. Jean-Marcel MOURGUES, vice-président
- Mme Stéphanie RASSE, géographe de la santé
- Mme Manon BOURDIN, chargée d'études socio-démographiques

Conseil national de l'ordre des sages-femmes

- Mme Isabelle DERRENDINGER, Présidente
- M. David MEYER, chef de cabinet

Collège de la médecine générale

- Mme Julie CHASTANG, vice-présidente

Collège national des gynécologues et obstétriciens français

- Mme Joelle BELAISCH ALLART, Présidente
- M. Cyril HUISSOUD, secrétaire général
- M. Olivier MOREL, responsable de la commission « démographie »

Conseil national professionnel de pédiatrie

- M. Robert COHEN, Président
- M. Pascal LE ROUX, secrétaire général
- M. Jean-François PUJOL, secrétaire général adjoint
- M. Jean-Louis CHABERNAUD, trésorier
- Mme Nancy GRIME, trésorière adjointe
- M. Emmanuel CIXOUS, Président du Syndicat national des pédiatres des établissements hospitaliers (SNPEH)
- M. Jean-Christophe ROZE, Président de la Société française de néonatalogie
- M. Pierre CALLAMAND, secrétaire de la réunion pédiatrie Languedoc-Roussillon

Conseil national professionnel des sages-femmes

- Mme Sabine PAYSANT, Présidente
- Mme Camille DUMORTIER, Présidente de l'Organisation nationale syndicale des sages-Femmes
- Mme Isabelle FOURNIER, Présidente de l'Association Nationale des Sages-Femmes libérales
- Mme Olivia PLAISANT, Présidente de l'association « Le Temps de naître », maison de naissance (Guadeloupe)
- Mme Claudine SCHALCK, chercheuse associée au Cnam

Collège des infirmiers puériculteurs

- M. Charles EURY, Président
- Mme Michèle PRADOS, membre du conseil d'administration
- Mme Katia SABY, membre du Collège et Présidente du collectif « Je suis infirmière puéricultrice »

- Mme Elisa GUISES, Présidente de la Société de recherches des infirmières puéricultrices (SORIP)
- Mme Brigitte PRÉVOST, Présidente de l'Association nationale des puéricultrices et des étudiants (ANDPE)

Fédération hospitalière de France (FHF)

- M. Rudy CHOUVEL, adjoint au responsable du pôle « Offre de soins, Finances, FHF-Data, Recherche, E-Santé »
- M. Pascal BOLOT, membre du conseil d'administration
- Mme Véronique DEBARGE, professeur de gynécologie obstétrique à l'université de Lille 2 et au CHRU de Lille

Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD)

- Mme Edith GATBOIS, Présidente de l'association française des pédiatres en HAD
- Mme Isabelle MOREAU-GAUDRY, vice-présidence de l'association française des pédiatres en HAD

Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (FEHAP)

- M. Arnaud JOAN-GRANGE, directeur de l'offre de soins et des parcours de santé
- Mme Agnès BLONDEAU, conseillère enfance jeunesse

Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)

- M. Lamine GHARBI, Président
- Mme Frédérique GAMA, Présidente de la FHP MCO
- M. Thierry BÉCHU, délégué général
- Mme Christine SCHIBLER, déléguée générale

Fédération nationale des associations de l'aide familiale populaire (FNAAFP)

- M. François EDOUARD, vice-président
- M. Jean-Laurent CLOCHARD, responsable du pôle familles
- M. Paul-Émile DUGNAT, data scientist

Fédération des Cercles d'étude des Gynécologues Obstétriciens des Centres Hospitaliers (FECEGOCH)

- M. Vincent ZERR, Président

Fédération française des réseaux de santé en périnatalité

- Mme Margaux CREUTZ LEROY, Présidente par intérim
- M. Bernard BAILLEUX, Président du réseau périnatalité Hauts-de-France (OREHANE)
- Mme Laure BENNET, administratrice

Association Maman Blues

- Mme Elise MARCENDE, Présidente
- Mme Marinette ARDOUIN, membre du bureau national

Collectif inter-associatif autour de la naissance (CIANE)

- Mme France ARTZNER, co-présidente

Association nationale des équipes contribuant à l'action médico-sociale précoce (ANECAMSP)

- Mme Geneviève LAURENT, Présidente

Agence des nouvelles interventions sociales et de santé (ANISS)

- Mme Julie BODARD, Directrice
- M. Thomas SAIAS, expert scientifique

Plateforme "Assurer l'avenir de la PMI"

- M. Pierre SUESSER, Président du Syndicat national des médecins de PMI (SNMPMI)
- Mme Maryse BONNEFOY, coprésidente du SNMPMI
- Mme Cécile GUARRIGUES, coprésidente du SNMPMI
- Mme Chantal de VITRY, représentante de l'Association nationale des sages-femmes territoriales (ANSFT) au sein de la plateforme
- M. Laurent WOLFF, contributeur de la plateforme
- Mme Peggy ALONSO, contributrice de la plateforme
- Mme Servane LEGRAND, contributrice de la plateforme

Sociétés savantes*Académie nationale de médecine*

- M. Yves VILLE, chef du service d'obstétrique et de médecine fœtale à l'hôpital Necker-Enfants malades

Société française de médecine périnatale (SFMP)

- M. Michel DREYFUS, Président
- Mme Delphine MITANCHEZ, secrétaire générale

Société française de néonatalogie (SFN)

- M. Jean-Christophe ROZÉ, Président
- Mme Elsa KERMORVANT, vice-présidente
- Mme Juliana PATKAÏ, secrétaire générale
- M. Alain BEUCHÉE, vice-secrétaire
- M. Gilles CAMBONIE, secrétaire suppléant
- M. Pascal BOILEAU, trésorier

Association Française de Pédiatrie Ambulatoire (AFPA)

- M. Andreas WERNER, Président
- Mme Sandra BRANCATO BOUET, secrétaire adjointe
- M. Jean-François DELOBBE, trésorier adjoint
- Mme Nellie HOUETO, membre du groupe de travail « néonatalité »

Société française de chirurgie pédiatrique

- M. Guillaume PODEVIN, Président
- M. Hubert LARDY, secrétaire général
- M. Alexis ARNAUD, membre du bureau
- Mme Isabelle JAMES, membre invitée du bureau au titre de la Section française de chirurgie plastique pédiatrique

Club anesthésie réanimation obstétrique (CARO)

- Mme Estelle MORAU, Présidente

Société Marcé Francophone

- Mme Ludivine FRANCHITTO, Présidente par intérim
- Mme Christine RAINELLI, membre du conseil d'administration
- Mme Anne-Laure SUTTER DALLAY, responsable scientifique

Collège national des sages-femmes de France (CNSF)

- M. Adrien GANTOIS, Président

Entretiens en région

Île-de-France

ARS Île-de-France

- Mme Louise MARIANI, directrice de cabinet de la Directrice générale, accompagnée de Mme Mathilde DUPRÉ, cheffe de projet stratégique
- M. Arnaud CORVAISIER, directeur de l'offre de soins
- Mme Cécile CAZÉ, cheffe de projet « Appui aux dossiers stratégiques en périnatalité »
- Mme Catherine CRENN-HEBERT, référente périnatalité
- Mme Laurence DESPLANQUES, responsable du département « Périnatalité-santé de l'enfant-santé de la femme »
- M. Raphael FOSSE, chargé de mission

ORS Île-de-France

- Mme Isabelle GREMY, Directrice
- Mme Bobette MATULONGA, médecin de santé publique en charge des projets en rapport avec la santé des mères et enfants

CPAM de Seine-Saint-Denis

- M. Jean-Gabriel MOURAUD, directeur adjoint
- Mme Marie LAFAGE, sous-directrice chargée de la santé et des affaires juridiques

CPAM du Val-d'Oise

- M. Stephan DI IORIO, Directeur, accompagné de M. Stéphane IGUERT, chef de cabinet
- Mme Marianne TOUTEAU-FERY, directrice de la régulation et des relations avec les partenaires de santé
- M. Jean-Marie MONOT, directeur de la relation client et relation à la santé
- Mme Laetitia GRANCHER, chargée de mission « hôpital et médico-Social »

CAF de Seine-Saint-Denis

- M. Tanguy WYBO, sous-directeur chargé du développement territorial et du service aux allocataires

- Mme Samira KHNAGUI, responsable adjointe du département développement territorial
- Mme Naima ISKI, responsable du service aux allocataires

CAF de Seine-et-Marne

- Mme Gaëlle CHOQUER MARCHAND, directrice
- Mme Mathilde ROUSSEAU VABRE, sous-directrice des prestations et du service à l'allocataire
- Mme Laurence LASSAUGE, sous-directrice du développement social et territorial
- Mme Nadia TINDILIERE, responsable du département des interventions sociales et des services aux familles

Département de Seine-Saint-Denis

- Mme Myriam BOUALI, directrice de la direction de l'enfance et des familles
- Mme Marie PASTOR, directrice adjointe de la direction de l'enfance et des familles, chargée de la protection maternelle et infantile
- Mme Ève ROBERT, directrice générale adjointe en charge des Solidarités
- Mme Ghyslaine MERLE, médecin cheffe du service de protection maternelle et infantile

Département du Val d'Oise

- M. Patrick BOUCHARDON, directeur général des services
- M. Laurent SCHLERET, directeur général adjoint des solidarités
- Mme Florine COLOMBET, directrice de l'Enfance, de la Santé et de la Famille
- Mme Florence FORTIER-MUZEAU, médecin cheffe du service de protection maternelle et infantile

*Réseau de santé périnatal de la Seine-Saint-Denis et du Nord Seine-et-Marne,
« Naître dans l'Est francilien » (NEF)*

- Mme Aurélie BÉOSIÈRE, coordinatrice administrative

Réseau de santé périnatal du Val-d'Oise

- Mme Maryse GODREAU, coordinatrice du réseau

- Mme Laurline MATRAU, attachée de coordination pédiatrique, suivi des enfants vulnérables
- M. Thomas FEVRIER, coordinateur administratif

Réseau de santé périnatal « Solidarité Paris Maman » (SOLIPAM)

- Mme Clélia GASQUET-BLANCHARD, Directrice
- Mme Melany GABOURY, coordinatrice du réseau

Auvergne-Rhône-Alpes

ARS Auvergne-Rhône-Alpes

- Mme Nadège GRATALOUP, directrice de l'offre de soins, accompagnée de Mme Isabelle BERTRAND-SALLES, référente médicale régionale en périnatalité et pédiatrie

IREPS Auvergne-Rhône-Alpes

- Mme Doriane AESCHIMANN, Directrice générale
- Mme Elodie ROUEYRE, déléguée territoriale pour le Cantal
- M. Marc BRISSON, délégué territorial pour la Drôme
- Mme Christelle GUERAULT, déléguée territoriale pour l'Isère

ORS Auvergne-Rhône-Alpes

- Mme Carole MARTIN, Directrice
- Mme Marie-Reine FRADET, chargée d'études sur les données liées à la santé des enfants et des jeunes

CPAM de l'Isère

- Mme Hélène CARDINALE, Directrice
- M. Rémi BLANC, directeur adjoint « Santé »
- Mme Ève-Marie BEZACIER, directrice adjointe « Relation Clients et Solidarité »
- Mme Laurelou THOMAS, directrice adjointe « Stratégie et Communication »

CPAM de la Drôme

- M. Pierre-Yves MALINAS, Directeur
- Mme Maylis MANSON, directrice adjointe « Santé »
- Mme Astrid CADDoux, responsable du service de prévention

CPAM et CAF du Cantal

- M. Pascal PONS, Directeur
- Mme Elisabeth LACROIX, directrice adjointe des prestations
- Mme Isabelle VISY, responsable du service de prévention

CAF de la Drôme

- Mme Brigitte MEYSSIN, Directrice
- M. Jonathan WINO, directeur adjoint
- Mme Eléonore FAURE, responsable de l'action sociale

CAF de l'Isère

- M. Matthieu COUTELLIER, sous-directeur chargé de l'action sociale
- Mme Nathalie HOTTEBART, responsable du département des interventions sociales
- M. Loïc LACROIX, responsable adjoint du pôle parentalité et responsable de la Cité des familles au sein de la CAF
- Mme Marlène GARCIA, conseillère technique parentalité au sein du pôle parentalité, chargée du suivi des dispositifs parentalité

Département de l'Isère

- M. Alexis BARON, directeur général adjoint, chargé de la famille
- M. Yannis AMEZIANE, directeur de la jeunesse et du sport
- Mme Odile GRIETTE, médecin cheffe du service de protection maternelle et infantile
- Mme Isabelle GAUTHIER, médecin de protection maternelle et infantile

Département de la Drôme

- Mme Véronique GEOURJON REYNE, directrice générale adjointe en charge des Solidarités
- M. Frédéric MERE, directeur des Territoires d'action médico-sociale

Département du Cantal

- M. Jean-Claude ÉTIENNE, directeur général des services
- M. Daniel BOUZAT, directeur du pôle « Solidarité départementale »
- M. Hervé TRÉMOUILLE, directeur « Enfance, famille »
- Mme Cécile LAVERGNE, cheffe du service de protection maternelle et infantile

Réseau de santé périnatal Alpes-Isère

- Mme Marianne JEANNIN, coordinatrice du réseau
- Mme Ludivine PETIT, coordinatrice administrative

Réseau de santé périnatal AURORE - ECL'AUR

- M. Pascal GAUCHRAN, coordinateur médical du réseau
- Mme Corine DUPONT, coordinatrice du réseau
- Mme Isabelle JORDAN, pédiatre coordinateur
- M. Clément GUILLOT, coordinateur du réseau ECL'AUR - réseau de suivi des enfants vulnérables

Réseau de santé périnatal d'Auvergne

- Mme Françoise VENDITTELLI, Présidente
- Mme Anne LEGRAND, coordinatrice médicale du réseau
- Mme Juliette THOMAZET, coordinatrice du réseau
- M. Vincent DESDOIT, représentant des usagers (association SOS Préma)

Réseau de suivi des enfants vulnérables de l'Isère

- Mme Aurélie PION, Directrice
- Mme Aurélie CHAPELIER, assistante de coordination

Guadeloupe*ARS Guadeloupe*

- Mme Florelle BRADAMANTIS, directrice générale adjointe
- Mme Elina FORBIN RIVIERE, cheffe du service aide au pilotage du système de santé

ORS Guadeloupe

- Mme Walé CHATEAU-DEGAT KANGAMBEGA, Présidente
- Mme Corinne-Valérie PIOCHE, Directrice

CGSS de Guadeloupe

- M. Jean VERON, Directeur
- M. Joël JOURSON, directeur adjoint
- Mme Annick MINATCHY CELMA, directrice « accompagnement et prévention terrain »

- Mme Christine BRIATTE, médecin conseil

CAF de Guadeloupe

- M. Patrick DIVAD, Directeur
- Mme Corine NICOLAS, directrice de l'action sociale

Département de Guadeloupe

- Mme Katia VESPASIEN, directrice générale adjointe des solidarités
- Mme Lucie TETAHIOTUPA, directrice de l'enfance, de la famille et de la jeunesse
- Mme Odile HÉBERT, médecin de protection maternelle et infantile, secteur de Basse-Terre
- M. Didier LÉON, médecin de protection maternelle et infantile, secteur de Grande-terre
- Mme Muriel ARCHIMÈDE, auxiliaire de puériculture

Réseau de santé en périnatalité de Guadeloupe - GIP-RASPEG

- Mme Myriam CHOLLET, Directrice générale du GIP-RASPEG
- M. Jean-Claude LUCINA, Président du réseau
- Mme Marie-Laure AMETIS, coordinatrice de parcours

CHU de Guadeloupe - pôle parents-enfants

- M. Eustase JANKY, chef du pôle parents-enfants, accompagné de représentants des différents services ses équipes
- M. Jean-François CAYET, directeur « Évaluation et réponse aux besoins des populations » de l'ARS de Guadeloupe

Centre périnatal de proximité de Marie-Galante

- M. Patrick FAUSTA, Directeur par intérim du centre hospitalier Sainte-Marie de Marie-Galante
- Mme Sylvie PLUMAIN, sage-femme référente en périnatalité

Maison de naissance « Le temps de naître »

- Mme Olivia PLAISANT, sage-femme libérale, fondatrice de l'association « Le temps de naître »
- Mme Béatrice GOFFIN COPHY, sage-femme libérale, co-fondatrice de l'association « Le temps de naître »

- Mme Laurette RAMEL, sage-femme libérale, administratrice de l'association « Le temps de naître »

Collectivité de Saint-Martin

ARS de Guadeloupe – Direction territorial des îles du Nord

- M. Paul GUIBERT, Directeur territorial

Collectivité de Saint-Martin

- M. Michel PETIT, vice-président de la Collectivité de Saint-Martin, Président de la délégation « Solidarités et familles »
- Mme Natalie MARRIEN, directrice générale adjointe, responsable de la délégation « Solidarités et familles »
- Mme Eveline BANGUID, médecin cheffe du service de protection maternelle et infantile

Centre hospitalier de Saint-Martin

- Mme Carole BOCQUET, cadre supérieure de santé, sage-femme au sein de la maternité

Collectivité de Saint-Barthélemy

- Mme Pauline CODRONS, médecin cheffe du service de protection maternelle et infantile

Guyane

ARS Guyane

- Mme Clara DE BORT, directrice générale
- M. Alexandre DE LA VOLPILIERE, directeur général adjoint
- Mme Solène WIEDNER-PAPIN, directrice de la santé publique
- Mme Estelle RICHARD, directrice de l'offre de soins par intérim
- Mme Stéphanie BERNARD, sage-femme coordinatrice du réseau périnatalité de Guyane

ORS Guyane

- Mme Marie-Josiane CASTOR, Directrice
- M. Cédric DULANDEL, responsable du service information

IREPS Guyane

- Mme Marie-Claire PARRIAULT, directrice

CGSS de Guyane

- M. Jean-Xavier BELLO, Directeur
- M. Jean-François GOMEZ, directeur coordonnateur de la gestion du risque
- Mme Hélène DUPLAN, chargée de mission études et statistiques (ARS Guyane)

CAF de Guyane

- M. Philippe FERY, Directeur
- Mme Christilla BUREL, attachée de direction
- Mme Anne CINNA-PIERRE-CHARLES, directrice adjointe

Collectivité Territoriale de Guyane

- M. Grégoire MICHAU, Directeur général des services
- M. Thierry SÉBÉLOUÉ, directeur des affaires générales
- M. Lindsay OSEI, médecin chef du service de protection maternelle et infantile
- Mme Josiane DUPRÉ, directrice administrative de la protection maternelle et infantile

Centre de PMI de Cayenne – Barrat

- Mme Béatrice BONFIGLIO, infirmière puéricultrice, responsable du centre de PMI
- M. Dominique GUILLOT, médecin
- Mme Marie-Noëlle DELOR-IGUE, médecin

Réseau de santé en périnatalité de Guyane

- Mme Stéphanie BERNARD, coordinatrice du réseau

Centre hospitalier de Cayenne

- M. Christophe ROBERT, Directeur
- Mme Amandine PAPIN, directrice générale adjointe, en charge des CDPS
- Mme Caroline CARTHIER, directrice des affaires médicales
- M. Dominique DOTOU, chef du pôle femme-enfant

Centre hospitalier de l'Ouest guyanais (Saint-Laurent-du-Maroni)

- M. Jim BRUNET, directeur des ressources humaines, et les équipes du pôle « femme-mère-enfant »

Centre délocalisé de prévention et de soins (CDPS) et antenne PMI d'Apatou

- Mme Stéphanie JACQUEMIN, médecin du centre de santé - service de PMI
- Mme Louise MACÉ, infirmière au sein du centre de santé
- Mme Alexie MÉLI, infirmière au sein du service de PMI
- M. Cyril ROUSSEAU, médecin coordinateur des centres de santé

Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) Léopold, Saint-Laurent-du-Maroni

- Mme Marie-Céline PETIT, gérante
- Mme Johana GROS, sage-femme libérale

Échanges bilatéraux avec des personnalités

- M. Michel LAFORCADE, ancien directeur générale de l'ARS Nouvelle-Aquitaine
- Mme Alexandra BENACHI, chef du service gynécologie-obstétrique à l'hôpital A. Bécère à Clamart (92)
- M. Michel DREYFUS, chef du service de gynécologie-obstétrique au CHU de Caen
- M. Jean-Christophe ROZE, chef du service de médecine néonatale au CHU de Nantes
- M. Jean-Louis GERHARD, médecin chef du service de PMI de la Moselle
- M. Pierre-Yves ANCEL, directeur de l'équipe d'épidémiologie obstétricale, périnatale et pédiatrique (Équipe EPOPé Inserm UPC)
- Mme Catherine DENEUX, épidémiologiste au sein de l'équipe EPOPé Inserm UPC
- Mme Jennifer ZEITLIN, épidémiologiste au sein de l'équipe EPOPé Inserm UPC
- Mme Camille LE RAY, épidémiologiste au sein de l'équipe EPOPé Inserm UPC, gynécologue - obstétricien à la maternité de Port Royal
- M. Elie AZRIA, épidémiologiste au sein de l'équipe EPOPé Inserm UPC, gynécologue-obstétricien à la maternité du groupe hospitalier Paris Saint Joseph

Annexe n° 2 : les principaux indicateurs sanitaires relatifs à la périnatalité

La situation épidémiologique relative à la périnatalité est suivie à l'aide de quatre principaux indicateurs :

- la mortinatalité : rapport entre le nombre d'enfants mort-nés et le nombre de naissances totales. La mort fœtale peut être spontanée (MFS) ou liée à une interruption médicale de grossesse (IMG). Une des difficultés pour comparer ce taux entre les pays réside dans les définitions retenues pour construire l'indicateur. Pour le calcul des indicateurs de santé périnatale, et notamment la mortinatalité, la France utilise le double seuil - âge gestationnel à partir de 22 semaines d'aménorrhée (SA)¹⁷¹ ou poids de naissance à partir de 500g - pour l'enregistrement des naissances vivantes ou des mort-nés. Les comparaisons européennes ne retiennent, quant à elles, que le critère d'âge gestationnel et portent uniquement sur les MFS en raison de l'hétérogénéité des pratiques en matière de dépistage des anomalies congénitales et d'IMG¹⁷². En raison d'une grande variabilité de pratiques d'enregistrement des mort-nés à la limite de la viabilité, les comparaisons internationales sont limitées aux mort-nés à partir de 28 SA, ou à partir de 24 SA dans les pays avec des systèmes d'information plus développés, comme en Europe ;
- la mortalité néonatale : rapport entre le nombre d'enfants nés vivants et décédés au cours des 28 premiers jours de vie à l'ensemble des enfants nés vivants. Sont parfois distingués les taux de mortalité néonatale précoce (se limitant aux 7 premiers jours) et tardive (entre 7 et 28 jours). Certains travaux exploitent le taux de mortalité périnatale qui est le nombre total d'enfants nés sans vie et d'enfants décédés au

¹⁷¹ Le terme, ou âge gestationnel, est calculé à partir de la date des dernières règles (DDR). En pratique clinique, le terme est toujours exprimé en semaines d'aménorrhées (SA) et jours (ex. : 37 SA + 4 j). Pour les statistiques ou pour l'enregistrement des séjours hospitaliers dans le PMSI, le terme est toujours exprimé en SA révolues (ex. : 37 SA révolues comprennent tous les termes entre 37 SA + 0 j et 37 SA + 6 j). Le terme renseigne sur l'avancée d'une grossesse. À partir de 37 SA, le fœtus est considéré comme mature, la grande majorité des naissances intervenant après ce terme. La prématurité est définie par une naissance intervenant avant 37 SA, la grande prématurité et la prématurité extrême correspondant quant à elles à des naissances intervenant avant 32 SA et 28 SA respectivement.

¹⁷² Certains pays n'autorisent pas les IMG après 22 ou 24 SA alors que d'autres, comme la France, la Belgique ou le Royaume-Uni, n'imposent aucune limite d'âge gestationnel.

cours de la première semaine rapporté à l'ensemble des enfants nés vivants ou sans vie. Ce dernier indicateur, combinant la mortinatalité et la mortalité néonatale précoce, permet de prendre en compte l'ensemble des décès qui se produisent au moment de la naissance (avant, pendant ou juste après) et de limiter les effets liés à des modifications de déclaration du statut vital de l'enfant ou à des évolutions de pratiques ;

- la mortalité infantile : rapport entre le nombre d'enfants décédés au cours de la première année de vie et l'ensemble des naissances vivantes. Il s'agit d'un indicateur plus indirect de la santé périnatale puisqu'une part significative des événements de santé à l'origine de la mortalité entre 1 et 12 mois est sans lien avec la période néonatale, comme les accidents et en particulier les accidents domestiques ;
- la mortalité maternelle¹⁷³ : rapport entre le nombre de femmes décédées du fait de leur grossesse (pendant leur grossesse ou jusqu'à 42 jours après l'accouchement) et le nombre de naissances vivantes. Cette dernière définition est celle habituellement retenue pour la réalisation de comparaisons internationales. La mortalité maternelle tardive renvoie quant à elle aux décès intervenus entre 43 jours à 1 an après la fin de la grossesse. Les décès maternels restant des événements rares en Europe¹⁷⁴, des travaux visent désormais à décrire plus précisément l'état de santé maternel à travers la « morbidité maternelle sévère », qui ne fait cependant pas l'objet d'une définition consensuelle¹⁷⁵.

Au-delà des indicateurs relatifs à la mortalité, la santé périnatale peut être appréciée à l'aide d'indicateurs relatifs aux pratiques cliniques.

¹⁷³ Selon la classification « internationale des maladies (CIM), la mort maternelle se définit comme « le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite ». La mort maternelle tardive, notion introduite en 1994, se définit comme « le décès d'une femme résultant de causes obstétricales directes ou indirectes survenu plus de 42 jours, mais moins d'un an, après la terminaison de la grossesse ».

¹⁷⁴ Dans les quelques pays qui disposent de statistiques robustes sur ces événements, le ratio de mortalité maternelle est inférieur à 20 pour 100 000 naissances vivantes jusqu'à un an après l'accouchement, et autour de 7 à 9 pour 100 000 à 42 jours.

¹⁷⁵ L'Organisation mondiale de la santé définit la morbidité maternelle sévère comme « la survenue, pendant la grossesse, l'accouchement ou dans les 42 jours suivant la délivrance, d'un état pathologique mettant en jeu le pronostic vital maternel mais avec survie de la patiente ».

Le suivi du taux de césarienne, par exemple, a permis de documenter en France une augmentation du recours à cet acte chirurgical entre les années 2000 et 2010 suivie d'une stabilisation les années suivantes¹⁷⁶. Avec un taux moyen national autour de 20 % en 2018, la France se situait parmi les pays européens et de l'OCDE ayant le moins recours aux césariennes, même si des disparités géographiques étaient encore observées selon les départements.

D'autres indicateurs de pratiques comme les taux d'épisiotomie ou la durée moyenne de séjour (DMS) peuvent donner des éclairages sur l'évolution des modalités de prise en charge des mères. Ainsi, le taux d'épisiotomie est en forte baisse depuis 2000 avec un taux désormais autour de 25 % pour l'ensemble des accouchements (45 % pour le premier accouchement), témoignant d'un effort pour réduire le recours à cet acte. La durée de séjour a, quant à elle, nettement diminué entre 2003 et 2018 pour l'ensemble des accouchements, passant de 5,5 à 4,6 jours¹⁷⁷. Cette diminution a été observée aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé.

¹⁷⁶ IRDES, ATIH. *Atlas des variations de pratiques médicales en France*, 2016.

¹⁷⁷ Données Drees.

Annexe n° 3 : règlementation concernant les unités d'obstétrique, de néonatalogie et de réanimation néonatale

Dans les maternités

Un seuil minimum de 300 accouchements par an a été établi pour les autorisations en obstétrique, considérant qu'une activité trop faible ne permet pas aux professionnels d'assurer une sécurité suffisante de l'accouchement. À titre dérogatoire, des établissements réalisant moins de 300 accouchements peuvent cependant continuer à pratiquer l'obstétrique lorsque l'éloignement des maternités « impose des temps de trajet excessifs à une partie significative de la population ».

Par ailleurs, toutes les maternités se voient imposer des conditions techniques de fonctionnement, en particulier relatives aux locaux et à la qualité, au nombre et à la disponibilité des professionnels qui y exercent.

Outre les locaux de pré-travail et de travail ainsi que la salle de surveillance post interventionnelle, le secteur de naissance doit disposer de locaux d'observation et de soins immédiats aux nouveau-nés et d'une salle d'intervention pour la chirurgie obstétricale. Les conditions techniques de fonctionnement varient en fonction de l'activité de l'unité d'obstétrique. Pour une activité inférieure à 1 200 accouchements, la salle d'intervention peut ne pas être située dans le secteur de naissance mais, par exemple, dans un bloc opératoire à proximité.

C'est surtout concernant les exigences tenant aux professionnels que les conditions de fonctionnement diffèrent selon l'intensité de l'activité.

Le nombre et la nature de l'activité des sages-femmes dans une maternité dépendent de plusieurs seuils d'activité :

- moins de 1 000 accouchements par an : une sage-femme doit être présente et affectée en permanence dans le secteur de naissance ;
- plus de 1 000 accouchements : l'effectif de sages-femmes est majoré d'un poste temps plein de sage-femme pour 200 naissances supplémentaires. Et, au-delà de 2 500 naissances par an, une sage-femme supplémentaire, ayant une fonction de surveillante du secteur, coordonne les soins le jour.

Concernant les médecins en secteur de naissance, l'objectif est d'assurer la continuité des soins, avec des modalités qui diffèrent selon l'importance de l'activité. Pour les unités réalisant moins de 1 500 naissances par an, doivent être présents sur le site, sur place ou d'astreinte

un gynécologue-obstétricien, un anesthésiste-réanimateur ainsi qu'un pédiatre. Au-delà de ce seuil, il faut un gynécologue-obstétricien présent en permanence dans l'unité d'obstétrique, un anesthésiste-réanimateur présent sur le même site (ou dans l'unité, si celle-ci réalise plus de 2 000 naissances) et un pédiatre présent sur le site ou en astreinte opérationnelle.

S'agissant du personnel paramédical, au moins une aide-soignante ou une auxiliaire de puériculture est affectée au secteur de naissance. Dans toute unité, le personnel paramédical est affecté au secteur de naissance et ne peut jamais être inférieur à une aide-soignante ou une auxiliaire de puériculture, présente en permanence.

En secteur d'hospitalisation

La mère et l'enfant bénéficient en permanence de la possibilité d'intervention d'un pédiatre, d'un gynécologue-obstétricien et d'un anesthésiste-réanimateur ainsi que, en cas de besoin, d'un psychologue ou d'un psychiatre.

Le personnel comprend au moins une sage-femme, assistée d'une aide-soignante et d'une auxiliaire de puériculture le jour, et une sage-femme ou un infirmier diplômé d'État (IDE), assisté d'une auxiliaire de puériculture, la nuit.

De plus, le pédiatre est disponible 24 heures sur 24 sur appel et assure une visite quotidienne. Au minimum, une sage-femme ou un IDE, spécialisé en puériculture ou expérimenté en néonatalogie, est présent tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, auprès des enfants.

Concernant la réanimation néonatale, l'unité doit être à proximité immédiate de celle d'obstétrique, et dans le même bâtiment si elle assure aussi les soins intensifs. Elle comporte au moins 6 lits, et 12 si elle dispose de lits de soins intensifs.

En journée, l'unité dispose d'au moins un pédiatre justifiant d'une expérience attestée en néonatalogie. La nuit, le pédiatre peut être en astreinte opérationnelle. Un IDE spécialisé en puériculture ou expérimenté en néonatalogie est présent en continu pour six nouveau-nés.

Lorsque l'unité assure aussi des soins intensifs, la présence du pédiatre est continue et il y a au moins un IDE pour trois nouveau-nés.

Annexe n° 4 : maternités dont l'activité est ou a été inférieure à 300 accouchements annuels

Établissement de santé	Département-Collectivité	Niveau	Nombre d'accouchements par année					
			2016	2017	2018	2019	2020	2021
Hôpital privé Saint-Gabriel* (Cayenne)	Guyane	1	301		12	164	286	58
Centre hospitalier de Haute-Corrèze (Ussel)	Corrèze	1	193	206	165	160	158	136
Centre hospitalier Emile Borel (Saint-Affrique)	Aveyron	1	239	229	179	191	158	169
Centre hospitalier Ariège Couserans (Saint-Lizier)	Ariège	1	215	183	169	178	198	176
Centre hospitalier Vallée de la Maurienne (Saint-Jean-de-Maurienne)	Savoie	1	266	254	268	221	220	214
CHRU de Brest, Site Hôpital de Carhaix	Finistère	1	242	221	216	198	211	219
Centre hospitalier de Saint-Flour	Cantal	1	302	293	285	245	250	223
Clinique du sud de la Corse (Porto-Vecchio)	Corse du Sud	1	208	253	234	235	211	225
Centre hospitalier de Bourg-Saint-Maurice	Savoie	1	235	243	247	244	224	228
Clinique mutualiste du Médoc (Lesparre-Médoc)	Gironde	1	295	294	250	278	243	239
Centre hospitalier Saint-Nicolas (Sarrebouurg)	Moselle	1	362	336	305	334	216	260
Centre hospitalier d'Autun, Site de Parpas	Saône-et-Loire	1	283	275	238	236	259	266
Centre Hospitalier Jean Leclaire (Sarlat-la-Canéda)	Dordogne	1	241	233	232	248	224	275
Centre hospitalier de Saint-Junien	Haute-Vienne	1	340	349	319	353	321	279
Centre hospitalier intercommunal de la Lauter (Wissembouurg)	Bas-Rhin	1	318	302	323	313	309	288
Centre hospitalier de l'ouest vosgien, Site de Neufchâteau	Vosges	1	368	377	288	361	347	292
Clinique de Champagne (Troyes)	Aube	1	475	456	180	386	414	293

			Nombre d'accouchements par année					
<i>Centre hospitalier de Saint-Amand-Montrond</i>	Cher	1	319	329	325	297	309	294
<i>Clinique Saint-Louis (Ganges)**</i>	Hérault	1	282	252	282	262	324	301
<i>Centre hospitalier de Péronne</i>	Somme	1	447	430	386	393	350	303
<i>Centre hospitalier des Escartons (Briançon)</i>	Hautes-Alpes	1	336	366	340	336	291	342
<i>Centre hospitalier de Millau</i>	Aveyron	1	266	260	289	302	340	344
<i>Centre hospitalier de Saint-Palais</i>	Pyrénées-Atlantiques	1	281	280	350	340	343	350

Source : Drees, retraitement Cour des comptes.

* Consolidation des données de la Clinique Véronique et de l'Hôpital Privé Saint-Gabriel. L'année 2017 correspond à une suspension de l'activité obstétrique par les autorités sanitaires.

** L'activité de la maternité de Ganges a été suspendue fin 2022.

Annexe n° 5 : l'hospitalisation conjointe mère-bébé et les équipes mobiles en psychiatrie périnatale

Connues aussi sous le terme d'unités mère-enfant, les unités mère-bébé (UMB) de psychiatrie ont pour objectif de soigner la mère tout en en portant une attention particulière au développement de l'enfant et en évitant une séparation de la dyade. Ces unités hospitalières, souvent de petite taille (deux à huit places mère-bébé en moyenne) et rattachées aux services de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, accueillent les mères faisant face à une dépression grave ou à un autre trouble psychiatrique avéré après l'accouchement, désorganisation psychique risquant de fragiliser les premiers liens avec l'enfant et de compromettre son développement psychoaffectif. Elles peuvent aussi accueillir le père.

Les unités mobiles en psychiatrie périnatale sont des équipes pluridisciplinaires spécialisées dans la prévention et le soin pour les parents, avant comme après la naissance, et les nourrissons.

Elles leur offrent notamment un accompagnement thérapeutique vers des soins plus spécialisés en hôpital de jour ou en hospitalisation quand ils sont indiqués et peuvent prendre le relais à leur sortie. Elles ont aussi vocation à faciliter l'accès aux soins des familles qui ne viennent pas dans les consultations habituelles des centres médico-psychologiques (CMP).

Ces équipes assurent, en tant que de besoin, la coordination avec les équipes de psychiatrie générale, d'addictologie, les équipes mobiles de psychiatrie-précarité et les services hospitaliers de périnatalité (maternité, néonatalogie, pédiatrie), notamment dans le cadre des staffs médico-psycho-sociaux.

Ces équipes se distinguent par leur caractère pluridisciplinaire. Sous la responsabilité médicale d'un pédopsychiatre, elles peuvent comporter différents types de professionnels de santé : sage-femme, puéricultrice, psychologue, psychomotricien, éducateur ou assistant social.

La mobilité de ces équipes leur permet d'aller vers les parents en situation de vulnérabilité et difficiles à atteindre. En effet, si elles interviennent dans les services hospitaliers, elles peuvent aussi se rendre à domicile ou dans les substituts du domicile (centres d'hébergements d'urgence, centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), maisons parentales, rue, etc.).

Annexe n° 6 : objectifs de la stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance intéressant le champ de la périnatalité

Dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022, la circulaire du 20 février 2020 encadrant la contractualisation tripartite entre le préfet, l'ARS et le département définit 11 objectifs fondamentaux et 15 objectifs facultatifs identifiés au titre de 5 engagements, le premier d'entre eux concernant l'action précoce pour répondre aux besoins des enfants et de leurs familles.

Les objectifs fondamentaux ont été conçus comme correspondant aux missions confiées par la loi aux PMI. À ce titre, ils doivent figurer obligatoirement dans les conventions. Seules les cibles quantitatives de progression relatives à ces objectifs peuvent faire l'objet d'une négociation.

Parmi ces objectifs, certains concernent plus particulièrement le champ de la périnatalité :

- objectif n° 1 : atteindre à horizon 2022 un taux de couverture par la PMI d'au moins 20 % des entretiens prénatals précoces au niveau national ;
- objectif n° 3 : doubler au niveau national le nombre de visites à domicile pré et postnatales réalisées par des sages-femmes de PMI en faveur des familles vulnérables ;
- objectif n° 4 : permettre qu'à horizon 2022, au niveau national, au moins 15 % des enfants bénéficient de l'intervention à domicile d'infirmières puéricultrices de la PMI, notamment jusqu'aux deux ans de l'enfant et dans les familles vulnérables ;
- objectif n° 5 : permettre qu'à horizon 2023, au niveau national, au moins 20 % des enfants bénéficient de consultations infantiles en PMI correspondant à des examens de santé obligatoire du jeune enfant, en particulier pour les enfants jusqu'à deux ans.

Par ailleurs, l'objectif n° 13, facultatif et transversal, permet l'accompagnement d'actions innovantes entreprises par les PMI en soutien des objectifs fondamentaux, notamment au titre du soutien à la parentalité et de l'accompagnement des familles.

Annexe n° 7 : exemples de CPTS intégrant des actions liées aux parcours de soins en périnatalité

Certaines CPTS mettent en œuvre des actions destinées à améliorer les parcours et la prévention en santé périnatale.

À titre d'exemple, dans les Hauts-de-Seine, le projet territorial de santé de la CPTS de Nanterre comporte des actions visant à améliorer les parcours ante et post-natals, ainsi qu'à favoriser le soutien à la fonction parentale, notamment en direction des femmes en situation de vulnérabilité médico-psycho sociale ou des jeunes enfants souffrant de troubles neuro-développementaux ou psychiques. La communauté professionnelle s'organise pour promouvoir le rôle de la sage-femme référente et des centres de PMI ou pour déployer l'outil de repérage des dépressions pré et post-natales auprès des professionnels de santé et organiser l'orientation et l'accompagnement des femmes concernées.

À Paris, la CPTS constituée dans le 13^{ème} arrondissement organise des consultations non programmées de sages-femmes pour toutes les parturientes, les mères et leurs nouveau-nés afin, notamment, de les accompagner dans leur parcours de soins à l'hôpital et en ville et de participer, par exemple, à la surveillance des ictères et de l'allaitement maternel. Une équipe de sages-femmes assure ainsi une permanence de soins sans rendez-vous les samedis après-midi, dimanches et jours fériés, lorsque les autres cabinets sont fermés.

Dans la Drôme, la CPTS Solidar développe, au titre de l'organisation de parcours pluriprofessionnels autour du patient, une action relative au suivi des femmes enceintes en situation de précarité ou de vulnérabilité.

Dans le Loir-et-Cher, c'est au titre du développement d'actions de prévention que la CPTS La Salamandre met en œuvre un dispositif relatif à la périnatalité et à la petite enfance, avec l'objectif d'informer et de former les professionnels de santé concernés ainsi que d'améliorer l'accompagnement des parents.

Annexe n° 8 : les parcours de soins périnatals des mères en Europe

Le parcours de soin des mères présente des différences entre pays européens du point de vue de la prévention et du suivi pré et postnatal¹⁷⁸.

S'agissant des consultations prénatales, au Danemark, dans le cadre d'une grossesse ordinaire, huit consultations sont prévues et réalisées auprès d'un médecin et d'une sage-femme, d'autres consultations pouvant être planifiées dans certains cas. Bien que facultatives, la plupart des patientes réalisent ces consultations, qui sont gratuites.

En Allemagne, les *Mutterschaftsrichtlinien* (« directives relatives à la maternité ») prévoient 10 consultations prénatales. Des consultations préventives sont prévues toutes les quatre semaines puis toutes les deux semaines à compter de la 32^e semaine de grossesse.

En Espagne, le « guide de pratique clinique de prise en charge de la grossesse et de l'accouchement », publié par le ministère de la santé en 2014, recommande entre six et neuf consultations durant la grossesse, lorsque celle-ci ne présente pas de complications. Les régions disposent de protocoles qui leur sont propres, mais qui doivent se conformer au socle défini par les recommandations nationales.

En Angleterre, une femme enceinte de son premier enfant se voit proposer dix consultations prénatales, et sept s'il ne s'agit pas de sa première grossesse. Ces consultations ne sont pas obligatoires. En Italie, seules deux consultations prénatales sont obligatoires. Il existe en outre la possibilité d'effectuer des consultations facultatives en vue d'identifier des possibles problèmes médicaux.

Concernant les échographies, deux sont prévues dans le cadre d'un suivi normal de la grossesse au Danemark et en Angleterre. Comme en France, l'Allemagne, l'Espagne et l'Italie prévoient trois échographies (bien que dans le cas de l'Italie seules les deux premières soient remboursées). Dans l'ensemble de ces pays, des échographies complémentaires peuvent être programmées selon le risque identifié en cours de grossesse.

¹⁷⁸ Comparaison établie à partir des informations communiquées par les conseillers pour les affaires sociales (CAS) du réseau diplomatique, interrogés par la Cour des comptes en ce sens.

Après la naissance, le Danemark prévoit une visite à domicile réalisée par une sage-femme 48 à 72 heures après la naissance, pour évaluer l'état de santé de la mère et du nouveau-né, tandis qu'une consultation est prévue huit semaines après l'accouchement auprès d'un médecin généraliste pour évaluer l'état physique de la mère et l'état mental des parents.

En Allemagne, les mères sont fortement suivies pendant les semaines suivant l'accouchement (période dite du « *Wochenbett* », qui dure environ six semaines) par plusieurs professionnels de santé avant et après la sortie de l'hôpital. Le suivi est réalisé par une sage-femme et pris en charge par l'assurance maladie. Un examen par un gynécologue a lieu à l'issue du *Wochenbett*.

En Espagne, deux visites post-natales sont prévues selon les recommandations nationales dans les 40 jours suivant l'accouchement : l'une dans les 24-48h après la sortie de la maternité, la seconde en fin de période. Ces visites se font à domicile ou dans un centre de soins primaires. Elles sont coordonnées par la sage-femme.

En Angleterre, le suivi post-natal de la mère débute avec la programmation de visites à domicile ou dans un centre de santé jusqu'à ce que le nourrisson ait environ dix jours, afin de vérifier l'état de santé de la mère et de l'enfant, et d'apporter un soutien psychologique aux parents. L'examen post-natal maternel, proposé auprès d'un médecin généraliste, doit avoir lieu six à huit semaines après la naissance de l'enfant. Cette consultation donne lieu à une discussion générale sur l'état de santé mental et physique de la mère. Elle n'est pas obligatoire et de nombreuses femmes n'en profitent pas par manque d'accessibilité.

En Italie, une consultation postnatale est obligatoire, 40 jours après l'accouchement. En cas d'accouchement par césarienne, un rendez-vous préalable est également recommandé sept à dix jours après l'accouchement.

Annexe n° 9 : la consommation d'acide folique par les femmes enceintes en France

La consommation par la mère de vitamine B9, autrement désignée sous le nom d'acide folique, a des bénéfices démontrés pour le développement de l'embryon lors de la grossesse. L'effet protecteur d'une supplémentation en acide folique des femmes a été démontré pour prévenir le risque d'anomalies de fermeture du tube neural (AFTN). Il est par conséquent recommandé, chez toutes les femmes, une supplémentation en acide folique dès quatre semaines avant la conception jusqu'à huit semaines de grossesse. Les femmes bénéficient d'un remboursement partiel des folates par l'assurance maladie : le service médical rendu (SMR) de ce produit étant reconnu comme « important », sa base de remboursement de la sécurité sociale (BRSS) est fixée à un taux de 65 %¹⁷⁹.

La proportion des femmes enceintes ayant consommé de l'acide folique avant leur grossesse s'élève à 28,3 % en 2021. Elle était de 14,7 % des femmes en 2010, soit une augmentation relative de 92,5 %¹⁸⁰. Si cette dynamique d'évolution est incontestablement positive, le niveau de consommation global reste toutefois faible, considérant que l'ensemble des femmes devrait bénéficier de cette supplémentation afin de réduire la prévalence des AFTN.

La consommation de folates apparaît inégale selon le profil des femmes enceintes. Les femmes présentant un gradient social plus faible témoignent d'une moindre consommation d'acide folique. La prise d'acide folique est par ailleurs moins marquée chez les femmes de nationalité étrangère, les femmes seules, avec une couverture sociale en début de grossesse autre que la protection universelle maladie (PUMa) ainsi que chez les femmes précaires.

Il existe également des disparités territoriales importantes. Ainsi, en 2021, les pourcentages de prise d'acide folique par les femmes avant leur grossesse varient de 22,6 % dans les Hauts-de-France, à 35,3 % dans les Pays-de-la-Loire. Aucun facteur n'explique *a priori* ces importantes disparités régionales.

¹⁷⁹ Tableaux récapitulatifs des taux de remboursements, Site internet de l'Assurance maladie Ameli.fr, 17 août 2023. Base de données publique des médicaments, à jour en date du 4 septembre 2023.

¹⁸⁰ N. Lelong, M. Viaud, C. Le Ray, *Caractéristiques des femmes ayant pris de l'acide folique avant la grossesse dans l'ENP 2021, évolution depuis 2010*, Équipe EPOPE Inserm UPC, étude réalisée pour la Cour des comptes, 2023.

Enfin, les femmes primipares sont plus nombreuses à déclarer prendre une supplémentation en folates que les multipares. Ce constat est étonnant au regard de la supposée meilleure connaissance des enjeux de prévention et recommandations par les multipares, du fait de leur première grossesse.

Favoriser une consommation de folates plus large par les femmes enceintes ou avec désir d'enfant semblerait ainsi pertinent dans une démarche de prévention. Pour ce faire, une réflexion pourrait être engagée dans le sens d'une campagne de promotion auprès des femmes en âge de procréer, avec un souci particulier de communication et de pédagogie auprès des publics les plus défavorisés, ainsi qu'envisager un remboursement complet par l'assurance maladie de cette mesure de supplémentation.

Annexe n° 10 : initiatives d’aller-vers en matière de périnatalité, face aux complexités économiques, sociales et géographiques : l’exemple de la Guyane

Les enjeux de l’accès aux droits en matière de périnatalité et les actions de la CGSS de Guyane

En Guyane, au 31 décembre 2021, le nombre de bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (C2S) s’élève à 84 229 individus. Ils représentent près de 29 % de la population totale de Guyane (le nombre de bénéficiaires de la C2S est de 6,4 millions en France métropolitaine, soit environ 10 % de la population totale).

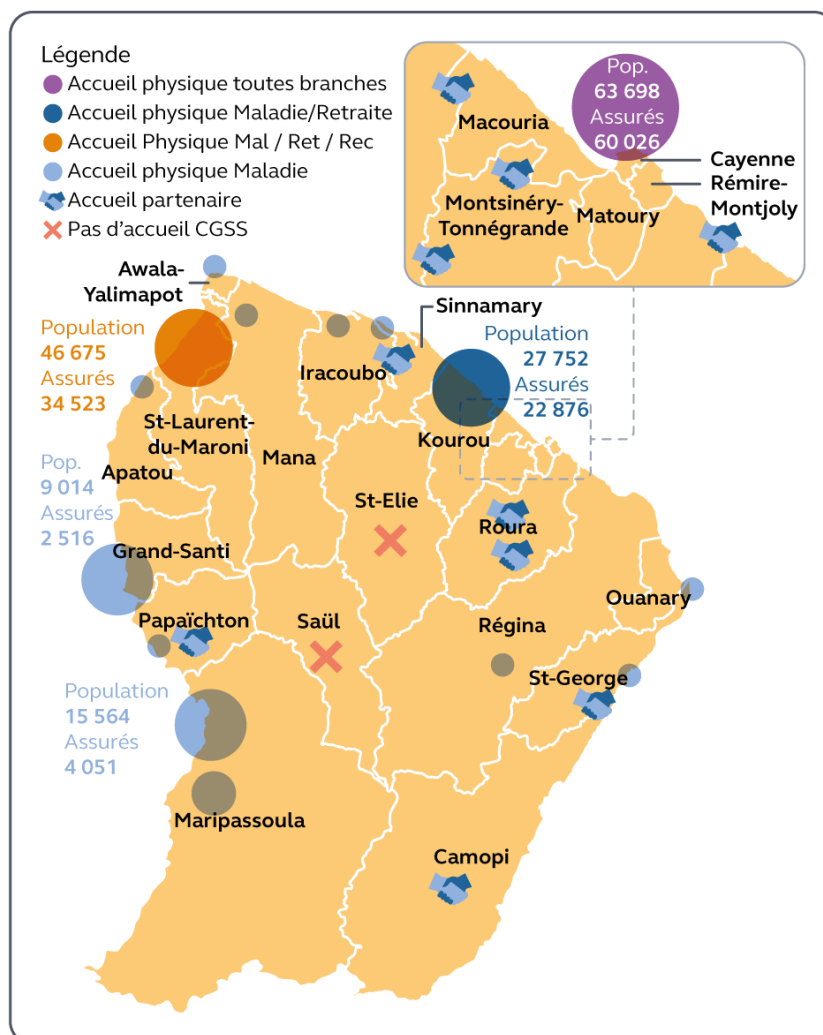
38 000 personnes bénéficiaient de l’AME en Guyane en juin 2022. Ils représentent 13 % de la population contre 0,5 % en France entière. 30 % des bénéficiaires de l’AME sont des femmes de 15 à 45 ans, en âge de procréer. Ces données soulignent les enjeux liés à la question de l’ouverture des droits en matière de périnatalité, qui peut être complexe en termes de gestion pour la CGSS comme pour ces populations.

La CGSS de Guyane souligne que les taux de couverture des individus sont faibles dans certains territoires de Guyane, du fait d’une multiplicité de facteurs tenant à l’éloignement géographique, aux difficultés de liaison entre communes, à l’éloignement administratif de territoires dépourvus d’offre de soins libérale où les patients sont pris en charge par des centres sans vérifications des droits¹⁸¹, à l’éloignement culturel ou encore à la situation irrégulière de certains habitants sur le territoire.

Pour garantir l’ouverture des droits aux individus qui en satisfont les conditions, la CGSS a mis en place un maillage large de points d’accès et propose des accueils dans différentes zones du territoire. En février 2023, seules 2 des 22 communes de Guyane, comptabilisant 417 habitants, n’ont pas d’accueil CGSS.

¹⁸¹ Centres délocalisés de prévention et de soins (CDPS) ou centres de Protection maternelle et infantile (PMI).

Carte n° 2 : maillage territorial des points d'accès et d'ouverture des droits de la CGSS Guyane



Source : CGSS Guyane.

La CGSS de Guyane met par ailleurs en place des actions « d'aller vers » assurées par des conseillers assurances maladie (CAM) qui se présentent régulièrement au sein de villages isolés en Guyane intérieure. L'objectif confié à ces CAM est de renseigner les populations sur leurs droits et de les accompagner dans leur ouverture. Malgré ces initiatives, la CGSS souligne que l'accès à certaines populations reste difficile au regard de la lenteur du processus de construction de confiance, des besoins locaux ainsi que du taux de rotation de ses propres agents.

**Les Centres Délocalisés de Prévention et de Soins (CDPS) :
la gestion d'un maillage de centre ambulatoires sur le territoire
guyanais, assuré par le Centre Hospitalier de Cayenne,
offrant un suivi sur le plan périnatal**

Le Centre hospitalier de Cayenne (CHC) assure la responsabilité et la gestion de centres ambulatoires, dénommés « Centres délocalisés de prévention et de soins » (CDPS), dont le maillage s'étend sur une grande partie du territoire guyanais. En avril 2023, il existe ainsi 17 CDPS qui assurent des prises en charge d'adultes et d'enfants, notamment en matière de santé périnatale. En 2021, les CDPS avaient assuré 179 028 consultations, 3 132 mises en observation de patients et réalisé 1 049 transferts urgents vers les structures hospitalières.

Ces centres emploient une variété de professionnels médicaux (médecins généralistes et spécialistes, sages-femmes), paramédicaux et gestionnaires. Ils ne présentent pas, sur les métiers de la périnatalité, de difficulté de recrutement comparable à celles que déclare rencontrer la PMI. Même s'ils travaillent en étroite collaboration et parfois sur une même unité de lieu (Apatou), les CDPS compensent à de nombreux égards les carences de la PMI, en difficulté pour assurer ses missions du fait des tensions sur son effectif.

La distorsion d'attractivité dans les métiers de la périnatalité entre les CDPS portés par le CHC et la PMI apparaît a priori étonnante, dans la mesure où les fonctions proposées aux professionnels de santé, le lieu d'exercice ainsi que la patientèle apparaissent en pratique sensiblement les mêmes.

Le CHC a obtenu en avril 2023 la transformation de trois de ces centres en hôpitaux de proximité (Saint Georges, Maripasoula, Grand Santi). Il est notamment prévu que ces hôpitaux de proximité bénéficient d'un accueil patient rénové et mis aux normes hospitalières, d'un plateau médico-technique (imagerie, biologie, antenne de pharmacie à usage intérieur), d'un accueil des urgences adultes, enfants et gynécologiques 24 heures sur 24, d'une unité d'hospitalisation de médecine de huit lits à Maripasoula, et six à Grand-Santi et Saint-Georges, de consultations spécialisées sur place et en télémedecine, et d'un doublement des moyens de prévention et d'aller-vers¹⁸². Adossés à ces hôpitaux de proximité, il est envisagé d'installer des centres périnatals de proximité qui seraient portés de manière conjointe par la PMI ainsi que par le CHC. Leurs missions étendues pourraient concerner la visite à domicile, l'enjeu du post-partum, le suivi psycho-social.

¹⁸² ARS Guyane, *La lettre Pro*, n° 396, 28 octobre 2022.

En complément, et articulés avec les CDPS, une équipe mobile de santé publique a été mise en place afin d'aller à la rencontre des populations isolées en Guyane intérieure. Cette équipe met en place des actions dans lesquels des binômes de professionnels de santé et de médiateurs en santé se déplacent vers les populations, assurant des missions de prévention et promotion en santé, mais également du recueil de données, de formation, de soutien à la coopération transfrontalière ainsi que des missions de soin et gestion des phénomènes épidémiques. Dans le cadre de son action, une attention particulière est portée aux femmes enceintes ou en âge de procréer et aux préventions des pathologies (syndrome d'alcoolisation fœtale)¹⁸³.

En Guyane, des passerelles entre établissements hospitaliers et PMI commencent à se développer

Dans un contexte de faible densité médicale, en particulier dans le secteur libéral, la PMI se trouve souvent en première ligne pour l'accompagnement et la prise en charge périnatale des femmes guyanaises et de leurs nouveau-nés. Ces services sont toutefois eux-mêmes confrontés à des difficultés de recrutement, en particulier pour les antennes situées dans les communes de l'intérieur, territoires éloignés du littoral urbanisé, desservis par des voies de communication réduites (peu ou pas de routes) ou soumises aux aléas climatiques (pirogues et avion), et dans lesquels les conditions de vie sont plus difficiles.

Depuis 2021, la collectivité territoriale de Guyane et le CHC collaborent pour permettre aux services de PMI d'accomplir leurs missions. C'est ainsi qu'une convention a été conclue afin que les sages-femmes des CDPS situés dans trois communes de l'intérieur puissent assurer certaines missions de PMI, la collectivité territoriale mettant à disposition locaux, équipements et médicaments. En 2022, un autre partenariat a permis le recrutement de quatre pédiatres par le CHC afin de pourvoir certains services de PMI, la plupart situés en Guyane intérieure. Rattachés au service de pédiatrie du CHC, ces médecins peuvent bénéficier de périodes d'exercice et de formation à l'hôpital.

Plus généralement, ces initiatives correspondent à la logique que cherche à développer le projet régional de santé, dans sa version mise à jour en 2022. Ce dernier prévoit en effet le renforcement des services de PMI dans les territoires de l'intérieur en s'appuyant sur une plus grande collaboration avec l'hôpital, notamment en proposant à des professionnels de santé un exercice partagé entre leur établissement et l'un des centres de PMI de leur secteur.

¹⁸³ C. Cochet, B. Bonot, M. Gaillet, *Guyane intérieure : une équipe mobile de santé publique va vers les habitants des communes isolées*, La santé en action n° 458, décembre 2021.

Annexe n° 11 : le soutien parental exercé au domicile des familles

Les Services d'aide et d'accompagnement à domicile (Saad) désignent les structures privées ou publiques qui emploient des professionnels, notamment des accompagnants éducatifs et sociaux (AES) et des techniciens de l'intervention sociale et familiale (TISF), chargés d'intervenir auprès des personnes âgées, des personnes handicapées et des familles. Contribuant au soutien à la parentalité, l'intervention des Saad auprès des familles peut être déclenchée et financée par les départements, au titre de la PMI ou de la protection de l'enfance, ou par la branche famille.

Les familles confrontées à un événement générateur d'une désorganisation ponctuelle ayant des répercussions sur le ou les enfants du foyer, notamment la grossesse ou l'arrivée d'un enfant, peuvent bénéficier d'une aide pour une durée maximale d'un an, y compris celles n'étant pas déjà allocataires. Relevant de l'action sociale de la branche famille, le déclenchement de l'intervention est laissé à l'appréciation des CAF. Lorsqu'elle est accordée, les familles doivent s'acquitter d'une participation calculée selon un barème national. En 2022, plus de 27 500 interventions à domicile ont été effectuées au titre d'une grossesse ou de la naissance d'un enfant, soit près de 45 % du nombre total de prise en charge, financées à hauteur de 40,3 M€ par la branche famille.

Sous l'impulsion des fédérations des services à domicile, les pouvoirs publics étudient la possibilité de créer une nouvelle prestation légale permettant à chaque famille qui le souhaite, sans conditions de ressources, de bénéficier de vingt heures d'accompagnement par un TISF dès la sortie de la maternité, intervention totalement prise en charge par la branche famille. La mise en œuvre concrète de cette proposition, qui représenterait un coût annuel de 100 M€ selon ses auteurs, risque toutefois de se heurter aux difficultés récurrentes de recrutement des TISF, même si le salaire de ces derniers a récemment fait l'objet d'une revalorisation pour le secteur associatif. Par ailleurs, il pourrait apparaître incongru d'accroître les dépenses de la sécurité sociale dans ce champ d'intervention sans avoir préalablement renforcé les moyens des services de PMI. En effet, la mission médico-sociale de ces derniers les conduit déjà à réaliser des visites à domicile avant ou après l'accouchement, au moyen de leurs sages-femmes et infirmières-puéricultrices ou en employant eux-mêmes des services d'aide à domicile.

Annexe n° 12 : le « parcours naissance » expérimenté par les CAF et les CPAM

Constituant l'une des priorités de la branche famille au titre de la mise en œuvre de la stratégie relative aux 1 000 premiers jours, le « parcours naissance » est en cours de généralisation après avoir été expérimenté au sein de huit départements et vise à mieux accompagner les jeunes parents.

Dans ce cadre, différents groupes d'échange sont proposés aux parents. Le premier, coanimé par les CAF, les CPAM et, parfois, les services de PMI, concerne l'information sur l'accès aux droits, les démarches à accomplir ou les modes d'accueil disponibles. Par ailleurs, les parents peuvent participer à des groupes de parole qui leur permettent de se rencontrer et de partager leurs expériences, certaines séances pouvant être spécifiquement tournées vers des parents connaissant des situations de vulnérabilité (monoparentalité, handicap, adoption, grossesse multiple, décès de l'enfant, etc.). Contrairement aux sessions d'information, ces groupes sont animés par les CAF alors même que les sujets évoqués peuvent concerner tout autant le champ social (logement, cadre de vie, mode de garde, etc.) que la prévention en santé (alimentation, sommeil, lien d'attachement, développement psychomoteur et cognitif de l'enfant, portage du nourrisson, santé environnementale, etc.). L'ensemble de la démarche devrait donc associer systématiquement les services de PMI et les CPAM, ces dernières organisant parallèlement aux groupes de parole des Caf des « ateliers santé » abordant les questions de suivi de grossesse et les thématiques de prévention.

Quant à l'efficacité du « parcours naissance », les résultats de son évaluation ne sont pas encore disponibles. Une étude qualitative de l'expérimentation des séances d'informations collectives, conduite par la branche famille en août 2022, montre que si ces échanges sont appréciés des parents et correspondent à leur besoin, ils ne facilitent pas pour autant les démarches administratives à accomplir et ils reposent sur des temps d'échange trop courts et organisés à des horaires peu adaptés aux contraintes professionnelles de la plupart des participants.